



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

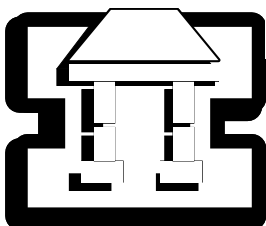
**PSICOLOGÍA DE LA SALUD: HÁBITOS NEGATIVOS,
CULPABILIDAD Y ESCOLARIDAD**

TESIS EMPÍRICA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :
JULISSA FAUSTINO SOTO
JORGE ARTURO LIZARES CALZADA**

**DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. ESTHER MARIA MARISELA RAMIREZ GUERRERO**

**DICTAMINADORES:
MTRO. ENRIQUE B. CORTES VAZQUEZ
LIC. JUANA OLVERA MENDEZ**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres:

Gracias por haberme dado el regalo más hermoso: la vida, gracias por su amor, su tiempo, sus sacrificios, sus cuidados, sus regaños, su apoyo, su confianza y por creer en mi, pero sobre todo, por ser los extraordinarios seres humanos que son, por quienes siento un profundo amor y admiración, espero que la vida me permita devolverles al menos un poco de lo que me han dado; los amo, este logro también es de ustedes...

A mis hermanos:

Saúl y Alfonso, gracias por tantos y tantos momentos que compartimos por que gracias a ustedes mi infancia no pudo ser mejor; por que a pesar de nuestras diferencias siempre van a ser mis hermanos consentidos, gracias por escucharme y ser mis cómplices en tantas ocasiones, me siento feliz de compartir este logro con ustedes...

Arturo:

Je agradezco el haber participado en este sueño que hoy vemos concretado, pero sobre todo por haberme permitido compartir todos esos inolvidables momentos a tu lado; gracias por dejarme ser parte de tu vida y por que siempre formarás parte de la mía...

A mis amigos:

*Yesy, Miri, Lucero, Arturo, César, Alvaro y Ricardo.
Gracias por el tiempo compartido por las risas, los enojos, por su apoyo,
por las veces que me escucharon, por su confianza, por esos viernes de
buchacas, esos interminables debates y todo cuanto ha construido esta
amistad que de corazón espero sea para siempre; cualquiera que sea el
camino que tomemos siempre los voy a recordar y a tener en mi corazón
pues ya son parte de mi vida, los quiero mucho y les deseo la mejor de
las suertes...*

*Y a todos aquellos, que han permanecido a mi lado y me han
brindado su amistad entre los que te encuentras tú Gloria y a los que
cumplieron su ciclo en mi vida y que por diversas circunstancias
tomaron un camino distinto, gracias por haber compartido su tiempo
conmigo...*

A la UNAtM y en particular a la FFB Iztacala:

*Por que ser la gran institución que es y a la cual me siento
profundamente orgullosa de pertenecer, por que en mi estancia dentro
de ella viví la etapa más importante y maravillosa de mi vida...*

A mis profesores:

*Por compartir sus conocimientos, su tiempo y su espacio con nosotros;
gracias por comprometerse con una profesión tan noble y exigente como
lo es la educación...*

Julissa

Agradecimientos

A mis padres por todo el apoyo que me dieron y toda la paciencia que tuvieron, porque cuando intenté desistir ellos me alentaron a seguir, y a pesar de que hubo tiempos difíciles siempre hicieron lo necesario para que yo llegara hasta aquí, me enseñaron a luchar por lo que quería y porque sencillamente son y serán la base de todos mis logros.....

A Julissa quien me aguantó tanto e incondicionalmente estuvo a mi lado en todo momento, porque ella es la pieza fundamental en este trabajo y fue una pieza fundamental en mi vida. (Sabes que después de la lluvia hay una tarde soleada, nena no te preocupes siempre habrá días mejores).....

A todos mis verdaderos amigos: los que ya estaban y los que encontré en el camino, a la P.E., la Dualidad y la P.S.C. A los que hicieron que los días en la Universidad fueran de los mejores en mi vida porque compartimos algo más que un salón de clases (Mi Chikita, El Gordo, El Totti, La Yes, La Miriam's, El Ricardo, Lu-0).....

A la UNAM en general por darme la oportunidad de crecer dentro de ella.....

También a todos los que no creyeron en mí, los que tanto me criticaron, me dieron fuerza para seguir, mírenme ¡¡ LO LOGRÉ!! ¿Me recuerdan? ¿¿Todavía siguen allá abajo??.....

Jorge Arturo

ÍNDICE

	Pág
Introducción.....	8
Capítulo 1. Concepto salud enfermedad.....	10
1.1. Evolución del concepto salud – enfermedad.....	10
1.2. Características generales del proceso salud – enfermedad.....	17
1.3. Factores determinantes y condicionantes del proceso salud – enfermedad.....	19
Capítulo 2. Psicología de la salud.....	26
2.1. Psicología y salud.....	26
2.2. Origen y desarrollo de la psicología de la salud.....	28
2.3. Factores que propiciaron el surgimiento de la psicología de la salud.....	32
2.4. Áreas con las que se relaciona la psicología de la salud.....	34
2.5. Aportaciones de la psicología de la salud.....	39
Capítulo 3. Psicología de la salud en México y el papel del psicólogo.....	42
3.1. Psicología de la salud en países del primer mundo.....	42
3.2. Psicología de la salud en América Latina.....	43
3.3. Psicología de la salud en México.....	48
3.4. Campo de acción del psicólogo de la salud.....	51
Capítulo 4. Hábitos negativos de salud y culpabilidad.....	59
4.1. Conducta y hábitos de salud.....	59
4.2. Hábitos negativos de salud	62
4.3. Culpa.....	70
4.4. Placeres culpables.....	72

Capítulo 5. Método y procedimiento.....	74
5.1. Método.....	74
5.2. Procedimiento.....	77
Capítulo 6. Resultados.....	79
6.1. Resultados y análisis de resultados.....	79
Capítulo 7. Conclusión y discusión.....	231
7.1. Conclusión y discusión.....	231
Referencias bibliográficas.....	239
ANEXOS.....	245

RESUMEN

La presente investigación, es no experimental, descriptiva y de diseño transversal. Tiene como objetivo determinar si existe una relación entre las variables: hábitos negativos de salud, culpabilidad y escolaridad, para ello se llevo a cabo la aplicación de los instrumentos: "Funcionamiento de la Salud" (FS) y "Funcionamiento Psicosocial" (FP); en hospitales, comunidades y escuelas; la muestra fue de 988 sujetos, de edades entre 17 y 77 años. A los resultados obtenidos se les aplicó la prueba estadística Chi cuadrada, obteniendo como resultados que las conductas que en general fueron consideradas como productoras de culpabilidad y en las que el grado escolar tuvo influencia fueron aquellas que involucraban la ingesta de comida y alcohol, las diferencias estuvieron marcadas por lo extremos en los niveles de escolaridad: profesional y ninguna.

INTRODUCCION

En la actualidad referirnos al concepto de salud resulta sumamente complejo, pues nos encontramos lejos de la concepción utópica que planteaba la OMS de “completo bienestar físico, mental y social”, el panorama que se muestra ante nuestros ojos nos exige no limitarnos a las explicaciones del siglo pasado pues hoy ya son insuficiente, ya que la situación que se vive ha rebasado a dichas explicaciones, muestra de ello son los cambios en los patrones de morbilidad y mortalidad, los elevados costos económicos que esta situación genera y todas las implicaciones sociales que trae consigo.

Resulta innegable, que el modelo médico que hasta hace unas décadas podía dar respuesta y brindar explicaciones ha sido rebasado y se hace cada vez más necesario apoyarse en otras ciencias como la psicología que ha demostrado con resultados que puede ofrecer alternativas para la comprensión y solución de las distintas problemáticas que han ido surgiendo.

No obstante, la psicología ni ninguna otra ciencia por si misma va a lograr algo, si no consigue primero que las personas comprendamos, que un factor que está siendo determinante en el proceso salud – enfermedad es justamente uno en el que cada uno tenemos un alto grado de responsabilidad: nuestro comportamiento, y es que es precisamente el no aceptar que tenemos responsabilidad lo que genera que las personas busquemos en el médico la solución a todos nuestro padecimientos, cuando estos ya están presentes y esperamos que a través de fármacos eliminemos enfermedades que se han ido “cocinando” a lo largo de años de descuidos y excesos.

Son precisamente estos temas los que trataremos a lo largo de esta tesis; en el primer capítulo hablaremos sobre la evolución de concepto salud – enfermedad desde la concepción mágica hasta la que tenemos en la actualidad en la que intentamos tener una visión más integral considerando no sólo al aspecto

biológico sino también el aspecto social y el psicológico, explicaremos las distintas definiciones que se le han asignado al concepto de salud, así como las características del proceso salud – enfermedad y los factores determinante y condicionantes que afectan a dicho propósito.

En el segundo capítulo, explicaremos el desarrollo científico que ha tenido la concepción del concepto salud – enfermedad, situación que ha podido ocurrir gracias a las aportaciones de las ciencias sociales, lo que ha dado lugar surgimiento del modelo biopsicosocial; siendo la psicología, específicamente el área de psicología de la salud, una de las ciencias que mayores aportes han ofrecido, hablaremos de cómo ha sido su incursión en el mundo la salud, los factores que propiciaron su surgimiento y las áreas con las que se relaciona y en las que se apoya. En el tercer capítulo trataremos sobre el desarrollo de la psicología de la salud en países del tercer y primer mundo, cuales son sus características y diferencias; así como la situación que al respecto se vive en nuestro país.

En el cuarto capítulo, explicaremos como el estilo de vida ha cobrado una gran importancia como factor primordial dentro del proceso salud – enfermedad, y como nuestra conducta puede explicar el por qué padecemos tal o cual enfermedad; así como las posibles consecuencias emocionales de comportarnos de determinada manera, específicamente trataremos el tema de la culpa, sus características e implicaciones.

En el capítulo 5 explicaremos el método y procedimiento del presente trabajo: objetivos, hipótesis, participantes, el escenario, los materiales y los instrumentos utilizados; así como la forma en que se recabaron los datos. En el capítulo 6 se exponen los resultados y un análisis de los mismos. Finalmente en el capítulo 7 damos una conclusión sobre la relación de las variables y sobre lo que otros autores plantean al respecto.

LE HEMOS DECLARADO LA GUERRA A NUESTROS CUERPOS, UNA GUERRA CONTRA NOSOTROS MISMOS...

CAPÍTULO 1

CONCEPTO SALUD Y ENFERMEDAD

1.1. Evolución del concepto salud – enfermedad

Antes de hablar sobre el concepto de salud que se maneja actualmente, consideramos necesario mencionar lo que pudo ocurrir en tiempos pasados con respecto la forma como el ser humano logró constituir las abstracciones necesarias para entender y explicarse la salud y la enfermedad.

Desde sus inicios, el hombre en su relación con el medio ambiente se vio envuelto en situaciones difíciles y peligrosas que ponían en riesgo su integridad física e incluso su vida. Para garantizar su supervivencia tuvo que enfrentarse a situaciones difíciles; corriendo los riesgos que le ofrecía el entorno físico, como consecuencia de resolver las situaciones críticas, muchas veces se provocó o le ocasionaron lesiones, además, cuando enfrentó problemas, también pudo experimentar temor. En ambos casos, le fue posible reconocer las causas de las lesiones o del miedo, mediante la asociación de eventos, lentamente fue tomando conciencia de su vulnerabilidad ante el medio en que se movía y debió asumir actitudes para evitar esos riesgos y buscar controlar sus consecuencias

Además de las situaciones que reconoció como productoras de dolor, experimentó la disfunción, la discapacidad y la muerte misma, por causas que no pudo explicarse. De acuerdo a Manrique (1998), tal vez fue el dolor no asociado a alguna causa, lo primero que impulsó al hombre primitivo a buscar una explicación a ese nuevo estado. Era como si estuviese ante un enemigo peligroso al cual no podía combatir ni ver. Pero no solo fue el dolor el motivo de sus inquietudes, otros estados de alteración pudieron ocasionarle síntomas alarmantes como vómito,

diarrea, convulsiones, y hasta la muerte, y debieron llevarlo a la búsqueda de explicaciones.

Dado lo anterior, es muy factible la propuesta de Manrique (1998), con respecto a que la construcción conceptual de la salud – enfermedad partió, de ésta última y no de la salud. Así, lo que el hombre busca explicarse es la enfermedad, es decir, esa sensación de malestar que experimenta. Por lo tanto, en su modo primitivo la salud era poder realizar las actividades cotidianas al margen de enfermedades, la importancia en ese momento del trabajo para la supervivencia era no solo individual sino del grupo, razón por la cual en algunos casos las personas enfermas eran relegadas del resto del grupo.

Para hacer frente a las enfermedades y recobrar la salud, la primera arma con que contaban era el aprovechamiento de los propios recursos alimentarios, como el uso de hierbas y materiales primitivos, la segunda forma tenía que ver con enfermedades para las que no existía remedio conocido, a éstas se les hizo frente a través de los mitos y las prácticas rituales profundamente ligadas a las creencias del grupo; Rodríguez (2000), menciona que al pasar el conocimiento de una a otra generación, se fue incrementando el número de remedios para una mayor cantidad de padecimientos, mezclándose las prácticas rituales con la utilización de diversas sustancias. Por lo tanto se considera al pensamiento mágico la principal herramienta explicativa de la realidad con respecto a las alteraciones del cuerpo.

En las sociedades posteriores se creía que la enfermedad se debía a que determinadas fuerzas espirituales poseían al cuerpo y con esto controlaban a las personas. Para recuperarse, se necesitaba que los espíritus fueran “exorcizados” del cuerpo al que le causaban daño. Cuando el hombre considera que los estados de alteración provienen de la acción de la naturaleza necesita crear mecanismos que le permitan contrarrestar esas fuerzas y lo hace mediante procedimientos mágicos que en cada cultura adoptan símbolos y rituales específicos (Ballester, 1997).

Durante la Edad Media el progreso de las sociedades, trae nuevos riesgos e ideas en el hombre que lo llevan a la aceptación de la posible existencia de otra forma de pensamiento superior, creador, tan poderoso que puede dominar a todas las fuerzas de la naturaleza, de esta forma aparece la religión como posible explicación a los padecimientos de las personas (Manrique, 1998). Los dioses de cada cultura castigan o recompensan de acuerdo al código ético de cada sociedad; en este contexto la enfermedad, tiene causas celestiales y es percibida como castigo o fruto de la ira de los dioses, por el quebrantamiento de las leyes divinas, por tanto la divinidad era la única que podía desalojar los demonios a través de sus sacerdotes.

Posteriormente, y aún sin abandonar del todo la postura anterior (situación que aún persiste hasta nuestros días, en distintas culturas), las primeras civilizaciones como la egipcia, griega, maya, etcétera, conjuntamente con la utilización del conocimiento para controlar las enfermedades, preparaban personas especialmente para esta actividad, a pesar de que la religión y los sistemas sociales eran diferentes entre las culturas, siempre existió un objetivo claro: la recuperación de la salud. Sin embargo, de acuerdo con Díaz (2001), fueron los griegos quienes comenzaron a percibir a la enfermedad como un fenómeno natural, gracias a esto, fue posible el desarrollo de la teoría hipocrática de los humores, la cual señalaba que la enfermedad aparecía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que corrían por el cuerpo, y la única forma de recuperarse era precisamente buscar el equilibrio entre ellos.

A partir del siglo XVIII la recopilación y difusión del conocimiento de las enfermedades comenzó a igualar criterios de práctica, así, el conocimiento de tratamientos se pudo transmitir cada vez con mayores perfeccionismos. En el siglo XIX la contribución científica de la biología da un carácter científico a la medicina, esto origina los principios fundamentales de la salud y la enfermedad, que hasta la fecha son fuertemente discutidos (Rodríguez, 2000). La idea tradicional de la salud biológica describe a la enfermedad como la alteración del funcionamiento normal

del organismo, la salud sería entonces aquellas condiciones fisiológicas que se desarrollan sin un aparente daño.

A comienzos del siglo XX, la gente tenía una concepción diferente de la salud y la enfermedad, se pensaba que las enfermedades sólo se generaban como resultado del contacto con agua en malas condiciones, contacto con personas enfermas o alimentos contaminados; una vez que las personas se enfermaban buscaban los cuidados de la medicina con la esperanza de curarse, pero en dichos tiempos esto se volvía muy difícil, debido a que la medicina era muy limitada y no tenía muchas opciones que ofrecer, las personas morían o se recuperaban en poco tiempo (Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000), por ejemplo la duración de enfermedades como la neumonía, la tifoidea, etcétera, era relativamente corta; los enfermos se recuperaban en semanas o morían. Se consideraba entonces que las personas tenían poca responsabilidad de contraer una enfermedad, pues se creía que era imposible evitar las enfermedades contagiosas.

Después de considerar a la salud como algo que se perturbaba tan sólo con agentes patógenos surgen diversas definiciones de la misma, las cuales de acuerdo con Becoña, Oblitas y Vázquez (2000), pueden dividirse en dos grandes categorías: las que consideran a la salud como un estado ideal y las que hablan de ella como un movimiento en una dirección positiva. La primera consideración implica que cualquier enfermedad es una desviación de la buena salud y que el estado real puede reponerse eliminando la enfermedad. La segunda considera a la salud como una dirección sobre un continuo, esta definición implica que un movimiento hacia un estado mayor de salud es mejor que el movimiento que se produce en dirección opuesta. Dado que la salud es multidimensional, todos los aspectos de la vida tales como los biológicos, sociales y psicológicos, deben ser tomados en cuenta.

Con el estudio y los avances de diferentes ciencias entre ellas, por supuesto, la medicina; el concepto de salud fue evolucionando desde una definición utópica “ausencia de enfermedad o invalidez”, a un concepto probablemente muy complejo de alcanzar: estado de bienestar completo, físico, mental y social. Con respecto a la primera definición, es preciso decir que resulta irreal e inoperante ya que obliga a tratar una división entre lo normal y lo patológico (Rodríguez, 1995). Por otra parte es necesario hacer notar que la segunda definición (propuesta por la OMS) también se ha prestado a algunas objeciones ya que equipara bienestar a salud, lo que no en todos los casos es cierto, además puede resultar estática, al considerar la salud como un absoluto. Asimismo, como lo señalan Sánchez (1994) y Gómez (1996), la palabra “completo” es inadecuada, ya que la salud no es absoluta, pues existen distintos grados como los hay de enfermedad, por lo tanto salud es un término relativo.

Consideramos acertado el planteamiento de Brannon (2000), acerca de que la definición de la Organización Mundial de la Salud, podría mejorarse eliminando el término completo, con lo cual se estaría ante una definición más dinámica, entonces la salud sería definida como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Así y de acuerdo con este mismo autor una definición más dinámica y aceptable, sería considerar a la salud como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Por su parte, Terris (1987) considera que antes de poder definir salud es importante explicar el proceso de no salud; como la interacción entre el sujeto, el agente y el medio, lo que nos dice que se puede estar enfermo sin que haya algún malestar, salud y malestar se excluyen, pero salud (sentirse bien) y enfermedad no siempre se excluyen. Con base en lo antes mencionado el autor nos da su

definición de salud: “como un bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia” (p. 41).

Sin embargo, desde nuestra perspectiva esta definición puede tener diversas limitaciones, ya que considera al proceso salud-enfermedad desde un punto de vista biológico y excluye la importancia de los factores históricos. A pesar de esto, comienza a delimitar la objetividad de la salud tomando en cuenta dos importantes aspectos: el sentirse bien y la capacidad de funcionar. Una postura más equilibrada con la cual concordamos es la Rodríguez (2000), la cual señala que la salud más que un estado es un proceso el cual depende de condiciones externas e internas, de tal manera que la enfermedad más que un síntoma es la interrelación de distintos factores en las funciones biológicas, por lo que es lógico pensar que la salud no indica solamente la integridad biológica sino el acomodo y disposición de los elementos que están en contacto con el organismo y de alguna manera lo alteran.

Como podemos observar, sobre el concepto de salud se han dado una serie de transformaciones que conllevan profundas implicaciones sociales, cambios no sólo desarrollados desde posiciones científico – académicas y profesionales, sino también por otros agentes sociales que tienen hoy una conciencia de lo que es y lo que implica la salud, diferente a la que habitualmente ha prevalecido y que se caracterizaba por identificar la salud como la simple ausencia de enfermedad.

De esta manera y de acuerdo a Rodríguez (1995), la ampliación del término salud, hasta el punto de incluir en él la dimensión social del proceso salud-enfermedad ha sido motivada por los siguientes hechos:

- El desarrollo del conocimiento biomédico que ha permitido reducir el riesgo de padecer enfermedades infecto-contagiosas.

- El fracaso de los sistemas sanitarios cuya concepción limitada y descontextualizada de la salud no ha resultado socialmente satisfactoria, ya que no cubre las expectativas y demandas de la población.
- A todo lo anterior, se debe añadir el hecho de que en la actualidad estamos en disposición de comprender que en los problemas de salud intervienen variables sociales y comportamentales que no habían sido consideradas.

Así, podemos reflexionar que partir de estos escenarios la salud se convierte poco a poco en algo que afecta a todos los elementos sociales y repercute sobre todos, y donde es necesario reconocer la importancia de las variables biológicas, psicológicas y sociales en la determinación y explicación de la misma.

Por su parte, Becoña, Oblitas y Vázquez (2000), también proponen la existencia de tres factores básicos en el cambio de concepción respecto a la salud, sin embargo lo hacen en forma más amplia y completa. El primero, es que la salud ya no se considera como la ausencia de enfermedad sino que se entiende como un estado positivo de bienestar. De hecho, todavía durante el siglo XX la salud era considerada como ausencia de enfermedad, por lo tanto, desde éste modelo médico se entendía a la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones como accidentes e infecciones. Inclusive en estos días, cuando la gente se refiere al término salud, generalmente piensa en los aspectos físicos y raramente en los psicológicos y conductuales que se asocian a la misma.

En segundo lugar, está el elevado costo de los cuidados de salud; dado que dichos costos se han incrementado escandalosamente en los últimos tiempos, resulta apropiado hacerle frente a la enfermedad, no hasta que ésta ya esté presente en el cuerpo, sino desde antes que se presente. Esta alternativa resultaría menos costosa y hasta cierto punto más conveniente tanto para las personas propensas a determinadas enfermedades, como a los servicios de

salud. El tercer factor es la aparición del modelo biopsicosocial que a diferencia del modelo biomédico, dominante desde el siglo XIX, incorpora factores sociales e incluye aspectos psicológicos, así, la salud se ve como una condición positiva.

Resulta importante resaltar lo que menciona Vega (2002), al respecto de que definir la salud actualmente es muy complejo debido a las discrepancias en los distintos autores; desde nuestro punto de vista, es claro el hecho de que no es posible definir límites precisos entre la salud y la enfermedad, aún menos en el ser humano que como ser biopsicosocial alcanza complejidades que van más allá que el simple determinismo organicista, no obstante se han logrado grandes avances y cambios importantes en su concepción que hoy nos ofrecen un panorama un poco más claro de lo que implica el proceso y como acercarnos a una vida más saludable. Sin embargo, a pesar del camino que aún falta por recorrer es posible reconocer diversos factores que influyen en el proceso salud – enfermedad y algunas características del mismo, además de conductas que pueden favorecer un estado saludable, a continuación ahondaremos un poco en estos aspectos.

1.2. Características generales del proceso salud – enfermedad

Algunas características que se encuentran incluidas en el proceso salud – enfermedad son señaladas por Ortega (1990), que considera las más significativas las siguientes:

- La salud de un individuo es interdependiente del estado de los individuos con los que convive.
- El proceso de salud – enfermedad está relacionado con el ajuste óptimo de la persona en aspectos tanto físicos como psicológicos y sociales, y su relación con el ambiente.
- El proceso de salud – enfermedad de una población es interdependiente de otras actividades que se realicen en la comunidad en que habita.

A pesar de que estas características son un tanto limitadas pues el proceso salud – enfermedad comprende aspectos más complejos, hay puntos que se deben tomar en cuenta; uno de ellos se refiere a que la salud es un aspecto que no tiene que tener una relación con el estado de salud de las personas que lo rodean, siempre y cuando no se trate de enfermedades infecto contagiosas. El segundo aspecto es el que considera a la salud como un aspecto social, y mejor dicho un aspecto comunitario.

No obstante, la salud no indica solamente la integridad biológica sino el acomodo y disposición de los elementos que tienen contacto con el organismo y lo alteran. Para éste caso Díaz (2001) menciona tres puntos con respecto a esta situación:

1. La salud es la relación biológica que tiene un organismo respecto a su medio ambiente.
2. La salud de un individuo depende de la forma en que éste entra en contacto con su medio.
3. La salud depende tanto de las características ambientales como de las condiciones del organismo.

Estos puntos nos permiten entrever de una forma más clara, el papel tan significativo que juega el comportamiento en el cuidado de la salud y es aquí donde podemos apreciar el carácter psicológico. Así, el comportamiento humano, que a través de hábitos conforman un estilo de vida, constituye un factor primordial en la variación de los demás factores que determinan el curso del proceso salud – enfermedad. El estilo de vida puede modificar todas las condiciones que favorecen el acercamiento a una salud óptima que la alejan de una muerte prematura o que la acercan a ella.

Por su parte que Ortega (1990), propone los siguientes puntos para resumir el proceso salud – enfermedad:

- El proceso salud – enfermedad es relativo.
- Es dinámico y variable.
- Es individual y social.
- Presenta dos aspectos: subjetivo y objetivo.
- Está establecido por las condiciones históricas de cada sociedad.
- Está determinado por factores sociales.
- La salud es colectiva y no individual; por lo mismo se debe considerar la participación de las comunidades.
- No se debe enfocar el proceso salud – enfermedad como un aspecto curativo, sino que se debe promover la educación para la salud, la prevención y el saneamiento ambiental.
- Para poder definir el proceso de salud enfermedad, se debe tomar en cuenta el vivir bien y el morir bien. El vivir bien tiene que ver con que las personas puedan desarrollar todas sus capacidades; el segundo habla de un proceso normal y que debe tomarse como tal.

A partir de esta clasificación, la cual consideramos es muy completa nos resulta más claro comprender que en el proceso salud – enfermedad no solo se incluyen aspecto biológicos o individuales, pues también incluye a factores sociales e históricos, la salud comunitaria más que solo la individual y uno de lo aspecto más importantes es que busca como objetivo lograr no solo un buen vivir sino un bien morir, haciendo uso de la prevención más que de la curación.

Además de los factores mencionados por Ortega (1990), existe una gran diversidad de factores que de una u otra forma intervienen en este proceso a continuación presentamos una clasificación de ellos.

1.3. Factores determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad

De acuerdo con Manrique (1998), podemos discriminar en el contexto en el que tiene lugar la salud, dos grupos de factores:

- Factores determinantes

- Ecológicos
- Biológicos

Estos factores se consideran determinantes debido a que muchas de nuestras características biológicas son heredadas y por lo tanto no pueden ser modificadas por nosotros mismos, mientras que las ecológicas son aspectos del medio ambiente que no podemos modificar, como lo es el clima.

- Factores condicionantes

- Sociales: estructura social, la familia, nivel educativo, la organización comunitaria, etcétera.
- Culturales: conceptos predominantes, hábitos y costumbres.
- Políticos: estructura política, ideología.
- Económicos: ingresos, trabajo.
- De servicios bienestar y desarrollo: salud, accesibilidad, calidad, impacto.

Por su parte Vega (2002) clasifica a los factores que influyen en el proceso salud – enfermedad en dos grandes grupos: los que dependen directamente del individuo, como los hábitos de salud, entre los que se encuentran la nutrición, el ejercicio, el consumo moderado de alcohol, un adecuado hábito de sueño, etcétera; y los que no dependen del individuo como los factores ambientales, socioculturales y los económicos. Sean o no responsabilidad directa de los individuos todos estos factores juegan un papel importante en la salud y se puede agrupar en: orgánicos, psicológicos, ambientales, sociales, culturales, políticos, educativos y económicos.

- Factores orgánicos:

Gómez (1996) señala que estos factores se refieren a los sustratos fisiológico y genético, que establecen y determinan el tipo de respuesta del individuo en su relación con el entorno. Actualmente se han identificado las tendencias familiares en la incidencia de muchas

enfermedades, independientemente de otras condiciones que pudieran suscitarlas. Además otros factores determinantes de la salud, de tipo biológico, como la raza, el sexo, la capacidad de respuesta inmunológica individual y otros aspectos constitucionales de los individuos tienen, también son heredados.

- Factores psicológicos:

Son importantes desde el momento que se incluye al bienestar subjetivo del individuo, que está en función de pensamientos, emociones y percepciones. Los principales elementos psicológicos que ejercen influencia en la salud son, la personalidad, la autoestima y el comportamiento asertivo (Vega, 2002).

- Factores ambientales:

Díaz (2001), las divide en dos categorías, micro y macroambiente, el primero incluye aquellos factores sobre los cuales el individuo tiene un control personal y el macroambiente implica las influencias sobre las que tiene poco control inmediato.

- Factores sociales:

La influencia de este grupo de factores puede resultar extenso y complejo pues la salud es claramente una concepción social, por lo tanto es un concepto dinámico y cambiante cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula, asimismo dichos factores son modificables por el hombre a través de la dinámica social y de las diferentes relaciones entre los miembros del grupo Ardila (1992). No podemos olvidar que la salud además de ser un derecho del individuo, es una responsabilidad personal que debe ser fomentada por la sociedad y sus instituciones; esto implica promover en el sujeto la responsabilidad para defender, mantener y mejorar su salud.

- Factores culturales:

En todos los aspectos de la vida, el ser humano internaliza conductas y pensamientos contruidos por la colectividad en la que se desarrolla, ciertos comportamientos se vuelven hábitos; muchas de esas prácticas y actitudes se convierten en costumbres y se arraigan en la cultura. Sánchez (1994) menciona que en ocasiones los patrones culturales y las creencias contribuyen al agravamiento de los problemas de salud, ya que algunas poblaciones tienen creencias muy arraigadas que los lleva a dar explicaciones de salud incorrectas.

- Factores políticos:

Cada formación social, ha conducido a las personas a la adopción de una forma de organización, las posibilidades de acceso de la comunidad al producto social y al poder político, son internalizadas mediante la educación y la tradición familiar; de esta manera las desigualdades se justifican y los individuos se resignan a su suerte (Sánchez, 1994). Así el orden político de cada sociedad condiciona en los individuos, diferentes oportunidades de satisfacción de sus necesidades. Además, los regímenes de cada gobierno, su accionar, así como sus decisiones y planes, pueden favorecer o no la salud de la población, dependiendo de la importancia que le concedan al desarrollo social, especialmente al sector de servicios de salud, por lo tanto, si un gobierno invierte más en el campo de la política social hacia el desarrollo, posiblemente esté haciendo más por la salud de la gente que si sus gastos los dirige a construir hospitales.

- Factores educativos:

El nivel escolar y el grado de los conocimientos alcanzados por individuos, también provocan condiciones de mayor o menor riesgo de enfermar o ver mermada de alguna forma su salud, en relación con ciertos comportamientos conscientes y adquiridos que tienen que ver

con prácticas de higiene y cuidado personal y de reconocimiento de situaciones que pueden favorecer la salud física y mental. De acuerdo con Vega (2002), muchas de las intervenciones preventivas que se emprenden desde las instituciones de salud, dependen del nivel de comprensión e internalización de los individuos frente al contenido de los mensajes y propuestas que se les hagan.

- Factores económicos:

Para medir este factor se utiliza el término ingreso per capita, que es la cantidad promedio de ingresos por persona, computado al dividir el producto nacional bruto del país por el número de personas. Un ingreso per capita bajo da lugar a inadecuadas condiciones sanitarias, escasez de agua potable, deficiente nutrición, educación insuficiente, etcétera. Podemos decir que la pobreza es la enfermedad más prevalente de la sociedad y la que favorece con mayor intensidad la aparición de otras que afectan el cuerpo y la mente (Sánchez, 1994).

Coincidimos con Ortega (1990), al señalar que el concepto de salud y enfermedad predominante en cada sociedad o grupo humano creado por los mecanismos sociales, condiciona a los individuos y sus comportamientos, dependiendo de la forma de explicación admitida por la sociedad respecto de la enfermedad, los comportamientos frente a ella o a los modos de prevenirla y curarla serán consecuencia de esa interpretación. Por lo tanto, los hábitos y costumbres relacionados con la salud, surgidos de cada cultura condicionan de manera significativa la perspectiva de los individuos a gozar de una buena condición física y psicológica.

Desde nuestro punto de vista, en la actualidad es posible observar en forma clara como la cultura con sus valores y costumbres determinan de forma explícita e implícita valores para determinar aspectos de salud y enfermedad, lo que en un primer momento puede parecer una enfermedad, luego puede implicar aspectos

de salud o viceversa, por ejemplo, el culto a la imagen y belleza hoy en día, hace que aparezcan enfermedades como la Anorexia o la Bulimia. La salud está establecida por factores sociales que tienen que ver con la distribución de recursos, con la ocupación, clase social, género, etcétera, todo lo cual está mediado por la cultura. Las actitudes y conductas del individuo frente a la salud y la enfermedad están determinadas culturalmente y dan significado y contenido a todo lo que es sano y lo que no lo es.

Como lo menciona Coplamar (1985), el proceso de salud y enfermedad, desde el punto de vista social se establece por las condiciones materiales de la vida, las que a su vez dependen del dominio humano sobre la naturaleza y la igualdad sobre la repartimiento de los beneficios que de esto se derivan. Entre los aspectos destacados de las condiciones materiales y culturales de la vida están: la alimentación, la vivienda, las condiciones de trabajo, la educación, la higiene, etcétera. Los servicios no personales como lo podría ser la salud pública, intervienen sobre algunos de éstos procesos, y por tanto, ayudan de forma esencial a reducir los riesgos de la enfermedad. Los servicios personales se orientan más al aspecto biológico del proceso salud-enfermedad y su efectividad está establecida por la existencia de buenas condiciones materiales de vida de la población que atienden.

Además debemos tomar en cuenta que la salud y la enfermedad son conceptos que oscilan entre la experiencia y los conocimientos de orden subjetivo con que cuentan las personas, debido a lo anterior se debe tener en cuenta que cada individuo posee con diversos elementos personales como lo son sus habilidades o las redes de apoyo que lo rodean entre otras, las cuales lo llevan a realizar determinados comportamientos ante alguna enfermedad (Turk y Kems, 1985).

A partir de la revisión, consideramos que es innegable la influencia de todos los factores mencionados en el proceso salud – enfermedad, pues a quedado demostrado que no basta con prestar atención a los factores que Manrique (1998) denomina como determinantes, pues la influencia que los factores condicionantes ejercen en este proceso es decisiva y puede marcar la diferencia entre una adecuada o deficiente salud. Por lo tanto inmersos en este procesos se encuentran aspectos tanto orgánicos, como sociales, culturales y psicológico.

Y aunque estos aspectos siempre han estado incluidos no se había reconocido su influencia hasta que los patrones de enfermedad y mortalidad se comenzaron modificar, razón por la cual en las últimas décadas se ha hecho necesario considerar lo que otras ciencias, además de la medicina pueden aportar al respeto, una de las ciencias que en forma importante ha demostrado su utilidad es la psicología, particularmente el área de la psicología de la salud, de la cual hablaremos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1. Psicología y salud

En el capítulo anterior, señalamos que desde la antigüedad el hombre se ha preocupado por su cuerpo, su principal interés estuvo relacionado con la alimentación y una vez cubierta esa y otras necesidades básicas, la siguiente preocupación fue la enfermedad y los daños físicos. Luego del progreso de grupos sociales con una mayor estabilidad, se desarrollan distintas maneras de combatir a las enfermedades, los grupos fueron acumulando conocimientos con los que hacían frente a los padecimientos que sufrían.

A partir del siglo XVIII y sobre todo en el XIX el desarrollo científico permite hablar de la medicina como una forma de entrar el estudio del cuerpo humano y de esta manera entenderlo, la idea tradicional de la salud proponía a la enfermedad como la alteración del funcionamiento normal del organismo. Sin embargo, una postura más equilibrada va tomando fuerza y señala a la salud más que como un estado, como un proceso dependiente de condiciones externas e internas sin las que toda interpretación carecería de sentido (Díaz, 2001).

Por otra parte, el avance de la psicología, se ha logrado debido a los continuos cambios que han tenido lugar en su teoría y metodología, lo que le ha permitido expandirse hacia una gran variedad de áreas tan diversas como: la educación, la rehabilitación, la industria, etcétera (Floréz, 2004). Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un creciente interés por vincularla con los problemas de la salud humana, más allá del denominado campo de la salud mental en la que estuvo concentrada por muchos años, pero el demostrar las posibilidades de servicio que puede ofrecer al sistema de salud ha permitido la

creación de un nuevo campo de estudio y de trabajo, nos referimos a la Psicología de la Salud cuyo avance ha sido lento pero constante.

Su incursión tuvo lugar bajo el predominio del modelo médico, el cual se basa en el punto de vista cartesiano acerca de que la mente y el cuerpo son entidades separadas, razón por la que deben analizarse, apreciarse, diagnosticarse y tratarse de manera aislada (Castillo, 2001), de esta forma el cuerpo era tratado por los médicos y la mente le correspondía a los psicólogos, aunque esta idea aún influye en muchas personas, es innegable que con el paso del tiempo se ha hecho obsoleta, lo que da la posibilidad a nuevas formas de concebir al individuo y a las mismas enfermedades.

Debido a lo anterior, el modelo médico, ha tenido que evolucionar desde la segunda mitad del siglo pasado, al principio basado en una visión de los problemas de la salud como fragmentos que debían ser atendidos uno por vez y los aspectos sociales del proceso salud – enfermedad eran relegados a segundo e incluso último término, es decir de acuerdo a Bazan (1997), su propuesta era de un enfoque individualista, curativo y hospitalario, enfocando las enfermedades a cuestiones totalmente biológicas, aislando al individuo de su contexto social, se explicaba el surgimiento de la enfermedad de modo unicausal.

Sin embargo, las ciencias sociales mostraron que el modelo unicausal de las enfermedades es insuficiente, la incapacidad para explicar el origen de las enfermedades del modelo biomédico se fue haciendo cada vez más evidente y surgió la necesidad de plantear un nuevo marco teórico para interpretar el proceso salud – enfermedad, a partir de ese momento se buscó la forma de incluir a las variables del medio que influían en este proceso.

De esta manera, se propuso un nuevo modelo llamado biopsicosocial, el cual considera al individuo como un todo, compuesto de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y a su vez dichos factores intervienen en la enfermedad o

la salud y son determinantes para el éxito de la atención de la salud, es a través de este modelo como la psicología logro dirigir la mirada hacía su posible aporte. A partir de este nuevo enfoque, Rojas (1990) expone que las explicaciones de la salud se hacen considerando tres factores interrelacionados en equilibrio: el agente, el huésped y el medio ambiente, y precisamente cuando hay una ruptura en el equilibrio tiene lugar una condición de enfermedad.

Lo anterior dio la posibilidad a la aparición de la Psicología de la Salud, la cual es una área nueva dentro de la psicología general, sin embargo, a lo largo de su corta pero significativa existencia ha demostrado su importancia y capacidad para dar respuesta a situaciones que ya no pueden resolverse solo a través de las ciencias biomédicas.

2.2. Origen y desarrollo de la psicología de la salud

La Psicología de la Salud concibe a la salud como un proceso continuo e infinito, sin un claro límite con la enfermedad, constituye un fenómeno que sobrepasa al individuo para afectar y entenderse desde la sociedad a la que éste pertenece, surge a través de la necesidad de entender la interrelación que existen entre la vida emocional y los procesos corporales (Rodríguez, 2000).

De acuerdo con Ballester (1997), sus primeros antecedentes se ubican en el año 1900 en los trabajos relacionados con la salud que realizó Watson, dichos estudios trataban sobre neurología y psicología, en contraposición a la psiquiatría. Posteriormente en 1904, Stanley Hall, realizó un trabajo sobre adolescencia el cual incluía un capítulo sobre la importancia de los aspectos preventivos y de higiene.

Sin embargo, el primer acercamiento formal de la psicología al área de la salud fue por medio de la enseñanza en las facultades de medicina, Watson fue uno de los primeros en considerar la importancia de dar formación psicológica a

los estudiantes de medicina, a fin de percibir a los pacientes en forma integral (Ballester 1997). Así la Asociación Americana (APA), creó una comisión para inspeccionar la situación de la enseñanza de la psicología en facultades de medicina. En 1969, William Shofield publicó un artículo en el "American Psychologist", en el cual propuso a los psicólogos que investigaran más temas relacionados con la salud y la enfermedad (Floréz, 2004).

Gracias a la respuesta al llamado de Shofield, 1973 la APA, estableció el grupo "Task Force on Health Research", y su objetivo fue recabar, organizar y difundir información sobre la investigación acerca de conductas relacionadas con la salud. Producto de la investigación de éste grupo, en 1978, y tras una serie de reuniones coordinadas fundamentalmente por Stephen, Weiss, Matarazzo y Stone, los miembros de la Sección, del Network y otros, elevaron una petición para alcanzar el estatus de División en la reunión que la APA celebró ese año en Toronto, aprobándose entonces la constitución de la División de Psicología de la Salud (División 38), siendo su primer presidente Joseph Matarazzo (Ballester, 1997), naciendo así formal e institucionalmente la Psicología de la Salud cuyos objetivos fundamentales son los siguientes.

- Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica.
- Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual.
- Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.
- Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

Los antecedentes más próximos de la psicología de la salud se ubican en la denominada “Medicina Comportamental”. Término propuesto por Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro Biofeedback: Behavioral Medicine. Considerando a la medicina comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento de respuestas fisiológicas autómatas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas (Rodríguez, 1995).

Posteriormente, los objetivos de la psicología de la salud quedaron definidos en la universidad de Yale en 1977 durante una Conferencia sobre Medicina Comportamental llamada Yale Conference on 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, dichos objetivos son resumidos por Floréz (2004), de la siguiente forma:

- Aumento de salud y bienestar de las personas.
- Prevención o modificación de las enfermedades
- Mejor funcionamiento de casos con trastornos

Para lograrlos se debe realizar lo siguiente:

- El control del estrés.
- El aprendizaje o eliminación de comportamientos que favorezcan o que perjudiquen a la salud.
- Modificación de respuestas concretas de conductas ambientales para cada trastorno.

De esta manera, la Psicología de la Salud mostró un horizonte de estudio y aplicación más extenso que el de la medicina comportamental. Suele atribuirse a Joseph Matarazzo el uso original del término en 1982, con su definición de Psicología de la Salud como el “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los

correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias” (Matarazzo, 1982; p. 4).

De acuerdo a Sarafino (1994), la definición de Matarazzo, enfatiza cuatro metas de la Psicología de la salud:

1. Promoción y mantenimiento de la salud
2. Prevención y tratamiento de las enfermedades
3. Causas y detección de las enfermedades
4. Mejoramiento en los cuidados del sistema de salud y las políticas de salud

Más adelante, en diciembre de 1984, auspiciado por la Sociedad Interamericana de Psicología, el Grupo Nacional de Psicología y la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la (OPS) Organización Panamericana de la Salud (Brannon, 2000), se celebró en la Habana el Primer Simposio Internacional de Psicología de la Salud. Los temas abordados fueron:

- Reproducción, sexualidad y papeles sexuales.
- Psicología y salud colectiva.
- Estrés y apoyo social.
- Atención psicológica a enfermos crónicos.
- Cuidados pre-natales.
- Adicción a drogas y alcohol.
- Patologías psicológicas y su dimensión social.
- Servicios de salud.

El surgimiento de la psicología de la salud tuvo lugar debido a importantes situaciones, principalmente el reconocimiento de la existencia de factores sociales y psicológicos incluidos en el proceso salud – enfermedad, además de otros factores que a continuación trataremos.

2.3. Factores que propiciaron el surgimiento de la psicología de la salud

Para Taylor (1990), algunas de las principales razones por las surge la necesidad de crear la psicología de la salud son entre otras: el fracaso del modelo biomédico para explicar la salud y la enfermedad, el creciente interés por la calidad de vida y la prevención de las enfermedades, el cambio de las enfermedades infecciosas por las crónico degenerativas, como la principal causa de enfermedad y muerte, así como la madurez en la investigación de las ciencias conductuales al incluir las teorías del aprendizaje.

De acuerdo con Becoña, Oblitas y Vázquez (2000), entre los factores por los cuales surge la Psicología de la Salud, se encuentran: el cambio en la concepción que se tiene acerca de la salud y de tener buena salud; como se ha mencionado anteriormente, en el pasado la salud era vista como la simple ausencia de la enfermedad, al cambiar esta idea, y percibirla de una forma más positiva que incluía bienestar físico, mental y social, se obtuvo una perspectiva holística que incorpora los aspectos psicológicos.

Desde nuestro punto de vista, otro factor importante, ha sido el que existen muchos cuestionamientos hacía el enfoque biomédico, el cual ha sido el modelo dominante dentro de la medicina, se debe tener en cuenta que ha sido cuestionado debido a que se basa en el reduccionismo y en el dualismo mente – cuerpo y se focaliza en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores sociales y psicológicos.

Además, como lo señala acertadamente Taylor (1990), un importante factor el cambio en los patrones de enfermedad, ya que en tiempos pasados las enfermedades de tipo infeccioso eran mortales, por ejemplo, la gripe, la tuberculosis, la neumonía, etcétera, al descubrirse fármacos efectivos y al avanzar la medicina, se pudieron controlar estas enfermedades y disminuir el número de víctimas, pero en contraste surgieron las enfermedades crónicas, lo cual significa

que muchas de éstas están relacionadas con nuestra conducta y por lo tanto es posible prevenirlas.

Precisamente el surgimiento del campo de la psicología de la salud constituye, de acuerdo con Floréz (2004), el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: la salud está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la variación de la salud – enfermedad, es superior al de los factores orgánicos, situación que ha conducido a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran un tanto ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y aportaciones, además se les demandan soluciones a problemas que escapan del alcance del modelo biomédico tradicional.

Lo anterior tiene lugar, como ya se mencionó debido a que la situación de morbilidad – mortalidad de la población mundial ha sufrido cambios, pues aunque las enfermedades siempre han existido, actualmente las enfermedades infecciosas han ido dejando su lugar a las enfermedades crónico degenerativas. A pesar de que en países con alto desarrollo económico se ha incrementado la esperanza de vida, existe un predominio de las enfermedades crónico degenerativas entre las principales causas de enfermedad y muerte. Por otra parte en países en vías de desarrollo coexisten problemas como la desnutrición, la violencia y los accidentes, con enfermedades crónico degenerativas y enfermedades infecciosas (Vega, 2002).

Por lo tanto, consideramos que aunque el desarrollo económico y social, ha beneficiado a la salud de la población en algunos aspectos, también ha generado condiciones desfavorables, muchas de tipo psicosocial, como los estilos de vida inadecuados, hábitos nocivos, como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, entre otros son aspectos que aparecen con el desarrollo de la sociedades.

Además, consideramos que los elevados costos que genera la atención sanitaria, sin que ello se exprese en una mejoría en la salud de las personas también han contribuido a que se preste atención a los factores psicológicos y conductuales, y que con ello se reconozcan los aportes de la Psicología de la Salud en relación a los costos – beneficios, pues una cantidad considerable de recursos se destinan para reparar los daños causados por estilos de vida poco saludables, es por esto que se han tomado medidas especialmente preventivas para cambiar las conductas no saludables.

A partir de los puntos expuestos anteriormente podemos hilar una serie de sucesos que condujeron al inminente nacimiento de la psicología de la salud: el cambio en los patrones del proceso salud - enfermedad, es decir el importante aumento en las enfermedades crónico degenerativas como principal forma de muerte, el consecuente fracaso del modelo biomédico para ofrecer respuestas y soluciones a esta nueva situación y por lo tanto el abrumador aumento en los costos de la asistencia sanitaria que estos eventos han producido.

Sin embargo, la psicología del salud no puede ser un área independiente ni exclusiva pues requiere del apoyo y colaboración de otras áreas incluidas en la psicología, así como de ciencias que aparentemente no tendrían relación con el campo de acción de esta ciencia, desde el punto de vista unicausal de las enfermedades pero que con el paso del tiempo han demostrado ser de gran importancia para lograr comprender y modificar la situación actual de salud de la población en general contribuyendo de distintas maneras a este fin.

2.4. Áreas con las que se relaciona la Psicología de la Salud

Como ciencia del comportamiento, a la psicología siempre le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud. Becoña, Oblitas, Vázquez (2000) y Floréz (2004) mencionan las siguientes áreas que de una u otra manera se relacionan con esta área: la medicina

comportamental, la salud comportamental, la medicina preventiva, la psicología clínica, la medicina psicosomática, la psicología médica, la psicofisiología experimental, la sociología médica y la antropología médica.

La *medicina comportamental*, es un área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo del conocimiento y técnicas relacionadas con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas, a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Floréz, 2004). Muchos factores han contribuido a que la medicina comportamental se desarrolle, por ejemplo: el cambio de patrones de mortalidad y morbilidad, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, la madurez alcanzada en la investigación de las ciencias sociales y conductuales, el interés por los temas de prevención de enfermedades, el desarrollo de la psicología médica y la importancia de los factores conductuales en la salud.

Floréz (2004) señala que los principales objetivos de la medicina comportamental son:

- La intervención directa.
- Entrenar a los trabajadores de la salud para que mejoren sus intervenciones.
- Entrenar a los pacientes en seguir apropiadamente lo prescrito por el médico.
- Modificar la conducta para la prevención de las enfermedades.
- Diseñar nuevas estrategias de intervención.

De acuerdo a lo anterior, podemos observar que es difícil diferenciar entre la Psicología de la Salud y la medicina comportamental, pues consideramos que hacerlo resultaría inútil ya que las áreas mencionadas aunque tiene diferencias, se enfocan en lo mismo, la salud.

La *salud comportamental*, por su parte, es un campo interdisciplinario que promueve una filosofía de la salud que acentúa la responsabilidad del individuo para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades mediante la aplicación de actividades auto – iniciadas e individuales (Becoña, Oblitas y Vázquez 2000). Se puede decir que la salud comportamental se enfoca en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

La *medicina psicosomática*, tiene sus orígenes en las ciencias biomédicas y no en la psicología; esta disciplina fue definida como una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades. La medicina psicosomática hizo énfasis en los factores mentales y la personalidad, así como algunos mecanismos de defensa y conflictos psico – sexuales, en la génesis de las enfermedades (Castillo, 2001).

Aunque en la actualidad resulta inapropiado preguntarse por la "psicogenia" de alguna enfermedad, la medicina psicosomática sí representa un antecedente importante en términos de la inclusión de variables diferentes a las orgánicas para realizar una aproximación más holista e integral al análisis del proceso salud-enfermedad. Por otra parte, diversos trastornos que se relacionaron preferiblemente con la presencia de algunos conflictos de personalidad subyacentes, tales como la hipertensión arterial, se encuentran entre los más favorecidos por los investigadores en el campo de la medicina comportamental y la psicología de la salud (Floréz, 2004).

La *psicología médica*, se caracteriza por la aplicación de métodos psicológicos clínicos a los problemas de enfermedad física; una definición de esta área es que abarca todos los conocimientos de la psicología para el ejercicio de la medicina integral, principalmente los conocimientos sobre la personalidad del

enfermo, la relación médico – enfermo, la personalidad del médico y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia (Becoña, Oblitas y Vázquez 2000). Al interesarse por la situación psicológica de la persona enferma, representa un campo antecedente de la psicología clínica de la salud.

La *psicología experimental*, es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. La investigación que se ha hecho en este campo ayudó a mejorar los instrumentos y la utilización de nuevas metodologías que hicieron posible la investigación de las relaciones entre la emoción, cognición y fisiología. Además ayudó al desarrollo de las técnicas de *biofeedback* las cuales han sido de singular importancia para la Psicología de la Salud (Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000).

La *psicología clínica*, ha sido de acuerdo a Ballester (1997), la base a partir de la cual ha surgido la Psicología de la Salud, aunque su trabajo se concentre en cosas muy distintas, ya que, la primera se preocupa por la salud mental en enfermedades tales como los trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, etcétera, mientras que la segunda se encarga de las perturbaciones relacionadas con la salud física como el asma, cáncer, artritis, diabetes, etcétera. La principal característica de esta área de acuerdo con Simón (1999), es el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda.

Belar y Deardorff (1995) señalan que esta área se propone facilitar al sujeto el desarrollo de habilidades que le permitan comprender y modificar su situación psicológica, como sus creencias acerca de la salud, el locus de control, el estilo de afrontamiento, y las situaciones afectivas que se viven en esta condición. También se plantea problemas de otra índole, tales como el del cumplimiento del tratamiento, el de la preparación para intervenciones médicas, el de los aspectos

psicológicos de la hospitalización, y el de las repercusiones de la relación terapeuta-paciente

La *sociología médica*, es definida por Floréz (2004), como una especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Esta especialidad se interesa en los factores sociales que influyen en la salud, mientras que la Psicología de la Salud se centra en los procesos psicológicos.

La *antropología médica*, de acuerdo a Becoña, Oblitas y Vázquez (2000) estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad. Se centra en la comparación transcultural de los sistemas de curación y creencias de la salud, a diferencia de la Psicología de la Salud, la cual se interesa más por las creencias individuales.

Por último podemos mencionar a la *medicina preventiva* que se ocupa de impedir la aparición, desarrollo y prolongación de las enfermedades en el individuo, familia o grupo (Vega, 2002).

Además la Psicología de la Salud requiere del apoyo de otras disciplinas, Vega (2002) menciona a las siguientes:

- Psicología clínica, con el establecimiento de una relación entre el psicólogo y el paciente con una dimensión de apoyo y ayuda.
- Psicología comunitaria, orientada a la comprensión y resolución de ciertos problemas o patologías con un componente socioambiental, se centra en la relación entre los sistemas sociales y el comportamiento, es decir los problemas se abordan desde un nivel social.
- Medicina, con sus campos de enfermería, nutrición, farmacología, biología y trabajo social.

- Epidemiología, al estudiar la frecuencia y distribución de las enfermedades.
- Sociología, al estudiar a los grupos y comunidades y evaluar el impacto el de los factores sociales.
- Antropología, al estudiar a las culturas y las diferencias en la salud y la enfermedad a través de los distintos grupos culturales.

Todas estas disciplinas, proporcionan información combinada y describen el sistema social en el cual la salud, la enfermedad y las personas coexisten y se desarrollan. Estamos de acuerdo en lo que señala Castillo (2001), acerca de que las diferentes disciplinas tienen como propósito destacar la importancia de los factores derivados del comportamiento en la prevención y rehabilitación de los problemas de la salud.

A partir de la colaboración de las disciplinas ya mencionadas, la psicología de la salud ha logrado ofrecer diversas aportaciones en distintos ámbitos de la salud, a continuación trataremos estos logros.

2.5. Aportaciones de la psicología de la salud

A lo largo de su desarrollo, la psicología de la salud ha tenido numerosas aportaciones que hasta hace casi dos décadas eran resumidas por Taylor (1990), de la siguiente manera:

- Ha proporcionado una visión teórica al equipo de profesionales vinculados con el cuidado de la salud, en cuanto al papel del psicólogo en este ámbito.
- Ha proporcionado un marco conceptual, que elucida la relación existente entre la salud y los estilos de vida.
- Ha evidenciado el papel que juega el estrés en la salud.

- Ha marcado la existencia de conductas relacionados con la enfermedad.
- Ha manifestado la importancia que tiene la representación de la gente en cuanto a su salud o enfermedad.
- Ha determinado el papel del afrontamiento en la enfermedad.
- Ha señalado los factores que influyen en la adaptación de las personas a la enfermedad.

Actualmente, la Psicología de la Salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica y sus extensiones al ámbito de la salud. Rodríguez (1995) señala que el momento se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la psicología, especialmente de la psicología social y comunitaria, la meta más importante es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para promover la salud y prevenir las enfermedades, lo cual tiene una gran relevancia si se toma en cuenta el riesgo que representan los estilos de vida inadecuados en el contexto actual de morbilidad – mortalidad de nuestra población.

Desde nuestra perspectiva coincidimos con Brannon (2000), en su observación acerca de que la Psicología de la Salud puede contribuir de distintas formas al área de la salud: a través de la acumulación de información sobre comportamientos y estilos de vida así como su relación con la salud, contribuyendo en la prevención y tratamiento de enfermedades, y participando en la formulación de políticas sanitarias a fin de promover el sistema de salud pública.

Debido a que actualmente la salud es considerada como un derecho social básico, la inversión en su promoción y erradicación de las enfermedades se centra en aspectos cada vez más importantes en distintos ámbitos como el científico, el asistencial y el político, por lo tanto cada vez podemos observar de una manera

más clara como el aspecto psicológico está estrechamente relacionado con la salud.

Sin embargo, no en todos los países del mundo se ha prestado atención a la importante y forzosa necesidad de crear un espacio para la psicología de la salud, esto ha pasado sobre todo en países del tercer mundo en particular en América Latina, aunque estos países no son los únicos, ni en todos se vive la misma situación, nos centraremos en ellos pues nuestro país, México, se encuentra no solo en esta región de mundo además comparte muchos problemas sanitarios con estos países y una marcada negativa a prestar atención a las posibles aportaciones que la psicología de la salud puede ofrecer.

CAPITULO 3

PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN MÉXICO Y EL PAPEL DEL PSICÓLOGO

3.1. Psicología de la salud en Países del primer mundo

A pesar de que mundialmente la psicología de la salud ha demostrado ser un área de especial importancia para la solución de muchos problemas del sector salud, aún no se le ha dado un lugar preponderante en muchos países, ya que como lo afirma Velásquez (2001), “la psicología de la salud es subsidiaria del modelo de sanidad y del grado de desarrollo de una determinada sociedad, hasta el punto, que ni siquiera existe, en países donde la preocupación fundamental es qué come o como sobrevivir al frío” (p. 61). Y su impacto y grado de desarrollo dentro de los servicios sanitarios dependen asimismo del grado de desarrollo de la psicología general.

Ballester (1997), plantea que aquellos países que la psicología de la salud ha logrado tener un mejor desarrollo, son aquellos países que:

- Países que cuentan con una gran tradición en la investigación básica en psicología de la salud.
- Países en los que predominan las aplicaciones clínicas.
- Países con un marcado énfasis en la formación psicológica para los médicos.
- Países con tendencia hacia la investigación de los factores relacionados con el proceso salud – enfermedad.

Un ejemplo de lo anterior es Suecia, país en el que han tenido un gran desarrollo los estudios psicofisiológicos acerca del estrés; podemos mencionar además el caso de Rusia, en donde ha tenido lugar un claro predominio en la investigación y aplicaciones a partir de la psicofisiología pavloviana. Y países como Alemania e Inglaterra, han aplicado una epidemiología sofisticada desde el punto de vista metodológico a factores psicosociales que influyen en la salud. Por su parte Italia y España han aportado trabajos importantes en torno a la verificación y puesta a prueba de la teoría psicósomática (Ballester, 1997).

Como podemos observar en cada uno de estos países tiene lugar una estabilidad de tipo económica y en algunos casos política, aspectos que han dado una mayor posibilidad al desarrollo de la psicología de la salud pues sus habitantes ya han resuelto carencias de primera necesidad y sus sistemas de gobierno se han percatado de la necesidad de buscar soluciones en nuevas ciencias que además han demostrado que pueden funcionar, y han apostado por una nueva forma de concebir al sector sanitario con la inclusión del psicólogo de la salud.

Desafortunadamente, esta situación no ha podido ocurrir en países del tercer mundo, particularmente en América Latina pues en muchos de ellos se viven situaciones de extrema pobreza, condición que se agrava por la falta de visión y desinterés de sus gobernantes por el bienestar de aquellos a los que "sirven", además de la existencia de obsoletas instituciones que están en manos de personas mal preparadas y sin un perfil adecuado para los puestos en que laboran.

3.2. Psicología de la salud en América Latina

Como lo afirman acertadamente Werner, Pelicioni y Chiattonne (2002), actualmente se vive un importante proceso de transición respecto a una serie de aspectos que permiten el funcionamiento humano, y que exigen a la población

mundial, trascendiendo a sociedades y culturas, un cambio en su forma de ser e interactuar, pues de no encontrar alternativas, seremos aniquilados como especie en este planeta.

Temas como Globalización, Desarrollo Sostenido, Preservación Ambiental, Cambios Demográficos, Calidad de Vida, Equidad Social, se discuten diariamente en la prensa mundial. Es claro que la humanidad no ha logrado procesar de forma coherente y armónica los avances de la ciencia y la tecnología, que traen consigo innegables beneficios a la población, pero también generan enormes conflictos en el campo de la Ética Humana y la Vida.

Indudablemente, como bien lo señala (Pelicioni, 1999), esta situación refleja lo urgente que es proponer y hacer efectivas acciones que cambien el camino de degradación y caos que amenaza el planeta. La población mundial se encuentra en un proceso de multi-influenciación, interdependencia y multicausalidad. En el campo de la salud, la indiscutible relación entre Educación – Medio Ambiente – Salud y Calidad de Vida desafía el antiguo modelo biomédico, influenciado por el pensamiento positivista – cartesiano. La necesidad de hacer frente a tantos problemas ha traído gradualmente la idea de voltear la mirada a ciencias que ofrecen posibles soluciones y que antes eran prácticamente ignoradas.

Desde nuestro punto de vista, es innegable el aporte que el psicólogo como profesional y la Psicología como ciencia tienen para ofrecer, y brindar una posible solución a estas cuestiones y sobre todo a la búsqueda del tan deseado bienestar biopsicosocial. Sin embargo, en el campo real de las actividades de atención a la salud de la población, desafortunadamente, la aplicación de estas ideas no es lo que se hace. Esta situación se puede observar claramente en países de América Latina, en donde predomina un desinterés hacia los aportes del psicólogo.

Para que se pueda hablar de psicología de la salud en países de América Latina de acuerdo a Rodríguez y Rojas (1998), se debe considerar el estado en que se encuentra la salud, donde la prestación de los servicios se logra en 3 niveles:

1. Promover la salud y prevenir la enfermedad, así como diagnóstico y tratamiento.
2. Atención en clínicas especiales y hospitales.
3. Atención en subespecialidades en unidades especializadas que requieren de alta tecnología.

En el momento que se estudia la psicología de la salud en América Latina, se tienen que mencionar las áreas de la psicología que han tenido mayor auge como la psicología clínica, del trabajo, social, educativa; y en los últimos años la psicología de la salud ambiental y comunitaria (Rodríguez y Rojas, 1998).

A continuación mencionaremos brevemente la situación de la psicología de la salud en algunos países de América Latina, hablamos de Latinoamérica en conjunto pues a pesar de estar constituida por países de características sociales, económicas, políticas y culturales distintas posee un origen histórico común, y en general comparten el hecho de ser tercermundistas y las realidades que esta situación trae consigo.

Rodríguez y Rojas (1998) indican que en la época actual, Cuba es el país con la mayor tradición en América Latina en psicología de la salud, destacando en la investigación y formación de cuadros profesionales, además de la inclusión de esta especialidad en la estructura organizada del Sistema Nacional de Salud en Cuba; cuenta mil 600 psicólogos laborando dentro de la psicología de la salud acentuando la atención en la familia, enfermedades crónico-degenerativas y salud mental. Por su parte Colombia creó la especialidad de psicología de la salud, en su programa se pone especial atención a la salud materna infantil y a la salud en

el ámbito de la prevención y rehabilitación. En Venezuela ahora existe una maestría en psicología social que pone énfasis en la salud y también cuenta con una residencia en psicología de la salud.

En lo que se refiere a la investigación se puede ver que América Latina se enfoca, desde la promoción de la salud y prevención de enfermedad hasta la rehabilitación y tratamiento. Las principales líneas de investigación en Brasil, Cuba, Argentina y México son las enfermedades crónico-degenerativas, aspectos psicosociales de la conducta sexual y las adicciones como factor de riesgo y las alteraciones psicofisiológicas. Mientras que el campo de aplicación del psicólogo de la salud se remite a instituciones de enseñanza, centros asistenciales y la práctica privada (Rodríguez y Rojas, 1998).

Se podría decir que la psicología de la salud ha tenido un acelerado crecimiento en algunos países de América Latina lo cual se refleja en varios eventos académicos internacionales donde ha sido mucha la participación, por ejemplo, Werner, Pelicioni y Chiattoni, (2002) señalan que Cuba organizó el primer seminario de psicología de la salud en 1989, México el primer congreso internacional de psicología de la salud en 1992, la conferencia latinoamericana de psicología de la salud en 1996, Chile organizó la conferencia internacional sobre psicología de la salud en 1995. En 1996 Cuba realizó un evento múltiple que incluyó a la psicología de la salud. También existen varias publicaciones importantes como lo es la revista sobre psicología de la salud de Colombia, muchos de los artículos sobre psicología de la salud son hechos por México y Cuba.

Particularmente, como lo señala Velásquez (2001), en cuanto a los servicios de salud en América Latina, se pueden observar influencias de distintas fuerzas como lo es la cultura indígena, la iglesia católica, la influencia del concepto de seguridad social europeo, así como las ideas sobre salud – enfermedad de Estados Unidos y Canadá; resultando un montaje complejo de diversos

elementos, razón por la cual la atención a la salud, constituye uno de los retos y prioridades más relevantes para estos países.

Werner, Pelicioni y Chiattonne (2002) mencionan que además de las carencias económicas, un obstáculo importante para que la psicología del salud se desarrolle efectivamente en todos los países de América Latina, lo constituye la formación del psicólogo, todavía fundamentada en un modelo fuertemente clinicalista, ya que la formación de los jóvenes que ingresan a las universidades está dirigida hacia su actuación dentro de un modelo desgastado, en el que no se consideran las cuestiones sanitarias, la visión colectiva de la salud y las herramientas de prevención e intervención colectiva, situación que califica pobremente a ese profesional para actuar en el campo de la Psicología de la Salud.

En función de lo anterior Werner, Pelicioni y Chiattonne (2002) resaltan que en países de América Latina, la presencia efectiva del Psicólogo de la Salud, se ha mostrado prácticamente incipiente sobre todo resulta tímida su inserción política, quedándose bajo la responsabilidad de unos pocos el esfuerzo de discutir y defender las cuestiones que pertenecen a la psicología como Ciencia y Profesión en los más distintos ámbitos políticos e institucionales. Siendo los ámbitos político e institucional, los campos más desafiantes para la inserción del psicólogo de la salud, pues sin una efectiva postura política se corre el riesgo de perder el eslabón más importante de la cadena de acciones y propuestas que hacen factible la labor de esta especialidad. El desarrollo de la psicología de la salud en América Latina se ido desarrollando básicamente a través de la creación líneas de investigación.

Paradójicamente, en estos países las demandas sociosanitarias han aumentado en solicitar la participación de este profesional dentro del área de atención a la salud, saliendo de los límites de la llamada salud mental, lo que genera un problema serio, es decir, ver los espacios siendo ocupados por

profesionales mal preparados, que acaban por proveer un servicio de atención precario, creándose así estigmas negativos sobre la actuación y función del psicólogo. Por lo tanto se puede decir que América Latina no ha tenido un avance significativo en el estudio de la salud, queda mucho trabajo por realizar, ya que como observamos son muy pocos los países que ponen énfasis en la psicología de la salud, esto, debido a que tal vez la concepción de salud en dichos países no ha evolucionado del todo.

Consideramos, que el trabajo de los psicólogos de la salud actualmente se encuentra aislado y no muy bien ubicado como parte de la disciplina, lo cual dificulta el conocimiento verdadero del estado en que se encuentra la psicología de la salud; debe valorarse y aprovecharse para mejorar la calidad de vida de la población. Por lo tanto la evolución de la psicología de la salud depende del desarrollo de la psicología en cada país. Es precisamente en nuestro país, en el que claramente se observan las consecuencias de no preparar a los psicólogos para desempeñarse en esta área e ignorar a aquellos que cuentan con dicha preparación y colocar en puestos claves a profesionales que a pesar de sus buenas intenciones no cuentan con los conocimientos y herramientas para desempeñar un buen papel y mejorar la situación sanitaria que vive el país.

3.3. Psicología de la salud en México

En México, al psicología ha tenido un desarrollo acelerado desde la década de los 60's, ha tenido cambios relevantes en lo que se refiere a la investigación, la práctica y la enseñanza, la Universidad Nacional Autónoma de México reformó los planes de estudio para la formación de psicólogos, y es por esto que en 1973 la facultad de psicología se volvió independiente. Por otra parte, diferentes instituciones comenzaron a desarrollar planes de estudio para adquirir la licenciatura en psicología, debido a estos acontecimientos se logró el reconocimiento oficial de la psicología por la dirección General de Profesiones. Durante los años 80's se fundaron varias asociaciones de psicólogos como la

Sociedad Mexicana de Psicología, la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica entre otras, también se editaron revistas como la Revista de psicología, la Revista Mexicana de Análisis de Conducta, etcétera. A pesar de esto hubo un problema entre las diversas corrientes ya se descalificaban entre sí, lo cual de alguna manera ha estancado el desarrollo de la psicología (Rodríguez y Rojas, 1998).

A pesar del progreso acelerado de la psicología en México, no se ha dado un desarrollo tan importante de la psicología de la salud, pues el espacio laboral para la misma no existe de manera formal ya que el modelo médico que prevalece en el ámbito de la salud no permite la inserción del psicólogo. Esta situación es consecuencia como lo señala Ramírez (1996), de que nuestro Sistema Nacional de Salud sigue teniendo como principal interés la atención médico – curativa mostrando escasa atención a aspectos de programación, diseño social, prevención, calidad y calidez. Razón por la cual las funciones del psicólogo se han reducido a servir como auxiliar de otras profesiones desaprovechándose de esta manera habilidades y conocimientos para el desarrollo de actividades de diagnóstico, intervención e investigación.

Debido a lo anterior es que tenemos por resultado un desarrollo incipiente de la psicología de la salud en nuestro país, reduciendo la labor de psicólogo de salud a algunas incursiones en las instituciones del sector salud, realizando programas educativos, brindando información a la población, impartiendo cursos de relaciones humanas o como ayudante de terapia o psicometría en el área de salud mental (Velásquez, 2001).

Y por otro lado tenemos que en México solo existen alrededor de 3000 psicólogos trabajando en la prestación de servicios de salud, para una población mayor a las 90000 millones de habitantes (Rodríguez y Rojas, 1998). Afortunadamente en los últimos años la preocupación que ha generado el estado de salud del país a impulsado a pequeños grupos de psicólogos a abordar los

aspectos psicológicos inmersos en proceso salud – enfermedad, sin embargo el reto es muy grande.

Desde nuestra perspectiva es claro que muchos de los problemas que tiene actualmente el Sector Salud de nuestro país se podrían solucionar si se incorporaran a su grupo de trabajo no solo a médicos sino a psicólogos, sociólogos, antropólogos, etcétera, integrando un grupo multidisciplinario el cual se podría hacer cargo de los programas relacionados directamente con la educación para la salud, participación comunitaria, modificación organizacional de los servicios.

A partir de lo revisado se puede observar un panorama difícil para el psicólogo de la salud ya que su trabajo es poco solicitado, lo cual tal vez se deba a que, en primer lugar, las personas todavía tienen una concepción errónea acerca del trabajo que realiza un psicólogo, ya que mucha gente todavía tiene miedo de acudir con un psicólogo al pensar que no tienen necesidad de hacerlo y que solamente lo hacen individuos con problemas especiales como la esquizofrenia, problemas de aprendizaje y motores, etcétera.

En segundo lugar la salud en México todavía se considera como la ausencia de la enfermedad y a veces se ignora que las enfermedades son resultado de las conductas que uno mismo realiza, pero las personas no quieren tener responsabilidad alguna de los males que se presentan y es más fácil seguir realizando hábitos inadecuados para la salud, y así esperar a que las enfermedades aparezcan para acudir al médico y que éste les recete un medicamento para que toda enfermedad desaparezca.

Sin embargo, el psicólogo de la salud puede desempeñarse tareas de gran importancia, desafortunadamente como lo señala Ramírez (1996), el espacio laboral en México para que pueda desempeñarse no existe de manera formal, no sólo se observa por la carencia de publicaciones en el ámbito o por no encontrarse

en los programas de estudio, sino por las estadísticas generales de la misma y el sector salud. Por lo tanto consideramos importante señalar las áreas en las que puede desempeñarse y las posibles funciones que podría realizar de encontrar un espacio para ello.

3.4. Campo de acción del psicólogo de la salud

Ya que existe una gran investigación en ésta área, el campo de aplicación de la psicología de la salud tiene una tendencia al crecimiento. Respecto a esto, Bellamy (1995), menciona que se han creado nuevas concepciones de la salud y alteraciones de esta, lo cual lleva a adquirir nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud, y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Además menciona que existen diversas áreas de aplicación las cuales se mencionan en los siguientes grupos:

- Promoción e incremento de salud, enfocándose en la educación sanitaria, en la generación de hábitos y estilos de vida saludables.
- Prevención, controlando las conductas y hábitos riesgosos.
- Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, por ejemplo: problemas cardiovasculares, gastrointestinales, etcétera.
- Análisis y mejora del sistema y atención sanitarios, mejorando la relación profesional- usuario del sistema salud.

Para Álvarez (1995), la necesidad de incluir al psicólogo en el equipo al cuidado de la salud, lo ha llevado a tener una participación paralela a los demás profesionales en los países desarrollados, notándose grandes aportaciones en diversas áreas de la medicina. Al principio el psicólogo establecía un enlace entre el departamento psiquiátrico y el equipo de salud, pero con el tiempo fue

conquistando autonomía, formando parte activa de las decisiones diagnósticas y en planeación de tratamientos. Como es ya sabido, la psicología de la salud ha trabajado en el campo de las enfermedades crónicas el cual se ha diseñado por tres rubros:

1. Pediatría conductual.
2. Atención a adultos.
3. Gerontología conductual.

Dichos rubros surgen con el propósito de prevenir y mantener el estado óptimo a los pacientes con el fin de tener una mejor calidad de vida y como respuesta a la necesidad de comprender una gran cantidad de problemas que requieren una aproximación médico-psicológica.

De acuerdo con Becoña, Oblitas y Vázquez (2000), las tareas que debe realizar el psicólogo de la salud y en las que sus aportaciones podrían ser de gran utilidad son las siguientes:

- Prevención de enfermedad y promoción de la salud
Diseño de campañas y programas de intervención para proporcionar hábitos y estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad. Dentro de esta área se han realizado investigaciones sobre el tema de la formación y cambio de actitudes específicamente de las vinculaciones de éstas y los hábitos de conducta que pueden contribuir a un estado óptimo. También se han fomentado diseños de campañas y programas de intervención para promocionar hábitos y estilos de vida sanos y prevenir la enfermedad.

- Programas de intervención para el manejo de estrés
Dentro de las actividades preventivas cabe destacar el diseño, implantación y evaluación de programas de intervención para el manejo del estrés, reducir la ansiedad y mejorar la asertividad.
- Salud ambiental
El psicólogo tiene por objetivo evaluar, diseñar y planificar el ambiente con el objeto de aminorar o eliminar aquellos factores del mismo que tienen efectos negativos sobre el estado de salud.
- Comprensión de los factores etiológicos y patógenos
Aquí se tratan de establecer los factores que ayudan a que los individuos sean más susceptibles a la acción de ciertos agentes patógenos y del modo que afectan a la salud.
- Tratamiento y cuidado del paciente
Durante el tratamiento y el cuidado del paciente se producen muchas interacciones entre éste y los distintos profesionales de la salud de tal manera que este proceso puede verse como una forma de relación interpersonal en la que una persona ayuda a otra a resolver sus problemas, esta situación implica un proceso de influencia interpersonal, especialmente en el campo de la salud mental.
- Rehabilitación y adaptación del paciente a la enfermedad
Las principales aportaciones del psicólogo en esta área son:
 - Ayudar para lograr el ajuste psicosocial a la enfermedad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento de ésta.
 - Trabajar en el caso de enfermedades crónicas, para organizar en cada uno de los pacientes la prolongación de la vida con la máxima calidad de vida posible.

- Desarrollar estrategias de afrontamiento de la muerte dirigidas al enfermo y a su entorno social de modo que ésta sea asumida adecuadamente.
- Organización y gestión de los servicios de salud
Dentro de este rubro el psicólogo le corresponde:
 - la elaboración de modelos integrados de organización y gestión de los servicios de salud.
 - impulsar la creación de equipos de apoyo comunitario para hacer frente a las necesidades más urgentes de la comunidad.
 - facilitar la coordinación y funcionamiento del equipo sanitario.
 - desarrollar programas que generen actitudes favorables hacia el uso de los servicios de salud.

Así también, la American Psychological Association (APA), destaca como atribuciones del psicólogo de la salud (Chelsney, 1993):

- Identificación precoz de personas en situación de riesgo en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete al individuo.
- La investigación, entendimiento e intervención en cuanto a los factores que permitan una buena Calidad de Vida para personas portadoras de enfermedades crónicas.
- Realizar estudios e intervenciones en el campo Comunitario y de Salud Pública en los esfuerzos de la Psicología de la Salud.
- Enfocar los problemas de la salud desde una perspectiva global.

Por su parte, Rodríguez (1995), considera que las actividades del psicólogo dentro del ámbito de la salud se pueden dividir en tres grandes núcleos:

1. El nivel de la intervención, que va desde la investigación básica de la salud, hasta la evaluación de los programas de salud.
2. El objetivo de dichas intervenciones, que puede centrarse en el individuo concreto, en los sujetos relacionados con él, en las personas que directa o indirectamente trabajan en el sistema de salud, en los aspectos psicosociales de las propias organizaciones de la salud o en la totalidad del sistema de salud.
3. El tipo de intervención desarrollada, que pueden ir desde la modificación de procesos psicofisiológicos extraños por medio del *biofeedback*, realización de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables, hasta campañas de educación y promoción para la salud dirigidas a determinadas comunidades o sectores de la población.

Desde nuestro punto de vista la clasificación que realiza Vega (2002), sobre las principales funciones del psicólogo de la salud es la más completa:

- Evaluación y diagnóstico: lleva al diagnóstico de comportamientos y procesos de riesgo asociados a enfermedades, a la valoración de intervenciones biopsicosociales y de los sistemas de salud.
- Promoción y mantenimiento de la salud: orientada a promover conductas de salud, activar mecanismos para el autocambio y crear contextos que mantengan la conducta modificada.
- Prevención: se refiere a la prevención primaria y secundaria, para la reducción de factores de riesgos asociados a distintas enfermedades.

- Tratamiento: se refiere al tercer nivel de prevención y se compone de diversas técnicas terapéuticas dirigidas a personas con algún tipo de padecimiento, dichas técnicas son de tipo conductual.
- Investigación: la cual consiste en planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia y prevalencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo en la comunidad o sobre hábitos saludables.
- Formulación de políticas de la salud: que se refiere a la intervención del psicólogo en acciones políticas, realizando investigaciones de salud pública y mostrando sus resultados a las instancias gubernamentales.

Además, consideramos que otras implicaciones del psicólogo de la salud, son ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y asesorar en asuntos psicológicos a distintos profesionales del cuidado de la salud. Algo que es muy importante es que los psicólogos de la salud deben ser entrenados en las ciencias biomédicas las cuales son necesarias para comprender síntomas clínicos, así como el conocimiento de la salud pública y el sistema de cuidado de la salud.

Así, con todo lo anterior coincidimos con Ardila (1992), con respecto a que el profesional de la salud que utiliza los principios de la ciencia psicológica para la prevención de determinadas enfermedades físicas o para tratarlas cuando ya se presentaron tiene una serie de áreas de actividad que se resumen de la siguiente forma:

- Prevención primaria, que implica a todas aquellas medidas preventivas que se llevan a cabo en una etapa prepatogénica e incluyen la promoción de la salud, y la educación sanitaria.

- Prevención secundaria, aquella que se realiza a través de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (medicina curativa).
- Prevención terciaria, permite limitar las secuelas dejadas por el padecimiento y rehabilitar al individuo.
- Educación a otros profesionales de la salud: médicos, enfermeros, odontólogos, terapeutas físicos, etc.
- Participación en el sistema nacional de salud.
- Investigación científica, tanto básica como aplicada.
- Evaluación, intervención y consultoría.

Además consideramos que el papel del psicólogo que trabaja en la salud, entre otros es fungir como colaborador o asesor en la elaboración tanto de la evaluación como del tratamiento de un caso clínico, en conjunción con otros profesionales de la salud; como investigador, se dedica a aplicar los diferentes principios de psicología a distintas enfermedades, en diversos ámbitos y circunstancias. Dentro de la investigación que se lleva a cabo en la psicología de la salud, Prokop y Bradly (1981) señalan que existe un área fundamental que involucra los diferentes problemas en el ajuste de los pacientes a la enfermedad y a tratamientos médicos.

Existen diferentes líneas de investigación como:

- Enfermedades crónicas
- Enfermedades agudas
- Desórdenes del desarrollo
- Enfermedades psicogenéticas
- Enfermedades terminales y muerte.

Por supuesto, que el psicólogo de la salud no solo debe trabajar con la conducta manifiesta de las personas sino también con sus cogniciones, pues no sólo las acciones sino también las creencias determinan en forma significativa la práctica de conductas saludables, ya que en la mayoría de los casos en ellas radica el verdadero problema. Las creencias, de que determinada conducta pudiera contribuir a evitar o provocar alguna enfermedad, así como la sensación de malestar ante la ejecución de alguna conducta juzgada como negativa son factores que lejos de ser positivos pueden originar mayores conflictos, pues en ocasiones esas creencias conducen a la persona a experimentar una sensación de culpabilidad.

Así, aunque muchos de los factores que influyen en el proceso salud – enfermedad son de tipo social y resulta complejo modificar sus efectos negativos en la salud de cada individuo, pues no depende en forma exclusiva de decisiones individuales, existe la posibilidad de reducir sus efectos en la salud a través de la adquisición y ejecución de determinados comportamientos saludables, además de trabajar en la modificación de conductas que suponen un riesgo, está posibilidad constituye el primer paso de una adecuada educación par la salud. A continuación mencionaremos los aspectos relacionados con la adquisición de estos comportamientos así como sus características.

CAPÍTULO 4

HÁBITOS NEGATIVOS DE SALUD Y CULPABILIDAD

4.1. Conducta y hábitos de salud

Podemos definir al estilo de vida como el “conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona, o simplemente como, su forma de vivir”. (Latorre y Beneit, 1995, p. 25). Dentro del estilo de vida se encuentran vinculadas las conductas de salud, las cuales incluyen a todos aquellos comportamientos que de una u otra forma promueven o potencian un estado de salud adecuado, entre ellos podemos mencionar el realizar algún tipo de actividad física, llevar una dieta equilibrada, no fumar, realizar un consumo moderado de alcohol, etcétera. Dichas conductas son importantes en la medida que están implicadas en el proceso salud - enfermedad, y además como lo menciona Osorio (1997), pueden convertirse en hábitos lo que significa que estarán firmemente establecidos y arraigados en el repertorio conductual de las personas.

Debemos recordar que los hábitos de salud se adquieren como cualquier otra conducta, mediante procesos de aprendizaje, por experiencia directa y modelos sociales, y por tanto se mantienen y extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje (Rodríguez, 1995). Así, las personas aprenden los comportamientos saludables fundamentalmente por condicionamiento operante y vicario, a su vez las conductas protectoras están relacionadas con factores sociales y cognitivos ya que toda persona valora su estado de salud y toma decisiones al respecto apoyada en las creencias que posee sobre las enfermedades.

Sin embargo, como lo señala Beneit (1994), las conductas de salud se caracterizan por ser inestables, y hasta cierto punto autónomas, pues existe una escasa e incluso nula relación entre distintas conductas en una misma persona,

por lo que el hecho de que dicha persona lleve a cabo un comportamiento no predice la existencia de otro. De acuerdo con Taylor (1986), algunas razones de la inestabilidad en este tipo de comportamientos son:

- Diferentes conductas están bajo el control de factores diferentes en la misma persona.
- Una misma conducta de salud puede estar bajo el control de distintos factores en diferentes personas.
- Los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo del desarrollo de la propia conducta de salud.
- Los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo de la vida de cada persona.

Es importante mencionar que cuando una persona se encuentra sana, resulta más difícil que se involucre en tal tipo de conductas, ya que normalmente suponen un esfuerzo. Además de acuerdo a Latorre y Beneit (1995), el que una persona lleve a cabo conductas saludables depende sobre todo de factores motivacionales, los cuales a su vez dependen de la percepción que la persona tiene acerca de la amenaza que representa la enfermedad y de la eficacia que considera tener para reducir la amenaza.

Coincidimos con Osorio (1997), en la necesidad de reconocer lo imprescindible que resulta considerar los aspectos psicológicos y conductuales y su relación con la salud, pues como ella lo afirma “lo importante no es lo que la gente tiene, sino lo que la gente hace y lo que piensa acerca de sus acciones” (p. 19), por lo que plantea los siguientes supuestos:

- Determinados comportamientos aumentan el riesgo de adquirir ciertas enfermedades, (la conducta es un factor de riesgo).
- La modificación de ciertas conductas puede disminuir la probabilidad de riesgo de algunos procesos de salud.

- Las intervenciones psicológicas pueden resistir con balance favorable un análisis de costo – utilidad – eficacia.

Resulta importante considerar la importancia de los factores que influyen en la adquisición, modificación y mantenimiento de los hábitos de salud. Osorio (1997), los agrupa en: sociales y personales. Dentro de los primeros destacan las primeras experiencias de socialización que generalmente se vinculan a las vivencias familiares, los valores asociados a una cultura y grupo socioeconómico determinados, la influencia de los distintos grupos con los que interrelaciona el individuo, así como distintos factores emocionales y creencias.

Siguiendo con la clasificación de Osorio (1997), en los factores personales encontramos la autopercepción de los síntomas, es decir la forma en que tiene lugar la identificación de señales corporales como síntomas, además de los factores emocionales que tienen un papel preponderante como determinante de la conducta de salud, pues diversos comportamientos nocivos se encuentran asociados en ocasiones a ciertas reacciones emocionales; finalmente las creencias también determinan significativamente la práctica de las conductas de salud pues generan sensaciones de vulnerabilidad entre las enfermedades.

Como podemos observar los hábitos de salud están en función de diversos factores y el realizarnos o no puede generar diferentes efectos en cada individuo, pero, ¿qué sucede cuando las personas llevan a cabo comportamientos opuestos a los hábitos de salud?, caen entonces en la ejecución de lo que denominaremos hábitos negativos de salud, con los que contrario a los hábitos positivos se promueven los efectos negativos sobre la salud, dando lugar incluso a la enfermedad. A continuación explicaremos algunos de los hábitos negativos en los que comúnmente incurren las personas.

4.2. Hábitos negativos de salud

Como ya lo mencionamos, a diferencia los hábitos de salud positivos, los negativos se vinculan a conductas que lejos de acercarnos a un estado saludable potencian un estado de enfermedad, entre los hábitos negativos más importantes se encuentran los alimenticios, de higiene, sexuales, de consumo de drogas y de ejercicio físico.

- Hábitos alimenticios negativos

Cuando hablamos de hábitos alimenticios, nos referimos a la forma en la que comemos y nos alimentamos diariamente. De acuerdo con Tinahones (2003) podemos definir alimentación como todas las acciones por medio de las cuales le proporcionamos alimentos al organismo, dichos alimentos le proveen sustancias que denominamos nutrientes los cuales necesitamos para poder realizar cada una de nuestras actividades y para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades, no obstante cada organismo es diferente y por lo tanto requiere de una cantidad adecuada de alimentos de acuerdo con su peso, estatura y constitución, para mantenerse en un estado óptimo de salud.

A pesar de que tenemos acceso a mucha información y de que durante toda la vida escuchamos hablar acerca de los beneficios de una alimentación saludable, incluso se nos informa detalladamente acerca de la pirámide alimenticia de la importancia de que nuestra alimentación esté compuesta por todos los grupos de alimentos; con mayor frecuencia escuchamos que la obesidad se está convirtiendo en problema de salud pública, que aunque en ocasiones es provocada por trastornos en el sistema endocrino, éstas son las menos. Como lo señalan Sherman y Thompson (1999), en la mayor parte de los casos es consecuencia de un aporte excesivo de energía a través de los alimentos que supera al consumo de la misma a través de la actividad; este exceso de calorías son almacenadas en el cuerpo en forma de grasa.

Además, en muchas ocasiones el miedo a aumentar de peso y todas las consecuencias físicas, sociales y emocionales que esta situación puede traer consigo, dan lugar a que cada vez con más frecuencia escuchemos hablar de la creciente incidencia de desórdenes alimentarios, entre los que encontramos a la bulimia, la anorexia nerviosa y los atracones, trastornos que tienen de fondo una preocupación excesiva por el peso y la imagen corporales, que al alejarse de los estereotipos que los medios de comunicación y la sociedad en general han designado como “ideales”, generan en la persona una serie de emociones negativas y rechazo hacia su cuerpo, dando lugar a una situación propicia para la aparición de estos y otros trastornos que van encaminados a lograr un ideal de belleza que muchos han igualado con felicidad. Sin embargo, en muchos casos no hay camino de regreso, ya sea por falta o exceso de nutrientes cada trastorno genera alteraciones en todo el organismo que de no ser detectados y tratados a tiempo son un camino seguro hacia la muerte. De acuerdo con Crispo, Figueroa y Guelar, (1996) las características de los trastornos con mayor incidencia en la actualidad son las siguientes:

- Anorexia nerviosa: las personas con este trastorno desean estar en un peso extremadamente bajo para su edad, estatura y constitución. Comienzan a dejar de comer, hacen regimenes estrictos de alimentación y, pese a que están muy delgadas, intentan seguir perdiendo peso. Experimentan tal terror a la gordura que la comida y el peso se convierten en el centro de todas las preocupaciones.
- Bulimia: el aspecto central de este trastorno es la presencia de atracones, que se caracterizan por el consumo de una gran cantidad de comida en un periodo corto de tiempo, la persona experimenta una sensación de pérdida de control ante la comida; estos episodios van seguidos se sentimientos de culpa, vergüenza y ansiedad, sin embargo, como la persona teme engordar intentar eliminar esos sentimientos desagradables a través de conductas compensatorias,

ya sea provocándose vómitos, utilizando laxantes y/o diuréticos o dejando de comer durante determinados periodos de tiempo.

- Atracones: de acuerdo con los atracones se caracterizan por presentar episodios recurrentes de atracones, pero a diferencia de la bulimia no son seguidos por conductas compensatorias, sin embargo también le generan sentimientos negativos como la culpa.

Dentro de los hábitos negativos alimenticios encontramos dos conductas que en la actualidad son muy comunes y que debido a ellos las personas han tendido a considerarlas como “normales”, nos referimos al consumo elevado de sal y cafeína. Comenzaremos por hablar del consumo de sal, que a pesar de ser un condimento que necesita nuestro cuerpo para mantenerse saludable, abusar de ella puede generar efectos negativos como, problemas renales, enfermedades cardíacas, problemas gástricos y diversas patologías más. Sin embargo, esta situación generalmente ocurre gradualmente, pues cada vez se va necesitando utilizar más para condimentar la comida, lo que antes podría parecerse salado ahora lo encontramos en su punto justo de sal.

Para evitar esta situación, no basta con usar moderadamente el salero en la cocina, sino que, independientemente de cuales sean nuestras costumbres culinarias y nuestra afición al salero en la mesa, los alimentos elaborados del mercado contienen considerables cantidades de cloruro sódico (sal común), hasta el extremo de que solemos ingerir tres veces más de sal de la recomendable para nuestra salud (Oliva, 2001). Con la sal ha ocurrido algo parecido a lo que sucede con el azúcar, algo que, en principio, se usó ocasionalmente en la cocina, se ha convertido por el comercio en un aditivo generalizado en todos los alimentos. Porque, no sólo se acostumbra a poner sal a muchos alimentos en la mesa, sino que prácticamente todos los alimentos elaborados en el comercio, contienen una alta cantidad de sal añadida, por motivos de conservación y para mejorar el sabor,

lo que se traduce en un consumo de sal muy poco saludable y las consecuencias que ello provoca.

Como se menciona otra conducta que también resulta muy común, pero no por ello menos peligrosa es el abuso de la cafeína, pues aunque para muchas personas su consumo se ha hecho casi imprescindible pues es común considerarla más como un alimento que como una droga, creencia a la que se le suma el hecho de que el café es uno de los principales estimulantes que consumimos para comenzar la jornada despejados, combatir el sopor que algunas digestiones provocan o simplemente por puro placer, esta sustancia, actúa como estimulante sobre el sistema nervioso, pero altas cantidades genera efectos en nuestro aparato digestivo así como alteraciones en la conducta, y además genera que sometamos al cuerpo a jornadas más extensas y que por ende esto provoque efectos negativos sobre la salud (Rodríguez, 2003).

- Hábitos negativos de higiene

Como lo menciona Higashida (1995), la higiene es otro elemento importante que debe tomarse en cuenta para lograr un estado saludable, ésta se refiere a reglas básicas cuyo fin es mantenernos limpios y como consecuencia evitar enfermedades; además siguiendo estas reglas mejoramos nuestra apariencia lo que también contribuye a mejorar nuestras relaciones personales.

Sáez y Guayta (2004), mencionan que entre las entre los hábitos de higiene más importantes se encuentran las siguientes:

- Bañarse diariamente, con lo que se prevén las infecciones en la piel pues se eliminan las bacterias evitan además los olores desagradables.
- Lavarse los dientes, para prevenir problemas dentales y bucales.

- Lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, hábitos que tienden a evitar infecciones estomacales.
- Realizar diariamente un cambio de ropa, para mantener una apariencia agradable y evitar infecciones.
- Cepillar el cabello, habito con él que evitamos problemas en el cuero cabelludo y la proliferación de fauna, además es parte de una buena imagen.

- Hábitos sexuales negativos

De acuerdo con Mayle y Robins (1995), los hábitos saludables relacionados con la sexualidad, no solo incluyen el observar un baño diario en el que se procure un lavado adecuado de los órganos sexuales, además es importante considerar la toma de decisiones en cuanto a la edad en la cual iniciar una vida sexual activa, la elección de pareja, el uso correcto de métodos anticonceptivos, etcétera. Todo lo anterior con el fin de disfrutar de una vida sexual plena, satisfactoria, saludable y sin riesgos.

Al no llevar a cabo las medidas anteriores existen altas probabilidades de enfrentarnos a una serie de consecuencias como lo son: las infecciones en los órganos sexuales o de transmisión sexual como: sífilis, gonorrea, SIDA, herpes genital, virus del papiloma, chancroide, granuloma, ladillas, etcétera, entre las que destacamos al SIDA pues a pesar de que no es la única que conduce a la muerte, si es la que más mortalidad ha provocado, 98933 casos desde su aparición en nuestro hasta noviembre del 2005 (CONASIDA, 2007), no obstante, además de las infecciones debemos considerar a los embarazos no deseados, la muerte de mujeres por la realización de abortos mal practicados, etcétera.

- Consumo de drogas

Becoña y Vázquez (2001) definen a las drogas, como todas aquellas sustancias cuyo consumo puede producir dependencia, estimulación o depresión del sistema nervioso central, o que dan como resultado un trastorno en la función

del juicio, del comportamiento o del ánimo de la persona, es decir actúan sobre la conducta, la percepción y la conciencia. El consumo de drogas es una de las principales causas de violencia, accidentes y mortalidad en el mundo, con posibilidad de ser evitada. Goode (1992) divide a las drogas en cuatro grandes categorías:

- Depresoras
- Narcóticos
- Estimulantes
- Alucinógenos

Además, podemos clasificar las drogas en legales e ilegales, en el grupo de éstas últimas encontramos a todas aquellas que se obtienen de modo ilícito como la marihuana y la cocaína, siendo éstas las más conocidas y consumidas (Madden, 1996). A pesar de los enormes estragos que ocasionan las drogas ilegales, el consumo de las que denominamos legales tiene la desventaja de ser aceptado socialmente e incluso promovido, porque en muchos casos se desconocen o ignoran los daños que ocasionan sobre la salud, dentro de las primeras encontramos a aquellas cuya venta y consumo está permitido por la ley, ejemplo de ellas lo son el alcohol y el cigarro.

El fumar implica inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco, lo que conduce a una intoxicación crónica denominada tabaquismo. Las hojas secas de la planta del tabaco se fuman en pipa o en puro, pero la forma más extendida es el cigarro (Rico y Ruiz, 1990). Uno de los principales ingredientes del tabaco es la nicotina, el cual es un poderoso estimulante, ya que al cabo de unos segundos de inhalar una bocanada de humo, el fumador recibe una poderosa dosis de este componente en el cerebro. Esto hace que las glándulas adrenales viertan en la sangre adrenalina, lo cual acelera el ritmo cardíaco y aumenta la presión sanguínea.

A pesar de que la nicotina está considerada como una sustancia más adictiva que otras drogas ilegales, de acuerdo a Goode (1992), es sólo uno más de los cuatro mil componentes del humo del tabaco, que contiene, entre otras, las siguientes sustancias nocivas: amoníaco, benzopireno, cianuro de hidrógeno, dióxido de carbono, monóxido de carbono y estos de plomo o arsénico; todas potencialmente dañinas pues de acuerdo con Rico y Ruiz (1990), aumentan el riesgo experimentar un ataque cardiaco, padecer menopausia prematura, osteoporosis, envejecimiento prematuro, mayor riesgo de abortos, bronquitis crónica, enfisema o cáncer.

El tabaquismo es la mayor epidemia que enfrenta la humanidad y como otras enfermedades que dependen del comportamiento humano son de alta morbi - mortalidad, además en su caso también afecta a aquellas personas que se encuentran cerca de los fumadores. Sin embargo como ya mencionamos su adicción es legal, su consumo se estimula libremente. Su impacto en el ser humano se entiende cuando se conoce que de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (2007), actualmente hay 1.000 millones de fumadores en el mundo, es decir alrededor de un tercio de la población de 15 años en adelante.

El alcohol es una de las drogas que por su fácil acceso y poderosa propaganda, se ha convertido en un verdadero problema social en casi todos los países. Sin embargo mucha gente piensa que mientras no se convierta en alcohólico "típico", las consecuencias de beber frecuentemente y en altas dosis no son alarmantes. La química del alcohol le permite afectar a casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo aquellas en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de una exposición prolongada, el cerebro se adapta a los cambios que produce y se vuelve dependiente de él. Para las personas con alcoholismo, beber se convierte en el medio primario mediante el cual pueden tratar con personas, el trabajo y sus vidas.

Es difícil determinar cuando una persona es alcohólica, ya que alcoholismo no está fijado por la cantidad ingerida en un periodo determinado de tiempo pues diferentes personas afectadas por esta enfermedad pueden seguir patrones muy diferentes de comportamiento, existiendo tanto alcohólicos que consumen a diario, como alcohólicos que beben semanalmente, mensualmente, o sin una periodicidad fija, no obstante, el proceso degenerativo tiende a acortar los plazos entre cada ingesta ya que su consumo prolongado va obligando al organismo a requerir cantidades crecientes para sentir los mismos efectos, a lo que de acuerdo con Velazco (1992), se le llama "tolerancia aumentada" y desencadena un mecanismo adaptativo del cuerpo hasta que llega a un límite en el que se invierte la supuesta resistencia y entonces "asimila menos", por lo que tolerar más alcohol es en sí un riesgo de alcoholización.

El alcoholismo puede matar de distintas maneras; reduce la esperanza de vida por 10 a 12 años; entre más temprano una persona empieza a beber grandes cantidades de alcohol, mayores serán sus perspectivas de desarrollar enfermedades graves más adelante; además de la pérdida de autocontrol, la dependencia física y el síndrome de abstinencia, se incrementa el riesgo padecer siguientes enfermedades: trastornos sexuales, afecciones de tipo hepático, hemorragias internas, intoxicación alcohólica, cardiopatías, cáncer, trastornos neurológicos; asimismo puede experimentar problemas de tipo social como: la pérdida de trabajo, problemas financieros, conflictos conyugales, condenas por delitos como conducción bajo la influencia del alcohol, desórdenes públicos o maltratos, entre otros (Velazco, 1992).

Sin embargo, en el caso particular del alcohol, resulta aún más difícil controlarlo pues de acuerdo con Souza (1996), su consumo moderado puede traer beneficios a la salud, además de que también cumple un papel importante en la cultura mexicana pues se utiliza con fines terapéuticos, alimenticios, con fines de estructuración y cohesión social, etcétera. Por ello es que en ocasiones resulta tan

complejo que las personas se reconozcan como alcohólicas y que acepten controlar su consumo.

Un hábito muy común sobre todo entre las personas jóvenes es el manejar a exceso de velocidad, conducta que no solo aumenta la probabilidad de sufrir un accidente, sino también su gravedad, debido a la dificultad para controlar el vehículo, además esta situación generalmente ocurre cuando la persona se encuentra intoxicada debido al consumo de alcohol o alguna otra droga situación que aumenta el riesgo de que ocurra un percance y que incluso se ocasione la muerte de personas inocentes.

Estos y otros hábitos negativos son los que provocan una tendencia hacia un estado poco saludable o de enfermedad, sin embargo debemos considerar otras situaciones relacionadas con la ejecución de estas conductas, es decir, las consecuencias emocionales, en este caso nos centraremos específicamente en el sentimiento de culpa que experimentan muchas personas luego de llevar a cabo algunas de las conductas ya mencionadas y lo que ello puede generar.

4.3. Culpa

Es evidente que el sentimiento de culpa ha convivido con el hombre desde su mismo origen, a través de la historia se ha comprobado que la culpa ha sido una emoción terrible y penosa, tanto así que de acuerdo con Castilla (2000), prácticamente todas las culturas han inventado innumerables maneras para suavizarla y no combatirla frontalmente, por ejemplo, los sacrificios, tanto de animales como humanos, ofrendas y dádivas de cereales y dinero (como el diezmo que se entregaba a las autoridades eclesiásticas para eliminar las faltas cometidas en la tierra), sin olvidar la confesión religiosa. En Israel, por ejemplo, los pecados del pueblo eran periódicamente cargados en un chivo al que denominaban: "chivo expiatorio", animal al que arreaban hacia el desierto para que se alejara y se perdiera en sus arenas llevándose consigo la culpa del pueblo.

Podemos definir el sentimiento de culpa como una emoción que se puede experimentar como consecuencia de algo que hemos hecho o también por algo que no hemos sido capaces de hacer; podemos definirla como la aparición de un sufrimiento psicológico asociado a pensamientos y emociones de tipo autoacusatorio en relación con la trasgresión de una regla real o simbólica, explícita o implícita, social o personal. El mecanismo de culpa es universal y con frecuencia los autorreproches forman parte de las quejas (Casacuberta, 2000).

Como lo señalan Cheshire y Solomon (1994), la culpa puede provenir de la ruptura de tanto de normas internas como de externas, así por ejemplo, la culpa por beber en exceso se puede relacionar con normas internas (romper la imagen de una persona que se sabe controlar) o normas externas (rechazo social por las acciones realizadas bajo el influjo del alcohol). Además, en todo sentimiento de culpa existe la presencia del otro, sin él no habría culpa; ese “otro” puede adoptar múltiples formas: testigos reales del suceso, testigos imaginarios (¿qué pensaría él si supiera?); o uno mismo, situación en el cual el acusado es a la vez juez.

De acuerdo con Castilla (2000), la presencia del “otro” es un aspecto fundamental, en cuanto a qué determinará los aspectos culturales de la culpa. Se es culpable frente a ese otro imaginario con el que se comparten códigos éticos y normativos. Y así, qué es considerado como transgresión dependerá de la cultura. Las diferencias étnicas en la culpa vendrán dadas, de acuerdo a cada cultura que determinará las reglas reales o simbólicas que no deben transgredirse. La libertad individual podrá aceptarlas o rechazarlas, pero nunca será ajena a ellas.

El ser humano dispone de diversos mecanismos de alarma que le permiten aprender de sus experiencias. Así por ejemplo, cuando alguien acerca su mano al fuego y se quema, experimenta dolor. El dolor avisa al cuerpo de que hay una zona dañada. En ese mismo sentido la culpa puede entenderse también como un mecanismo de alarma y protección, ya que en cierta forma avisa a la persona que su conducta puede tener consecuencias emocionales negativas.

De esta manera la sensación punitiva de culpabilidad es un mecanismo que puede tener efectos positivos o negativos ya que por un lado puede evitarle al sujeto repetir el mismo comportamiento en el futuro, pues le muestra que la conducta ha sido perjudicial para si mismo o para los demás; o bien su efecto negativo puede ser el mantenimiento el comportamiento. Por lo tanto, aunque resulta desagradable experimentar, la sensación de culpa puede desempeñar un papel crítico en promover cambios en el comportamiento.

Sin embargo, en ocasiones ese mecanismo no resulta tan eficaz, ya que algunos comportamientos pueden resultar placenteros mientras los realizamos pero generan como consecuencia sentimientos de culpa, porque no fuimos capaces de evitarlos o simplemente porque no quisimos hacerlo, en ocasiones incluso la realización las conductas negativas esta acompañada por este sentimiento.

4.4. Placeres culpables

Como ya lo hemos venido repitiendo, los hábitos de salud son uno de los aprendizajes más importantes a lo largo de la vida, sin embargo, dichas conductas tienen ciertas desventajas frente a los hábitos negativos ya que su realización implica un esfuerzo y sus efectos positivos generalmente son a largo plazo, por ejemplo el realizar ejercicio o tener una alimentación balanceada; mientras que al realizar hábitos negativos sus efectos placenteros son generalmente inmediatos y sus efectos nocivos por el contrario se presentan a largo plazo, razón por la cual se arraigan con gran facilidad en el repertorio conductual de muchas personas.

Ejemplo claro de ello son los hábitos que ya hemos explicado, pues en cada caso: comida, alcohol, tabaco, relaciones sexuales, drogas, los efectos placenteros acompañan a cada conducta, mientras que sus efectos nocivos: aumento de peso, embarazos, enfermedades de transmisión sexual o

enfermedades derivadas del consumo de alcohol, tabaco o drogas como canceres o cirrosis no acompañan a la conducta.

En ocasiones, ese sentimiento de culpa es suficiente para que las personas eviten o reduzcan la ejecución de hábitos negativos, convirtiéndose en algunos casos en verdaderos trastornos como lo es la anorexia, tratando a toda costa comer lo mínimo o dejar de hacerlo para evitar engordar; sin embargo muchas persona a pesar tener conocimiento de los efectos negativos que a largo plazo pueden traer sus conductas y aún al experimentar culpa no dejan de realizar ciertas conductas nocivas ya que disfrutan de alguna manera llevarlas a cabo o se han convertido en hábitos e incluso en verdaderas adicciones, razón por la cual a pesar de la culpa no pueden evitar realizarlas.

CAPÍTULO 5

5.1. MÉTODO

- **Objetivo general:**

- Analizar si existe relación entre los hábitos negativos, la culpabilidad y el nivel escolar.

- **Objetivos específicos:**

- Analizar el concepto salud – enfermedad.
- Describir los antecedentes de la psicología de la salud.
- Analizar la relación de la psicología de la salud con otras áreas de estudio.
- Analizar el papel del psicólogo de la salud.
- Analizar el concepto de hábitos negativos.
- Analizar el concepto de culpabilidad.
- Analizar la relación de los hábitos negativos y la culpabilidad.

- **Hipótesis:**

No existe una relación entre los hábitos negativos la escolaridad y la culpabilidad.

- **Sujetos:**

Se tomó una muestra de 985 sujetos. La edad establecida como criterio fue de 17 a 77 años para ambos sexos.

La población estuvo conformada por:

Usuarios del sistema de salud: pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Juárez, Hospital Primero de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XIX.

Comunidades: Sujetos pertenecientes a una agrupación; sin importar genero o nivel socioeconómico.

Familias conformadas por madre, padre e hijos.

En instituciones (sector salud): prestadoras de servicio, enfermeras, técnicos, etc.

Administradoras y profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales entre otros.

- **Escenario:**

- Sector salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales ya mencionados.

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

- Familias: Se solicitó la participación de las familias cuyos hijos asisten a colegios

- Escuela primaria "Thomas Alva Edison" A. C., Secundaria "Colegio Cultural México" A. C. y Escuela Nacional Preparatoria Núm. 3 "Justo Sierra" UNAM.

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

- **Definición de variables:**

- Hábitos negativos: Todas aquellas conductas que reduzcan o limiten la calidad de vida de las personas.

- Culpabilidad: Todos aquellos pensamientos y sensaciones que acompañen o sean posteriores a una conducta, y que le generen arrepentimiento a la persona.
- Nivel de escolaridad: El último grado de instrucción escolar completo que haya cursado la persona.
- **Materiales e instrumentos:**
 - Materiales:*
 - 985 formatos de los instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la salud” (Ramírez y Cortes, 2000).
 - Bolígrafos

Instrumentos:

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortes (2000):

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

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba Test – Retest (la cual consiste en aplicar el instrumento a una población específica y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad entre los resultados). Se utilizó un intervalo de tres semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto a hombres como a mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado, el rango de edad será de entre 18 a 80 años.

El instrumento se aplicó en la sala de espera de hospitales públicos y privados, con un promedio de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual, cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban dos investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test – Retest mayor a .70 en la

mayoría de las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población.

Para esta investigación se utilizaron los siguientes reactivos de cada escala

1.- Instrumento “Funcionamiento de la Salud”

Escala	Reactivos
Hábitos de salud (HN)	15, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 34, 35, 36

2.- Instrumento “Funcionamiento Psicosocial”

Escala	Reactivos
Salud psicológica (CU) (estrés psicológico)	39, 51, 54

3.- Grado de escolaridad

5.2. PROCEDIMIENTO

- **Diseño de investigación**

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

- **Fases:**

Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento institucional y personal de cada individuo. En algunos casos (hospitales públicos) se administró grupalmente ya que en algunas salas de espera se puede encontrar hasta 25 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependerá del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estaba presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo

requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento será de 20 minutos y se aplicará una sola vez para cada sujeto.

- Captura de datos:

Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.

- Análisis de datos:

Se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (χ^2 cuadrada y coeficiente de Pearson) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD). Los resultados se dividirán en tres apartados.

Análisis general de la población

Hábitos para conservar la salud psicológica y social

Hábitos para conservar la salud física.

CAPÍTULO 6

6.1 RESULTADOS

Con el fin de tener un claro análisis estadístico de los datos, presentamos la representación gráfica de los siguientes aspectos: sexo, edad y escolaridad siendo la escolaridad parte del objetivo de la presente tesis

1.- Sexo

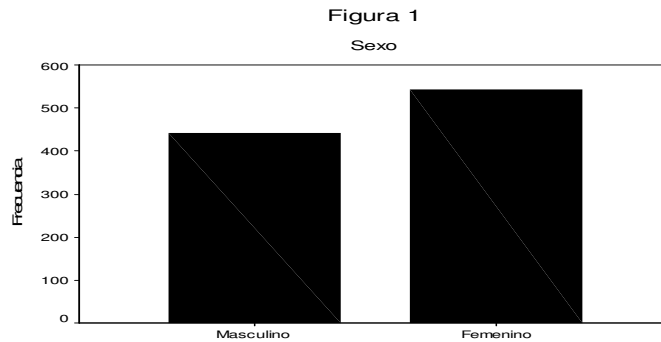


Figura 1. Muestra la frecuencia del género de los participantes

Como podemos observar, en el estudio participaron 980 personas de las cuales 443 son hombre y 537 mujeres.

2.- Edad

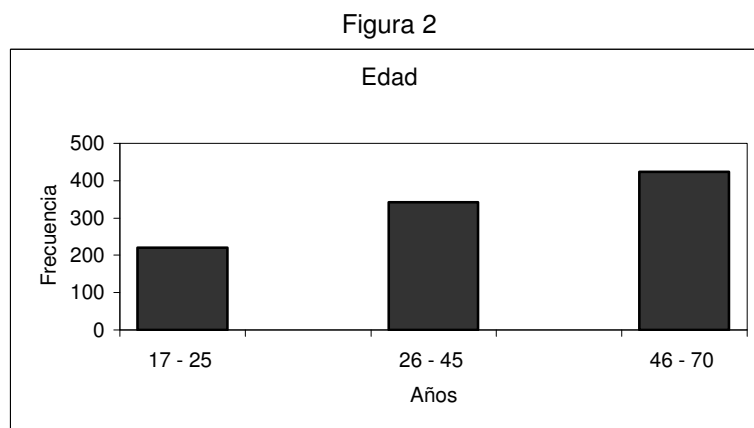


Figura 2. Muestra la frecuencia de la edad de los participantes

Como podemos observar en la figura 2, la edad de los participantes se encuentran entre 17 y 70 años.

3.- Escolaridad

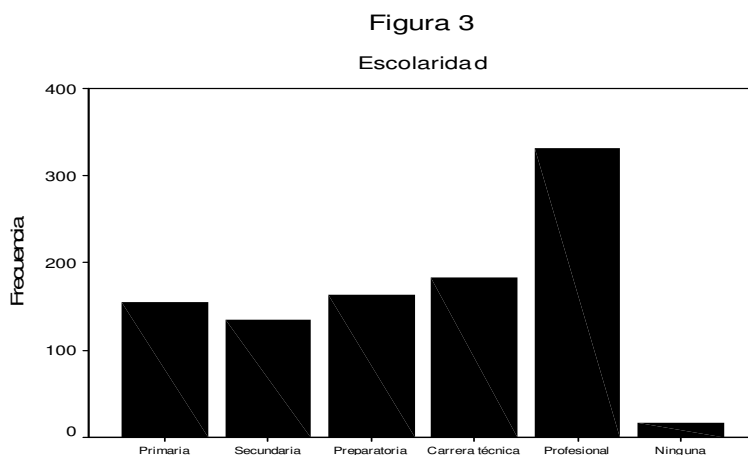


Figura 3. Muestra la frecuencia de la escolaridad de los participantes

Como se observa en la figura 3, el nivel educativo con mayor frecuencia es el profesional, mientras que la opción de ninguna escolaridad representa la menor frecuencia.

A los datos obtenidos de las pruebas de Funcionamiento Psicosocial y Funcionamiento de la Salud: hábitos negativos de la salud, culpabilidad y escolaridad; se les aplicó un análisis estadístico para determinar si existía una relación en cada caso, usando para ello la prueba Chi cuadrada (X^2). Los resultados se presentan a continuación:

ABUSAR DE LA SAL * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD
Tabla 1. Abusar de la sal *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
ESCOLARIDAD			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Abusar de sal	DIARIO		3	3	3	1	10
		A MENUDO	2	9	1		3	15
		ALGUNAS VECES	4	6	4	6	5	25
		POCAS VECES	9	13	10	6	15	53
		NUNCA	18	4	11	9	9	51
	Total		33	35	29	24	33	154
SECUNDARIA	Abusar de sal	DIARIO	2	2	2	2	5	13
		A MENUDO	3	3	4	5	3	18
		ALGUNAS VECES	1	1	11	3	5	21
		POCAS VECES	7	14	4	17		42
		NUNCA	8	9	11	11	2	41
	Total		21	29	32	38	15	135
PREPARATORIA	Abusar de sal	DIARIO	3	6	3		3	15
		A MENUDO	2	3		7	10	22
		ALGUNAS VECES	6	7	4	9	4	30
		POCAS VECES	7	5	10	16	8	46
		NUNCA	10	12	13	11	3	49
	Total		28	33	30	43	28	162
CARRERA TECNICA	Abusar de sal	DIARIO		4	5	1		10
		A MENUDO		2	14	9	4	29
		ALGUNAS VECES	5	8	12	8	10	43
		POCAS VECES	8	18	17	14	4	61
		NUNCA	7	10	12	7	5	41
	Total		20	42	60	39	23	184
PROFESIONAL	Abusar de sal	DIARIO	3	5		8	3	19
		A MENUDO	6	9	1	15	8	39
		ALGUNAS VECES	10	13	18	11	8	60
		POCAS VECES	27	21	25	45	24	142
		NUNCA	11	20	16	16	5	68
	Total		57	68	60	95	48	328
NINGUNA	Abusar de sal	A MENUDO			1			1
		ALGUNAS VECES				2		2
		POCAS VECES	1			2	2	5
		NUNCA	4		4	1		9
	Total		5		5	5	2	17

Tabla 1. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 2. Abusar de la sal *Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		32.348	16

Tabla 2. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, pensar en fallas y escolaridad primaria.

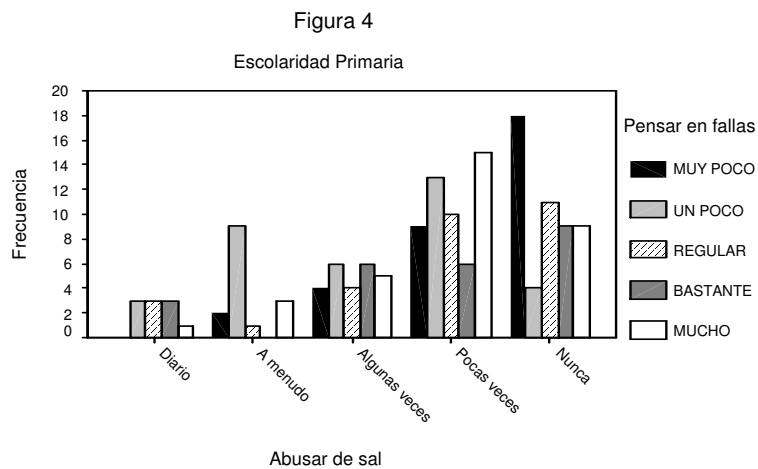


Figura 4. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y pensar en fallas en personas con escolaridad primaria.

Tabla 3. Abusar de la sal *Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	42.230	16	.000

Tabla 3. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

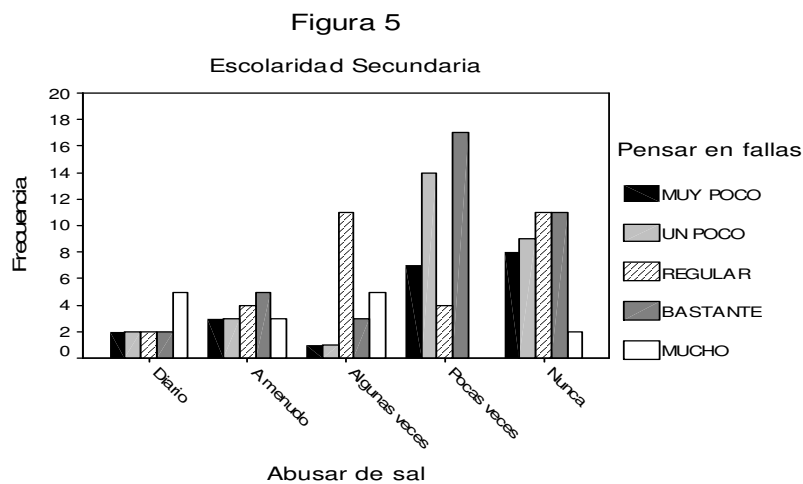


Figura 5. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y pensar en fallas en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 4. Abusar de la sal *Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	33.625	16	.006

Tabla 4. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

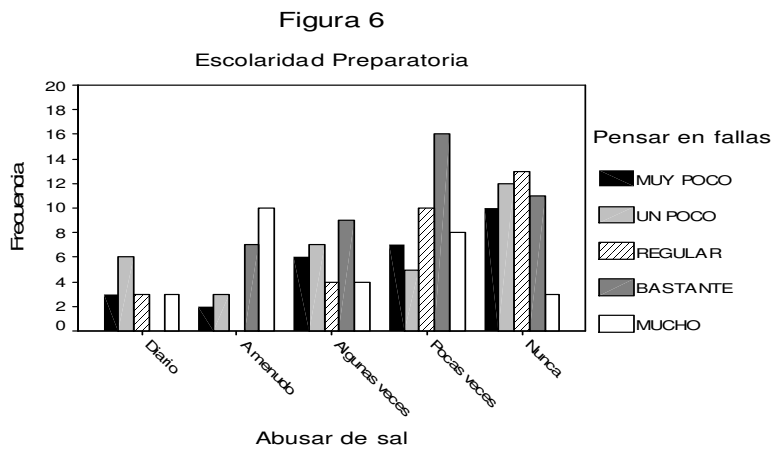


Figura 6. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y pensar en fallas en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 5. Abusar de la sal *Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.512	16	.061

Tabla 5. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

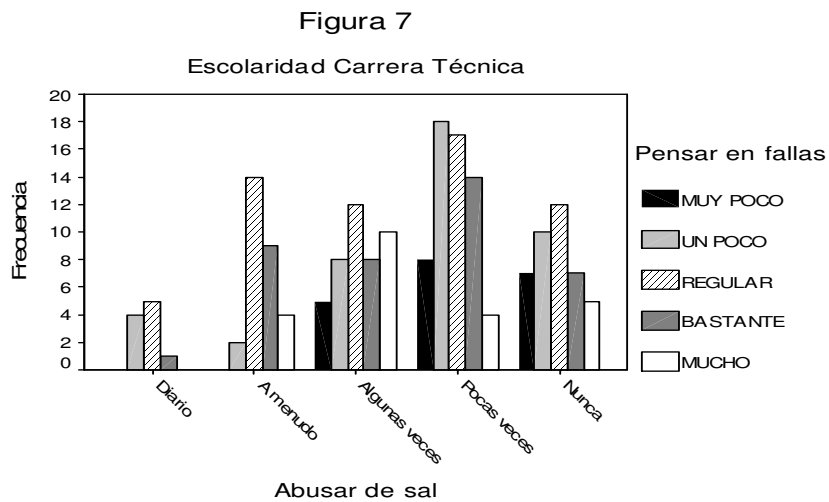


Figura 7. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y pensar en fallas en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 6. Abusar de la sal *Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	29.732	16	.019

Tabla 6. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 8

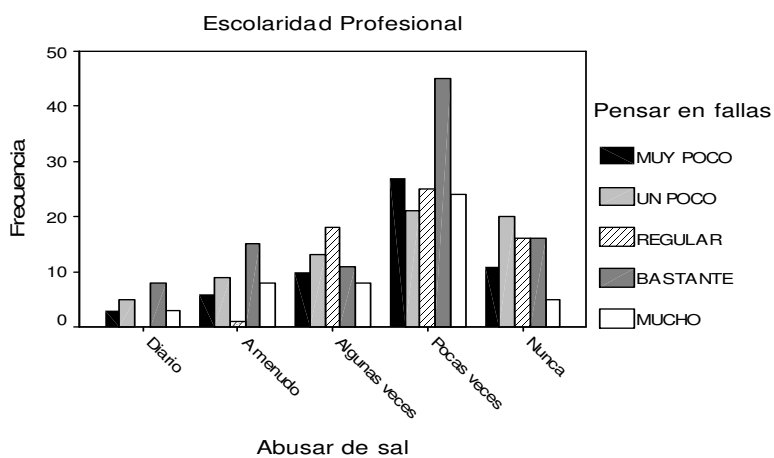


Figura 8. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y pensar en fallas en personas con escolaridad profesional.

Tabla 7. Abusar de la sal *Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	15.867	9	.070

Tabla 7. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 9

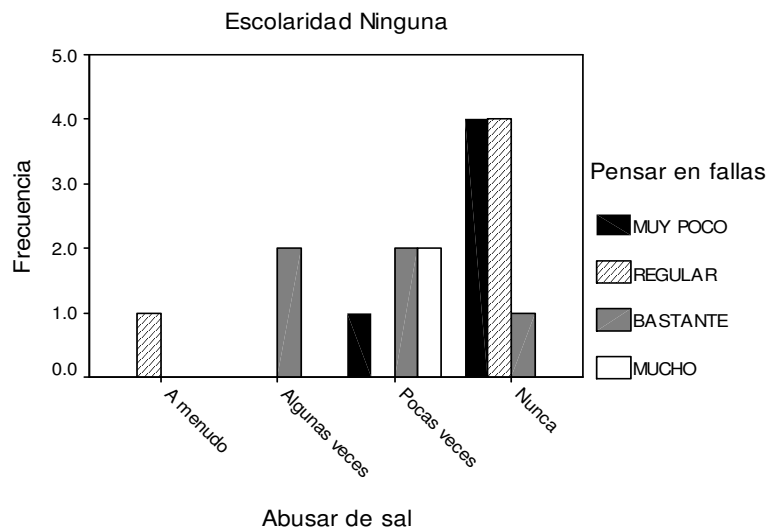


Figura 9. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y pensar en fallas en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, se observaron diferencias significativas entre las variables abusar de la sal y pensar en fallas en personas con escolaridad primaria (sig.= .009), secundaria (sig.= .000), preparatoria (sig.= .006) y profesional (sig.= .019). Es decir la mayoría de las personas ubicadas dentro de estas escolaridades que con menor frecuencia abusan de la sal piensan muy poco o poco en fallas, mientras que aquellos que abusan con mayor frecuencia de ella reportaron pensar en fallas en forma regular. Sin embargo esta situación no se presentó en personas con carrera técnica como escolaridad (sig.= .061) o en aquellas que no cuentan con alguna escolaridad (sig.= .070), ya que el consumo de sal tuvo una relación poco significativa con el pensar en fallas; por lo tanto podemos decir que estadísticamente si existe una relación entre las tres variables mencionadas y que en su mayoría, aquellas que cuentan con algún grado de instrucción académica piensan en fallas cuando consideran haber abusado de la sal.

ABUSAR DE LA SAL * SENTIRSE CULPABLE * ESCOLARIDAD
Tabla 8. Abusar de la sal *Sentirse culpable *Escolaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable						Total
ESCOLARIDAD			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Abusar de sal	DIARIO			3		3	4	10
		A MENUDO		2	5	6	2		15
		ALGUNAS VECES		10	6	8	1		25
		POCAS VECES	1	6	20	10	11	5	53
		NUNCA		13	14	13	6	5	51
Total		1	31	48	37	23	14	154	
SECUNDARIA	Abusar de sal	DIARIO		2	3	3	1	4	13
		A MENUDO		4	4	2	5	3	18
		ALGUNAS VECES		6	5	2	2	6	21
		POCAS VECES		10	11	9	8	4	42
		NUNCA		14	10	8	6	3	41
Total			36	33	24	22	20	135	
PREPARATORIA	Abusar de sal	DIARIO		6	4	1	3	1	15
		A MENUDO		4	3	7	3	5	22
		ALGUNAS VECES		5	7	5	11	2	30
		POCAS VECES		11	16	10	7	2	46
		NUNCA		18	13	12	3	3	49
Total			44	43	35	27	13	162	
CARRERA TECNICA	Abusar de sal	DIARIO		1	3	4	1	1	10
		A MENUDO		1	8	10	8	2	29
		ALGUNAS VECES		10	3	13	7	10	43
		POCAS VECES		18	13	13	11	6	61
		NUNCA	2	11	10	6	3	9	41
Total		2	41	37	46	30	28	184	
PROFESIONAL	Abusar de sal	DIARIO		4	7	3	2	3	19
		A MENUDO		8	9	11	5	6	39
		ALGUNAS VECES		12	10	20	13	5	60
		POCAS VECES		24	41	38	26	13	142
		NUNCA		20	16	15	14	3	68
Total			68	83	87	60	30	328	
NINGUNA	Abusar de sal	A MENUDO				1			1
		ALGUNAS VECES					2		2
		POCAS VECES				2	1	2	5
		NUNCA		3	5		1		9
Total			3	5	3	4	2	17	

Tabla 8. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 9. Abusar de la sal *Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		37.899	20

Tabla 9. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, sentirse culpable y escolaridad primaria.

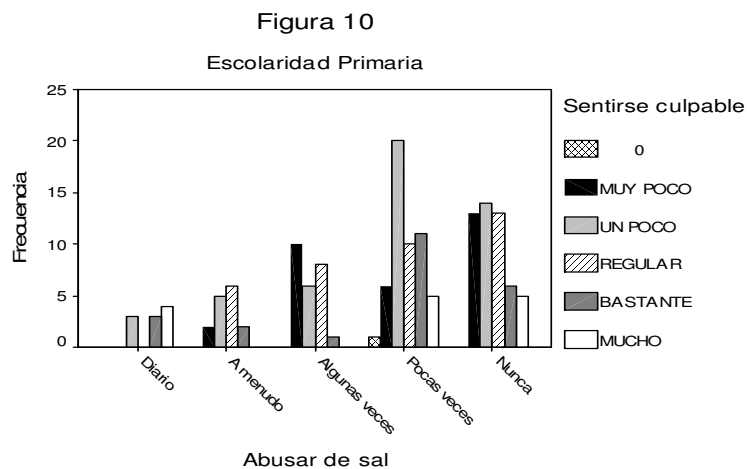


Figura 10. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y sentirse culpable en personas con escolaridad primaria.

Tabla 10. Abusar de la sal *Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	13.927	16	.604

Tabla 10. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

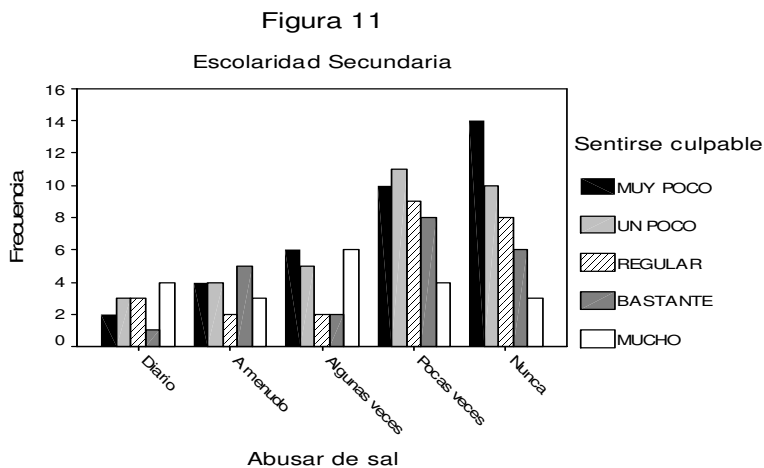


Figura 11. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y sentirse culpable en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 11. Abusar de la sal *Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	28.199	16	.030

Tabla 11. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

Figura 12

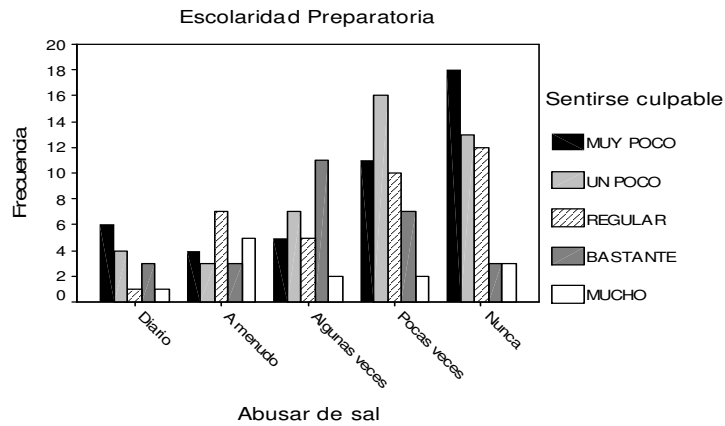


Figura 12. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y sentirse culpable en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 12. Abusar de la sal *Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	34.361	20	.024

Tabla 12. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

Figura 13

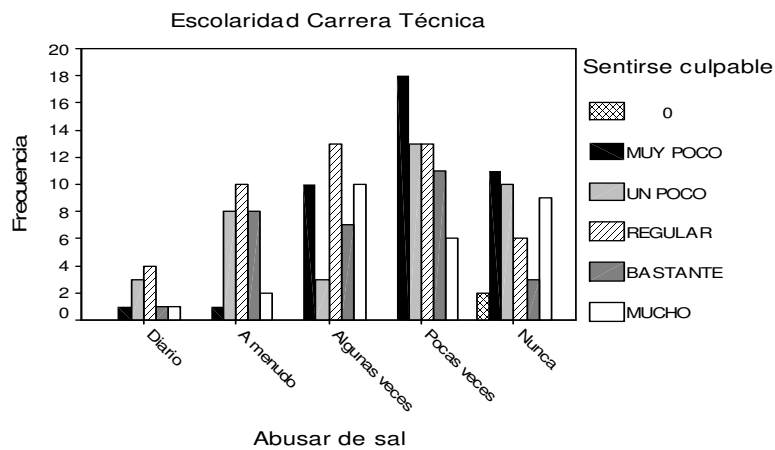


Figura 13. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y sentirse culpable en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 13. Abusar de la sal *Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	15.688	16	.475

Tabla 13. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 14

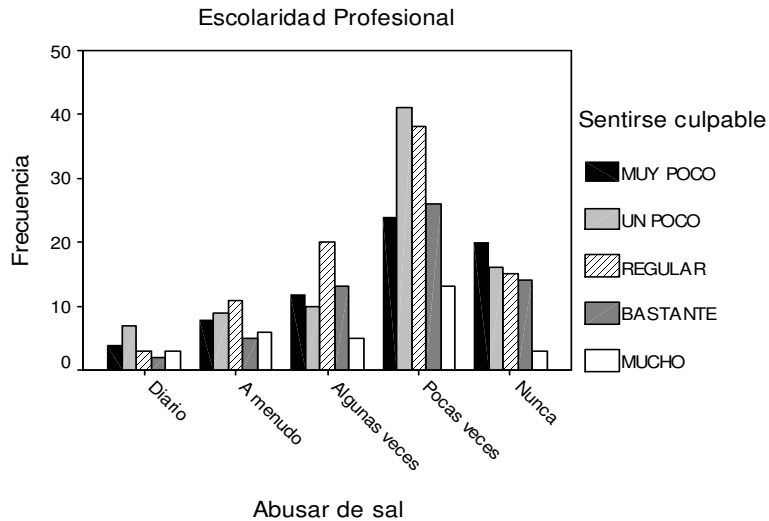


Figura 14. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y sentirse culpable en personas con escolaridad profesional.

Tabla 14. Abusar de la sal * Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	24.933	12	.015

Tabla 14. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 15

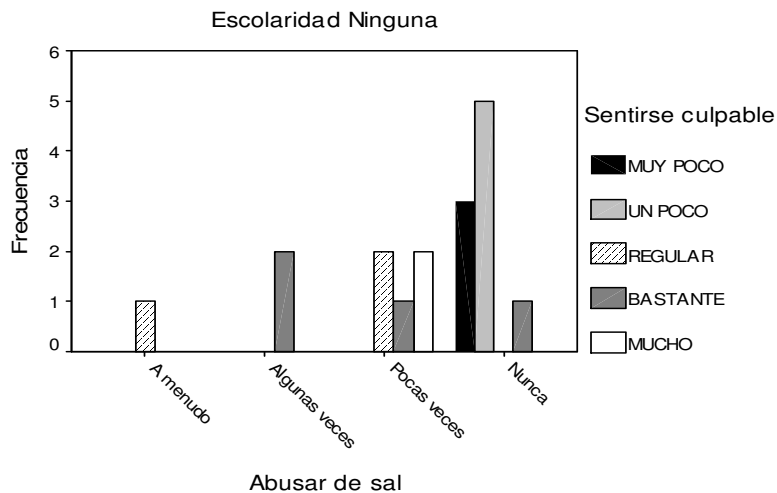


Figura 15. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y sentirse culpable en personas con escolaridad ninguna.

Con respecto a las variables abusar de la sal y sentirse culpable al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, se obtuvieron los siguientes resultados, en personas con escolaridad primaria (sig.= .009), preparatoria (sig.= .030), carrera técnica (sig.= .024) y con ninguna escolaridad (sig.= .015), en cada caso se observaron diferencias significativas, por lo tanto podemos decir que el abuso de la sal en estos casos está relacionado con el hecho de sentirse culpable, ya que la mayoría de las personas que abusan con regularidad de la sal experimentan sentimientos de culpa, situación que ocurre en con una menor frecuencia en aquellas que no abusan de este alimento, sin embargo en personas con escolaridad secundaria (sig.= .604) o profesional (sig. = .475), esta relación no esta presente.

ABUSAR DE LA SAL * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD
Tabla 15. Abusar de la sal *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo					Total	
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO
PRIMARIA	Abusar de sal	DIARIO			1	3	1	5	10
		A MENUDO		5	1	7	2		15
		ALGUNAS VECES		8	4	9	2	2	25
		POCAS VECES		16	19	8	4	6	53
		NUNCA		19	9	13	8	2	51
	Total		48	34	40	17	15	154	
SECUNDARIA	Abusar de sal	DIARIO		2	3	3	1	4	13
		A MENUDO		4	5	2	6	1	18
		ALGUNAS VECES		4	6	5	6		21
		POCAS VECES		7	9	16	8	2	42
		NUNCA		22	5	8	4	2	41
	Total		39	28	34	25	9	135	
PREPARATORIA	Abusar de sal	DIARIO		5	6	1		3	15
		A MENUDO		2	9	4	3	4	22
		ALGUNAS VECES		10	6	5	9		30
		POCAS VECES		15	11	9	9	2	46
		NUNCA		23	13	4	7	2	49
	Total		55	45	23	28	11	162	
CARRERA TECNI	Abusar de sal	DIARIO		3		5	2		10
		A MENUDO		4	5	12	6	2	29
		ALGUNAS VECES		12	4	11	7	9	43
		POCAS VECES		22	14	17	5	3	61
		NUNCA	2	15	5	10	7	2	41
	Total	2	56	28	55	27	16	184	
PROFESIONAL	Abusar de sal	DIARIO		6	5	3		5	19
		A MENUDO		7	10	10	8	4	39
		ALGUNAS VECES	2	14	13	14	12	5	60
		POCAS VECES		45	31	22	31	13	142
		NUNCA		21	16	17	12	2	68
	Total	2	93	75	66	63	29	328	
NINGUNA	Abusar de sal	A MENUDO						1	1
		ALGUNAS VECES					2		2
		POCAS VECES		1		2		2	5
		NUNCA	1	4		3	1		9
	Total	1	5		5	3	3	17	

Tabla 15. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 16. Abusar de la sal *Reprocharse a menudo *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		39.351	16

Tabla 16. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

Figura 16

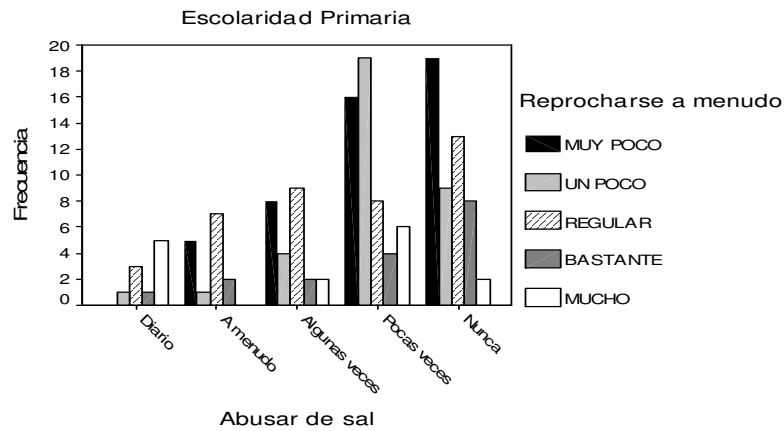


Figura 16. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y reprocharse a menudo en personas con escolaridad primaria.

Tabla 17. Abusar de la sal *Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	38.972	16	.001

Tabla 17. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

Figura 17

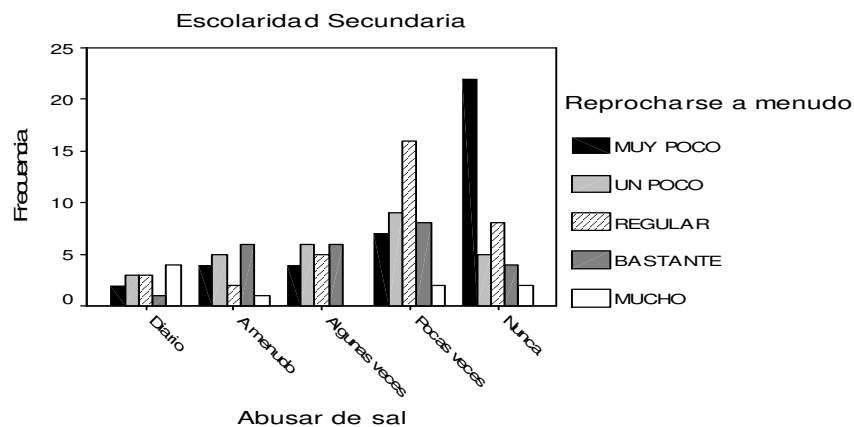


Figura 17. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y reprocharse a menudo en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 18. Abusar de la sal *Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	29.725	16	.019

Tabla 18. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

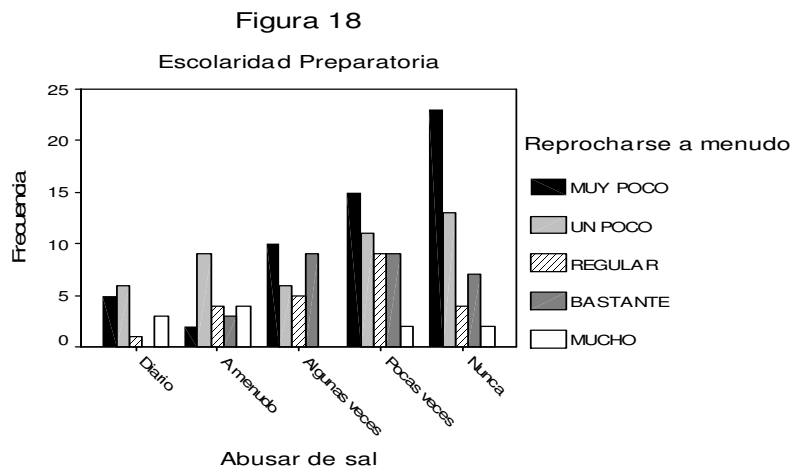


Figura 18. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y reprocharse a menudo en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 19. Abusar de la sal *Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	32.438	20	.039

Tabla 19. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

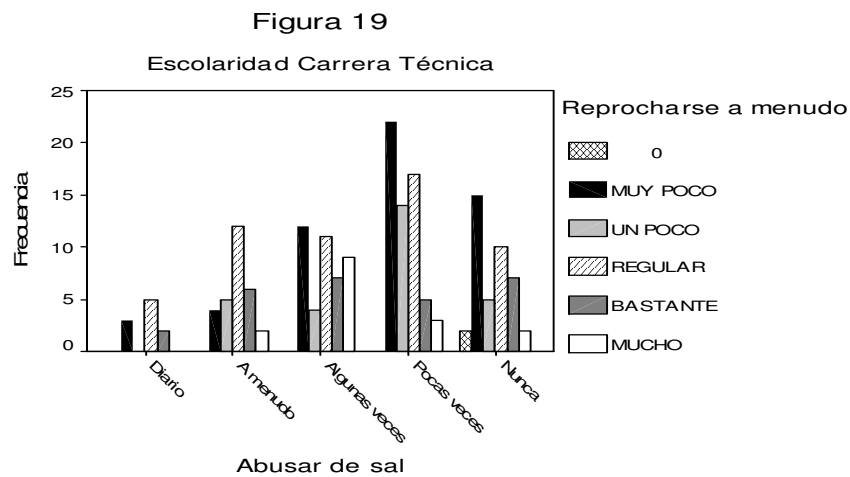


Figura 19. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y reprocharse a menudo en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 20. Abusar de la sal *Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	29.135	20	.085

Tabla 20. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 20

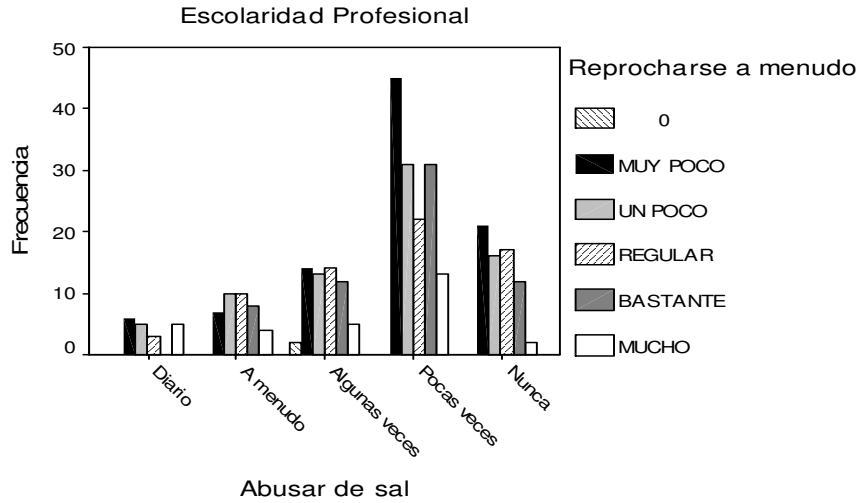


Figura 20. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y reprochase a menudo en personas con escolaridad profesional.

Tabla 21. Abusar de la sal *Reprochase a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.896	12	.069

Tabla 21. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables abusar de la sal, reprochase a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 21

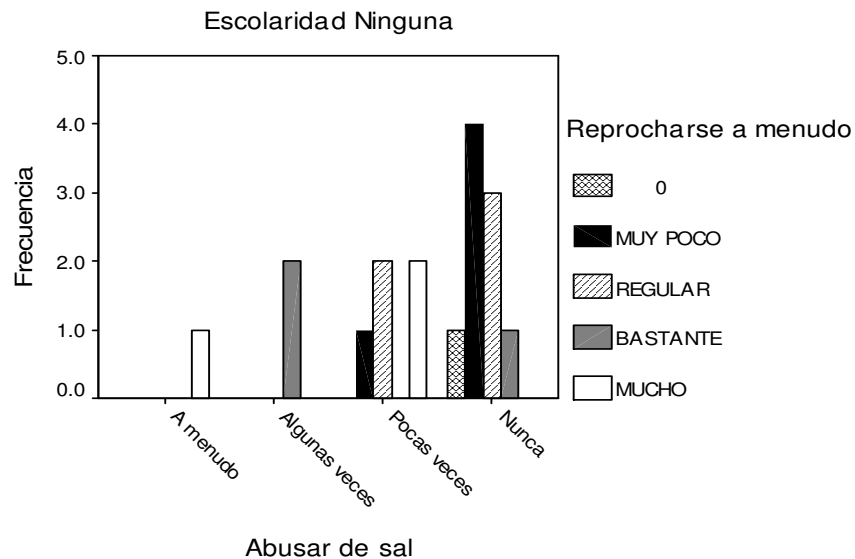


Figura 21. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables abusar de la sal y reprochase a menudo en personas con escolaridad ninguna.

En relación a las variables abusar de la sal y reprocharse a menudo al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada se obtuvieron los siguientes resultados: en personas con escolaridad primaria (sig.= .001), secundaria (sig.= .001), preparatoria (sig.= .019) y carrera técnica (sig.= .039), se presenta una diferencia significativa, por lo que la mayoría de las personas que con frecuencia abusan de la sal tienden a reprocharse a menudo que aquellas que no realizan tan frecuentemente esta conducta; esta situación no se presenta en personas con escolaridad profesional (sig.= .085) o en aquellas que no cuentan con alguna instrucción académica (sig.= .069), por lo que podemos considerar que el tener un nivel medio alto de instrucción o el no tenerlo no influye de manera importante en el sentimiento de reproche que experimentan las personas con algún grado distinto de escolaridad.

BEBER CAFÉINA * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 22. Beber Cafeína *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
ESCOLARIDAD	Beber cafeína		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Beber cafeína	DIARIO	4	6	4	5	10	29
		A MENUDO	9	5	4	6	6	30
		ALGUNAS VECES	6	10	5	3	9	33
		POCAS VECES	6	11	11	8	1	37
		NUNCA	8	3	5	2	7	25
	Total		33	35	29	24	33	154
SECUNDARIA	Beber cafeína	DIARIO	7	4	8	6	2	27
		A MENUDO	1	3	7	12	2	25
		ALGUNAS VECES	9	7	9	5	3	33
		POCAS VECES	2	11	6	9	3	31
		NUNCA	2	4	2	6	5	19
	Total		21	29	32	38	15	135
PREPARATORIA	Beber cafeína	DIARIO	14	13	5	6	6	44
		A MENUDO		4	3	6	3	16
		ALGUNAS VECES	7	2	8	14	11	42
		POCAS VECES	1	10	8	7	6	32
		NUNCA	6	4	6	10	2	28
	Total		28	33	30	43	28	162
CARRERA TECNICA	Beber cafeína	0				1		1
		DIARIO	9	10	14	4	8	45
		A MENUDO	4	7	10	6	3	30
		ALGUNAS VECES	2	7	13	11	6	39
		POCAS VECES	2	14	16	14	1	47
	NUNCA	3	4	7	3	5	22	
Total		20	42	60	39	23	184	
PROFESIONAL	Beber cafeína	DIARIO	15	13	18	19	10	75
		A MENUDO	16	11	9	31	11	78
		ALGUNAS VECES	8	22	16	15	12	73
		POCAS VECES	6	17	10	20	10	63
		NUNCA	12	5	7	10	5	39
	Total		57	68	60	95	48	328
NINGUNA	Beber cafeína	DIARIO				2	2	4
		A MENUDO			1			1
		ALGUNAS VECES				2		2
		POCAS VECES	2		4			6
		NUNCA	3			1		4
	Total		5		5	5	2	17

Tabla 22. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 23. Beber cafeína *Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		23.176	16

Tabla 23. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, pensar en fallas y escolaridad primaria.

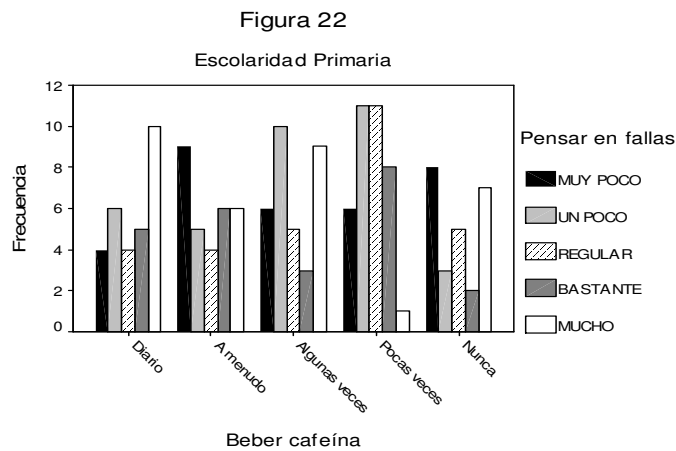


Figura 22. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y pensar en fallas en personas con escolaridad primaria.

Tabla 24. Beber cafeína *Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	26.322	16	.050

Tabla 24. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

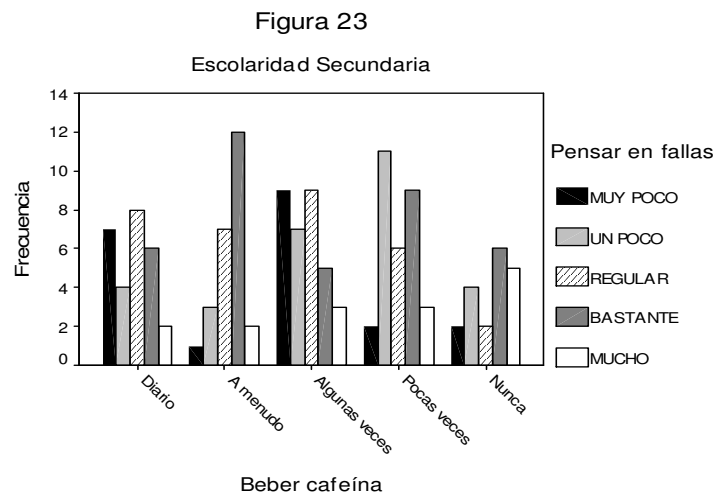


Figura 23. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y pensar en fallas en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 25. Beber cafeína *Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	32.954	16	.007

Tabla 25. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

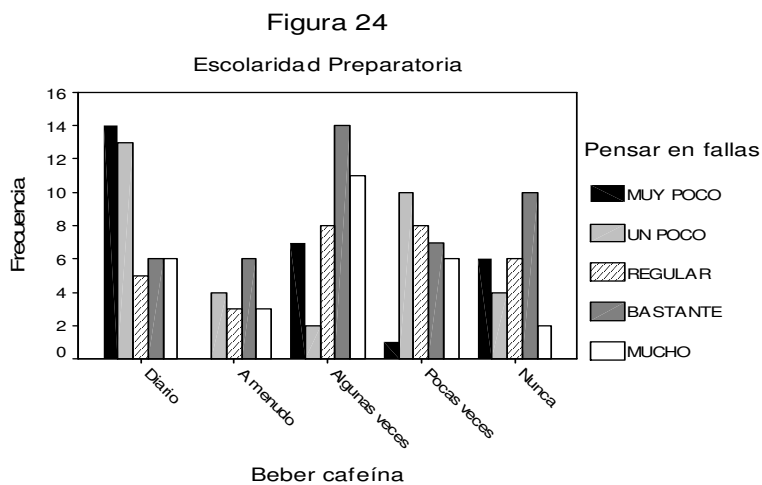


Figura 24. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y pensar en fallas en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 26. Beber cafeína *Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.933	20	.168

Tabla 26. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

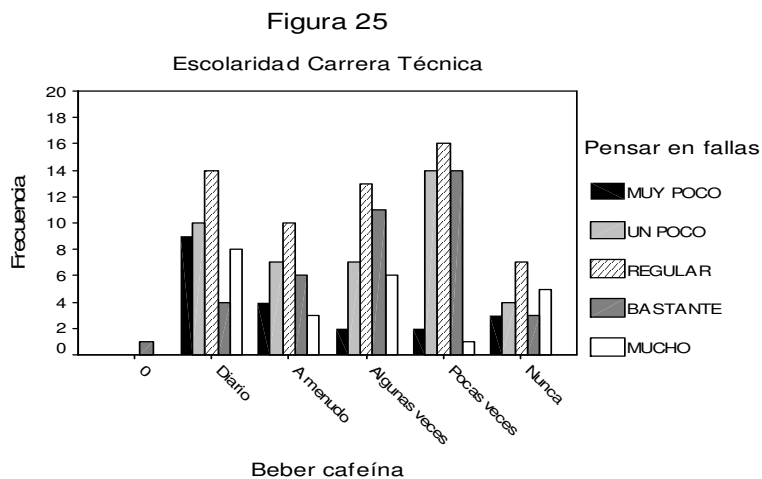


Figura 25. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y pensar en fallas en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 27. Beber cafeína *Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	26.281	16	.050

Tabla 27. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 26

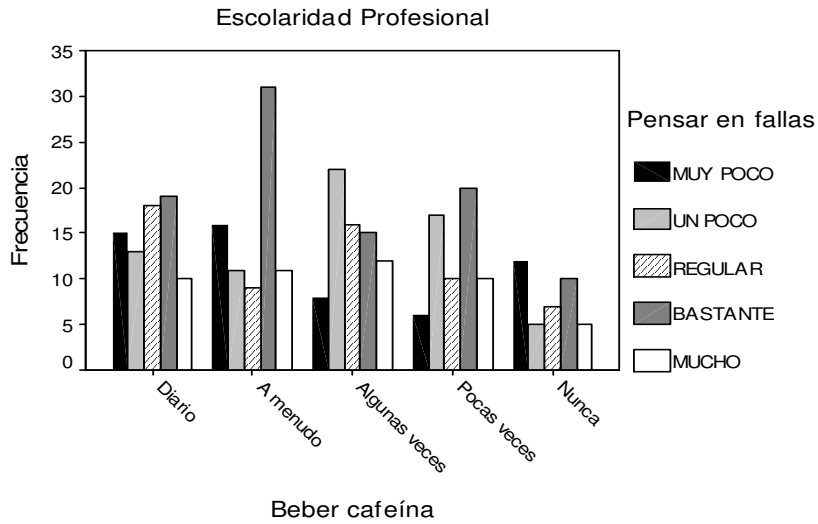


Figura 26. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y pensar en fallas en personas con escolaridad profesional.

Tabla 28. Beber cafeína *Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	24.933	12	.015

Tabla 28. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 27

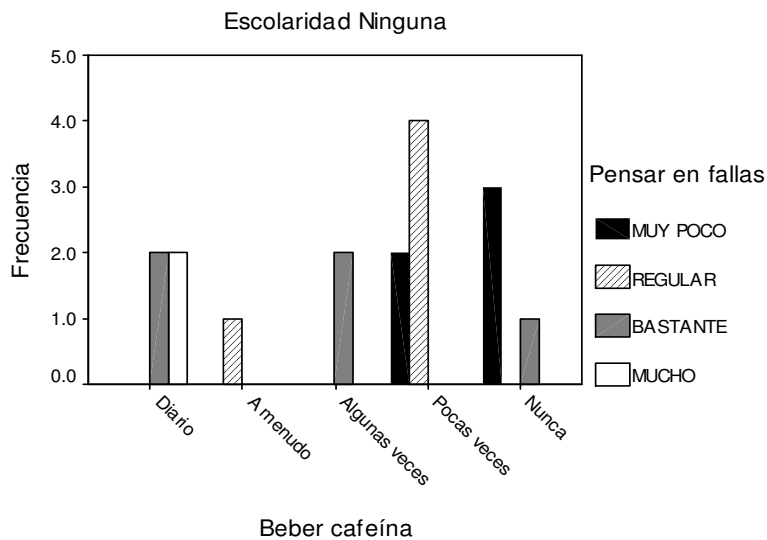


Figura 27. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y pensar en fallas en personas con escolaridad ninguna.

Por otra parte al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables beber cafeína y pensar en fallas en personas con escolaridad primaria (sig.= .109), secundaria (sig.= .050), carrera técnica (sig.= .168), profesional (sig.= .050), no se obtuvieron diferencias significativas por lo cual podemos decir que la mayoría de las personas con estas escolaridades que beben cafeína frecuentemente pueden pensar en fallas o no hacerlo, ya que esta situación puede variar, por otra parte, las personas con escolaridad tanto preparatoria (sig.= .007) y ninguna (sig.= .015) si presentan una relación significativa con estas variables razón por la cual la mayoría de estas personas que beben cafeína frecuentemente señalan pensar en fallas con mas frecuencia que aquellas que lo hacen con menor frecuencia.

BEBER CAFÉINA * SENTIRSE CULPABLE * ESCOLARIDAD

Tabla 29. Beber Cafeína *Sentirse culpable *Escolaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Beber cafeína	DIARIO		4	8	8	7	2	29
		A MENUDO	1	7	9	5	4	4	30
		ALGUNAS VECES		5	11	7	7	3	33
		POCAS VECES		4	14	15	2	2	37
		NUNCA		11	6	2	3	3	25
	Total		1	31	48	37	23	14	154
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	Beber cafeína	DIARIO		10	2	5	6	4	27
		A MENUDO		2	9	7	3	4	25
		ALGUNAS VECES		11	12	8	8	2	33
		POCAS VECES		6	7	9	4	5	31
		NUNCA		7	3	3	1	5	19
	Total			36	33	24	22	20	135
ESCOLARIDAD PREPARATORIA	Beber cafeína	DIARIO		21	8	4	9	2	44
		A MENUDO		6	7	2	1	16	
		ALGUNAS VECES		11	8	7	9	7	42
		POCAS VECES		2	16	10	4	32	
		NUNCA		4	4	12	5	3	28
	Total			44	43	35	27	13	162
ESCOLARIDAD CARRERA TECNICA	Beber cafeína	0				1			1
		DIARIO		12	9	6	4	14	45
		A MENUDO		5	7	4	8	6	30
		ALGUNAS VECES		4	9	16	8	2	39
		POCAS VECES	2	14	6	14	7	4	47
	NUNCA		6	6	5	3	2	22	
Total		2	41	37	46	30	28	184	
ESCOLARIDAD PROFESIONAL	Beber cafeína	DIARIO		13	20	20	16	6	75
		A MENUDO		15	19	23	13	8	78
		ALGUNAS VECES		18	15	22	12	6	73
		POCAS VECES		13	18	13	12	7	63
		NUNCA		9	11	9	7	3	39
	Total			68	83	87	60	30	328
ESCOLARIDAD NINGUNA	Beber cafeína	DIARIO				2		2	4
		A MENUDO				1			1
		ALGUNAS VECES					2		2
		POCAS VECES		1	4		1		6
		NUNCA		2	1		1		4
	Total			3	5	3	4	2	17

Tabla 29. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 30. Beber cafeína *Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		29.370	20

Tabla 30. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, sentirse culpable y escolaridad primaria.

Figura 28

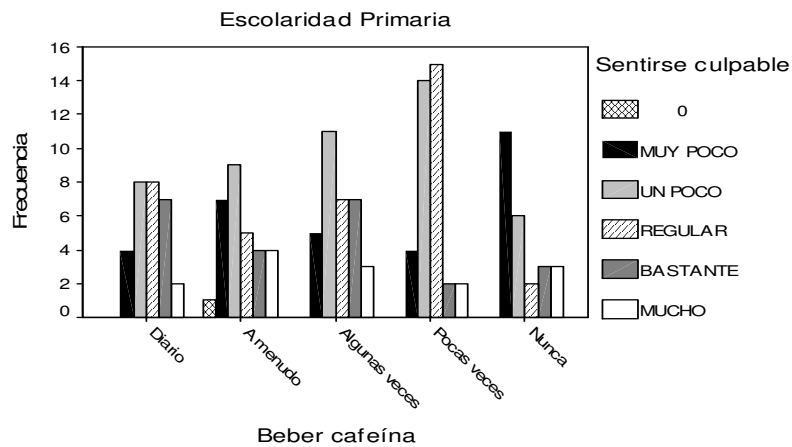


Figura 28. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y sentirse culpable en personas con escolaridad primaria.

Tabla 31. Beber cafeína *Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	30.221	16	.017

Tabla 31. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

Figura 29

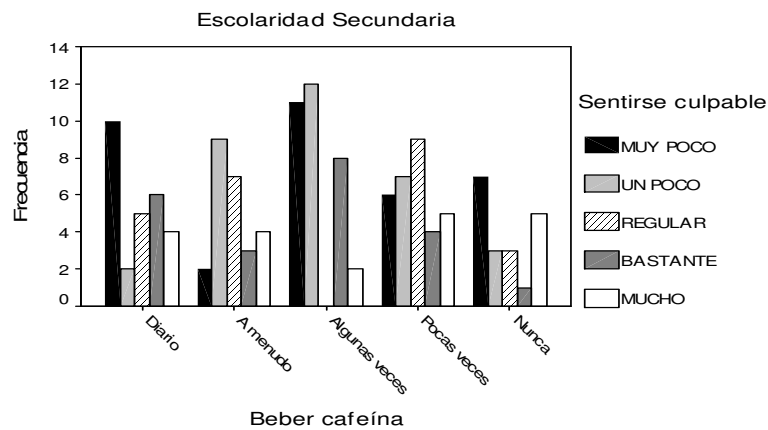


Figura 29. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y sentirse culpable en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 32. Beber cafeína *Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	49.346	16	.000

Tabla 32. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

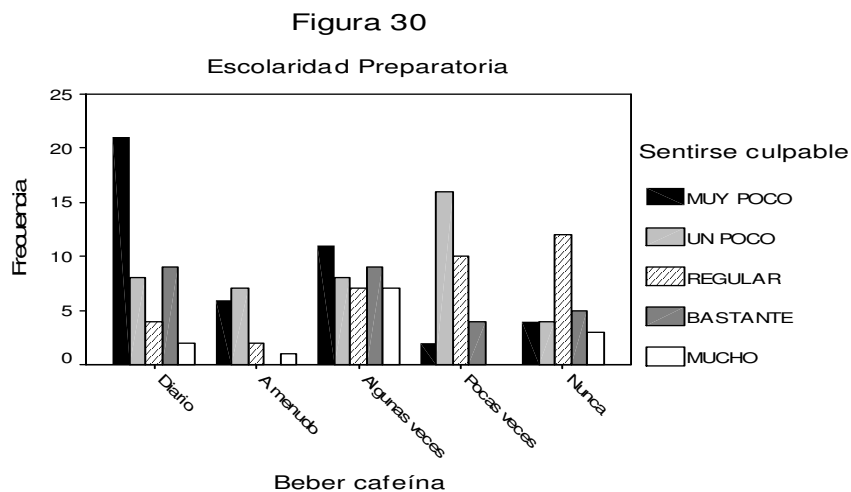


Figura 30. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y sentirse culpable en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 33. Beber cafeína *Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	40.843	25	.024

Tabla 33. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

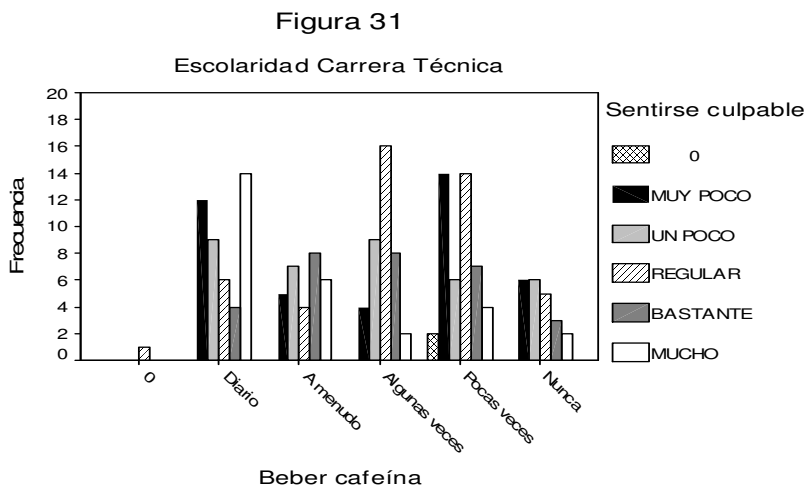


Figura 31. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y sentirse culpable en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 34. Beber cafeína *Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	5.185	16	.995

Tabla 34. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 32

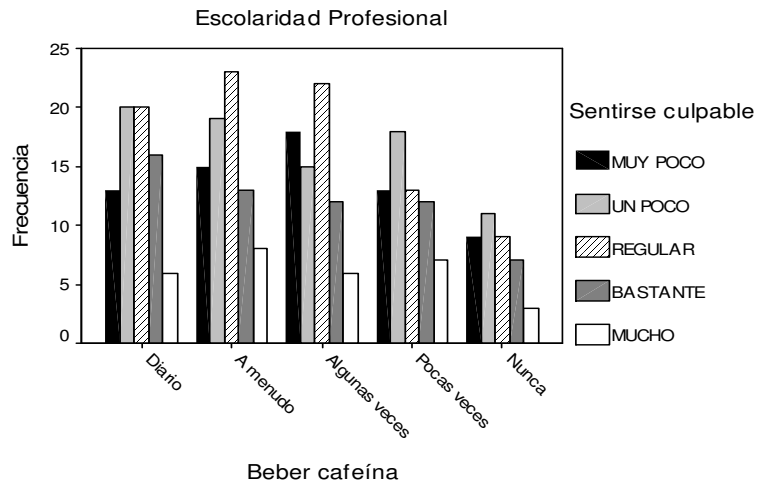


Figura 32. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y sentirse culpable en personas con escolaridad profesional.

Tabla 35. Beber cafeína *Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	29.632	16	.020

Tabla 35. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 33

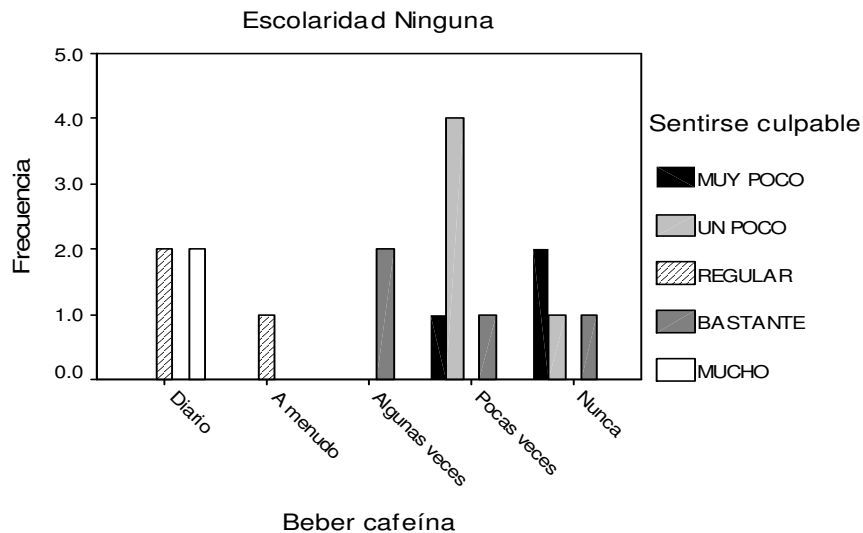


Figura 33. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y sentirse culpable en personas con escolaridad ninguna.

Luego de aplicar la prueba estadística Chi a la relación de las variables beber cafeína y sentirse culpable en personas con escolaridad secundaria (sig.= .017), preparatoria (sig.= .000), carrera técnica (sig.= .024) y ninguna (sig.= .020), se observaron diferencias significativas, es decir que la mayoría de las personas que beben cafeína con mayor frecuencia, tienden a sentirse con mayor frecuencia culpables que aquellos que lo hacen ocasionalmente o muy pocas veces. Por otra parte en aquellas personas de escolaridad primaria (sig.= .081) y profesional (sig.= .995), no se presentó una relación significativa.

BEBER CAFÉINA * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 36. Beber Cafeína *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Beber cafeína	DIARIO		4	8	8	5	4	29
		A MENUDO		16	4	2	5	3	30
		ALGUNAS VECES		6	11	11	3	2	33
		POCAS VECES		8	8	16		5	37
		NUNCA		14	3	3	4	1	25
	Total		48	34	40	17	15	154	
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	Beber cafeína	DIARIO		11	7	4	3	2	27
		A MENUDO		4	6	8	6	1	25
		ALGUNAS VECES		14	5	6	6	2	33
		POCAS VECES		3	10	7	10	1	31
		NUNCA		7		9		3	19
	Total		39	28	34	25	9	135	
ESCOLARIDAD PREPARATORIA	Beber cafeína	DIARIO		22	8	4	5	5	44
		A MENUDO		6	4	5	1		16
		ALGUNAS VECES		11	7	7	14	3	42
		POCAS VECES		11	13	6	2		32
		NUNCA		5	13	1	6	3	28
	Total		55	45	23	28	11	162	
ESCOLARIDAD CARRERA TECNICA	Beber cafeína	0		1					1
		DIARIO		14	10	10	5	6	45
		A MENUDO		10	3	6	8	3	30
		ALGUNAS VECES		7	3	22	4	3	39
		POCAS VECES	2	15	8	13	8	1	47
	NUNCA		9	4	4	2	3	22	
Total		2	56	28	55	27	16	134	
ESCOLARIDAD PROFESIONAL	Beber cafeína	DIARIO		23	11	17	16	8	75
		A MENUDO		19	25	11	18	5	78
		ALGUNAS VECES		22	16	18	13	4	73
		POCAS VECES		19	14	13	8	9	63
		NUNCA	2	10	9	7	8	3	39
	Total	2	93	75	66	63	29	328	
ESCOLARIDAD NINGUNA	Beber cafeína	DIARIO				2		2	4
		A MENUDO						1	1
		ALGUNAS VECES					2		2
		POCAS VECES	1	3		1	1		6
		NUNCA		2		2			4
	Total	1	5		5	3	3	17	

Tabla 36. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 37. Beber cafeína *Reprocharse a menudo *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		39.949	16

Tabla 37. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

Figura 34

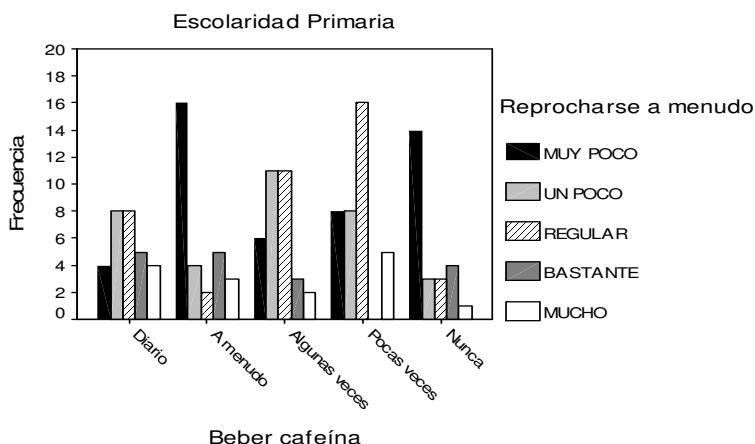


Figura 34. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y reprocharse a menudo en personas con escolaridad primaria.

Tabla 38. Beber cafeína *Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	33.287	16	.007

Tabla 38. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

Figura 35

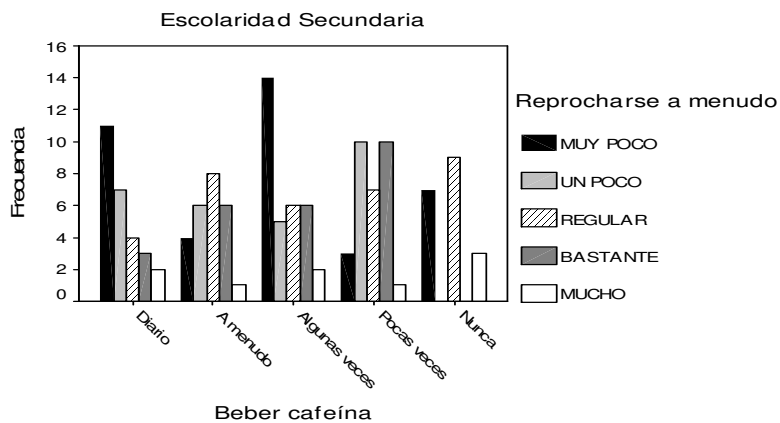


Figura 35. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y reprocharse a menudo en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 39. Beber cafeína *Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	38.086	16	.001

Tabla 39. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

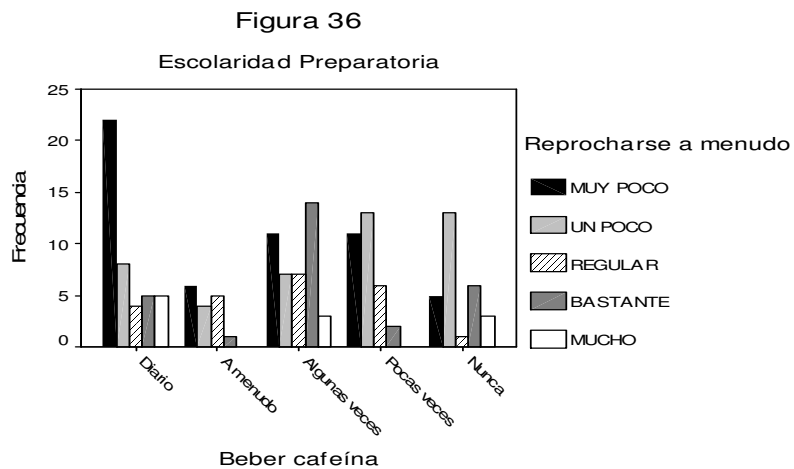


Figura 36. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y reprocharse a menudo en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 40. Beber cafeína *Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	35.474	25	.080

Tabla 40. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

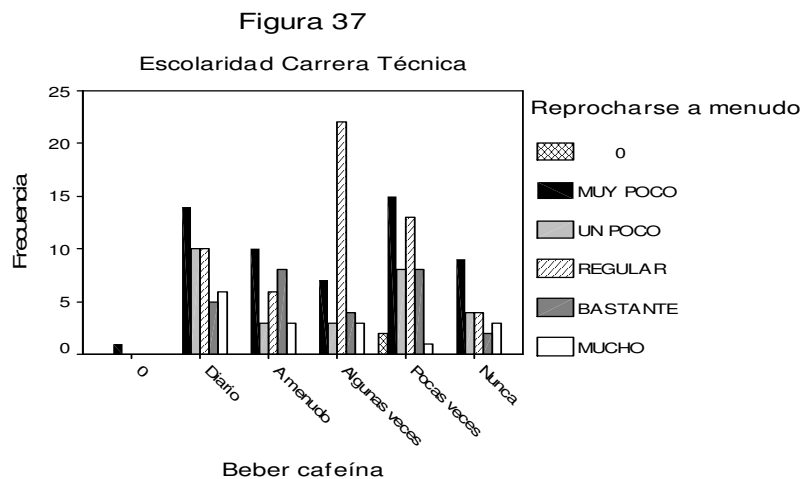


Figura 37. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y reprocharse a menudo en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 41. Beber cafeína *Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	29.463	20	.079

Tabla 41. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 38

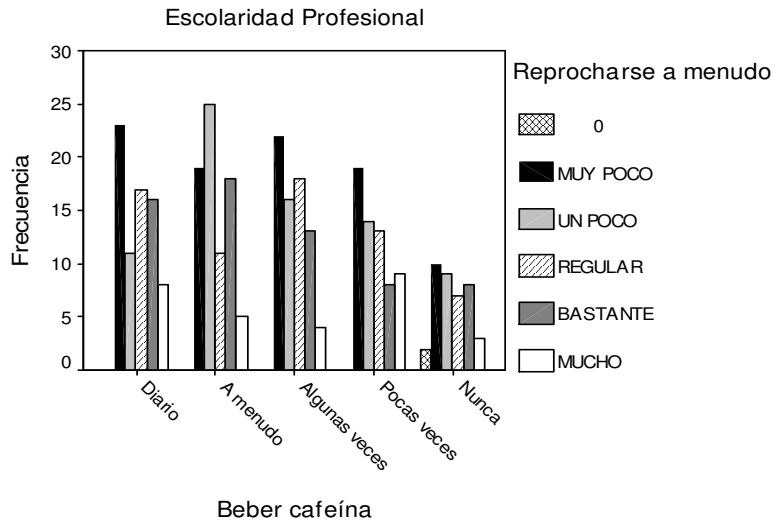


Figura 38. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y reprocharse a menudo en personas con escolaridad profesional.

Tabla 42. Beber cafeína *Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.311	16	.065

Tabla 42. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables beber cafeína, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 39

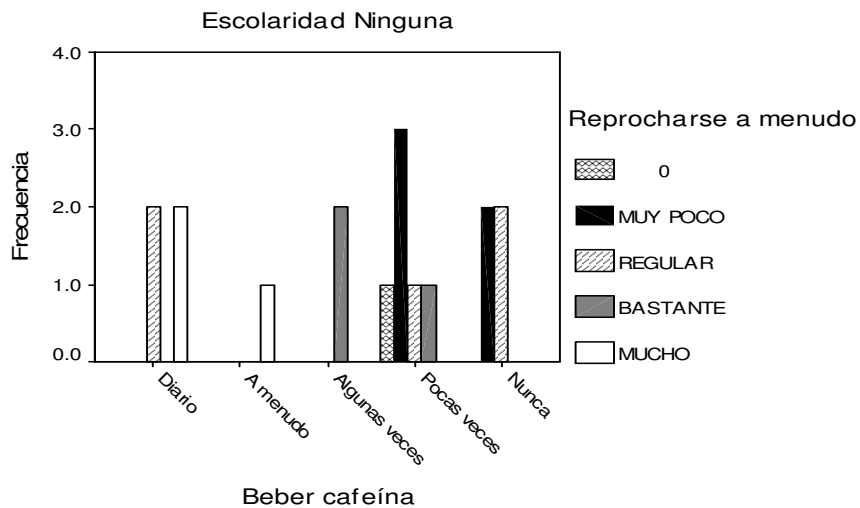


Figura 39. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables beber cafeína y reprocharse a menudo en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi cuadrada a la relación de las variables beber cafeína y reprocharse a menudo en personas con escolaridad primaria (sig.= .001), secundaria (sig.= .001), preparatoria (sig.= .019) y carrera técnica (sig.= .039), obtuvimos una diferencia significativa, a partir de la cual podemos decir que las personas con las escolaridades mencionadas se reprochan a si mismas luego de beber cafeína con mayor frecuencia que aquellas que teniendo la misma escolaridad, consumen cafeína en menos cantidad; sin embargo en los extremos de la variable escolaridad, es decir a aquellas personas con alguna profesión o las que no tienen ninguna instrucción académica no se observaron diferencias significativas en la relación de éstas variables.

COMER ENTRE COMIDAS + PENSAR EN FALLAS + ESCOLARIDAD

Tabla 43. Comer entre comidas *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
ESCOLARIDAD			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Comer entre comidas	DIARIO	4		3	2	8	17
		A MENUDO	2	4	2	5	1	14
		ALGUNAS VECES	8	18	11	10	8	55
		POCAS VECES	11	9	7	5	10	42
		NUNCA	8	4	6	2	6	26
	Total		33	35	29	24	33	154
SECUNDARIA	Comer entre comidas	DIARIO	3	2	4	2	2	13
		A MENUDO	2	3	4	8	2	19
		ALGUNAS VECES	6	14	14	14	2	50
		POCAS VECES	5	9	10	11	3	38
		NUNCA	5	1		3	6	15
	Total		21	29	32	38	15	135
PREPARATORIA	Comer entre comidas	DIARIO	5	5	5	5	14	34
		A MENUDO	11	7	8	6	3	35
		ALGUNAS VECES	9	10	8	11	7	45
		POCAS VECES	1	8	6	17	3	35
		NUNCA	2	3	3	4	1	13
	Total		28	33	30	43	28	162
CARRERA TECNICA	Comer entre comidas	DIARIO	2	2	9	4	1	18
		A MENUDO	4	9	5	16	7	41
		ALGUNAS VECES	3	15	26	12	7	63
		POCAS VECES	6	10	16	6	7	45
		NUNCA	5	6	4	1	1	17
	Total		20	42	60	39	23	184
PROFESIONAL	Comer entre comidas	DIARIO	12	7	6	5	14	44
		A MENUDO	13	12	25	28	12	90
		ALGUNAS VECES	18	29	10	33	11	101
		POCAS VECES	10	11	15	22	9	67
		NUNCA	4	9	4	7	2	26
	Total		57	68	60	95	48	328
NINGUNA	Comer entre comidas	DIARIO					2	2
		A MENUDO	1		1			2
		ALGUNAS VECES	2			3		5
		POCAS VECES	1		3	2		6
		NUNCA	1		1			2
	Total		5		5	5	2	17

Tabla 43. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 44. Comer entre comidas *Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		24.135	16

Tabla 44. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, pensar en fallas y escolaridad primaria.

Figura 40

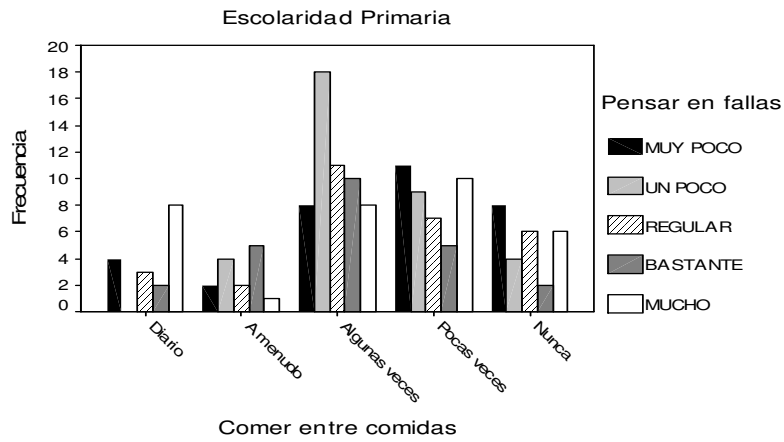


Figura 40. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y pensar en fallas en personas con escolaridad primaria.

Tabla 45. Comer entre comidas *Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	28.425	16	.028

Tabla 45. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

Figura 41

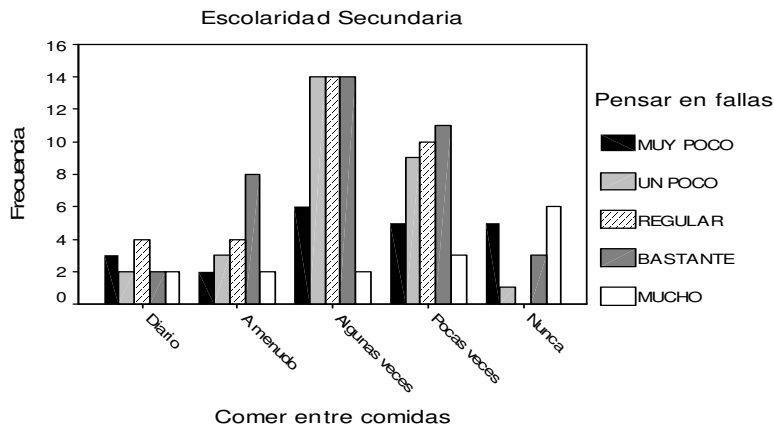


Figura 41. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y pensar en fallas en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 46. Comer entre comidas *Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	34.795	16	.004

Tabla 46. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

Figura 42

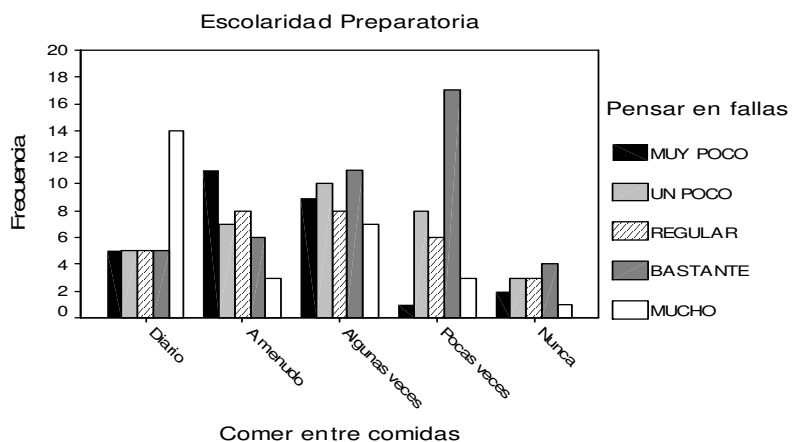


Figura 42. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y pensar en fallas en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 47. Comer entre comidas *Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	30.931	16	.014

Tabla 47. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

Figura 43

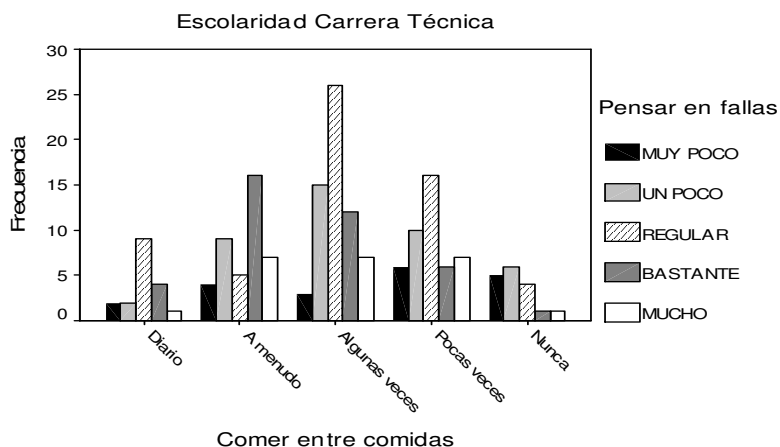


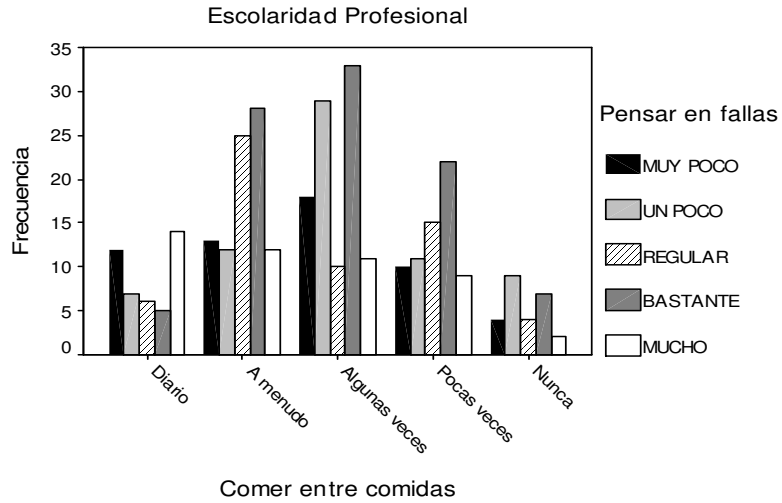
Figura 43. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y pensar en fallas en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 48. Comer entre comidas *Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	38.375	16	.001

Tabla 48. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 44



Comer entre comidas

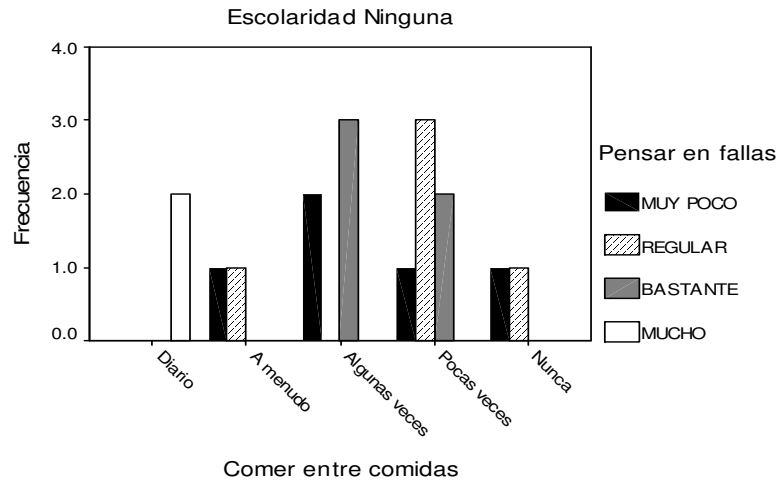
Figura 44. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y pensar en fallas en personas con escolaridad profesional.

Tabla 49. Comer entre comidas *Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	23.573	12	.023

Tabla 49. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 45



Comer entre comidas

Figura 45. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y pensar en fallas en personas con escolaridad ninguna.

Luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables comer entre comidas y pensar en fallas podemos observar que a excepción de aquellas personas con escolaridad primaria (sig.= .087), en los demás casos: secundaria (sig.= .028), preparatoria (sig.= .004), carrera técnica (sig.= .014), profesional (sig.= .001) o ninguna escolaridad (sig.= .023), esta relación tuvo diferencias significativas; por lo tanto exceptuando a las aquellas personas con escolaridad primaria, la mayoría de las personas con una escolaridad distinta piensan en fallas con más frecuencia cuando comen entre comidas que cuando no lo hacen.

COMER ENTRE COMIDAS * SENTIRSE CULPABLE * ESCOLARIDAD

Tabla 50. Comer entre comidas *Sentirse culpable *Escolaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Comer entre comidas	DIARIO		5	4	6		2	17
		A MENUDO		3	3	7	1		14
		ALGUNAS VECES	1	5	17	12	16	4	55
		POCAS VECES		7	19	8	4	4	42
		NUNCA		11	5	4	2	4	26
	Total		1	31	48	37	23	14	154
SECUNDARIA	Comer entre comidas	DIARIO		2	3	2	4	2	13
		A MENUDO		2	5	5	5	2	19
		ALGUNAS VECES		17	14	8	4	7	50
		POCAS VECES		11	8	7	8	4	38
		NUNCA		4	3	2	1	5	15
	Total			36	33	24	22	20	135
PREPARATORIA	Comer entre comidas	DIARIO		13	6	1	6	8	34
		A MENUDO		8	9	10	5	3	35
		ALGUNAS VECES		10	14	12	8	1	45
		POCAS VECES		9	12	12	1	1	35
		NUNCA		4	2		7		13
	Total			44	43	35	27	13	162
CARRERA TECNICA	Comer entre comidas	DIARIO		1	4	4	3	6	18
		A MENUDO		10	4	10	12	5	41
		ALGUNAS VECES	2	9	14	24	8	6	63
		POCAS VECES		19	11	5	4	6	45
		NUNCA		2	4	3	3	5	17
	Total		2	41	37	46	30	28	184
PROFESIONAL	Comer entre comidas	DIARIO		8	10	12	5	9	44
		A MENUDO		10	20	34	21	5	90
		ALGUNAS VECES		28	29	21	14	9	101
		POCAS VECES		12	22	12	14	7	67
		NUNCA		10	2	8	6		26
	Total			68	83	87	60	30	328
NINGUNA	Comer entre comidas	DIARIO						2	2
		A MENUDO		2					2
		ALGUNAS VECES			3		2		5
		POCAS VECES			2	2	2		6
		NUNCA		1		1			2
	Total			3	5	3	4	2	17

Tabla 50. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 51. Comer entre comidas *Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		38.228	20

Tabla 51. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad primaria.

Figura 46

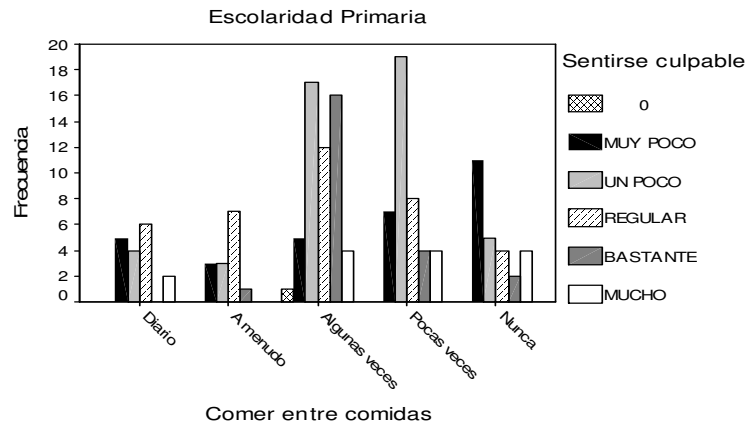


Figura 46. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 52. Comer entre comidas *Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	15.780	16	.468

Tabla 52. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

Figura 47

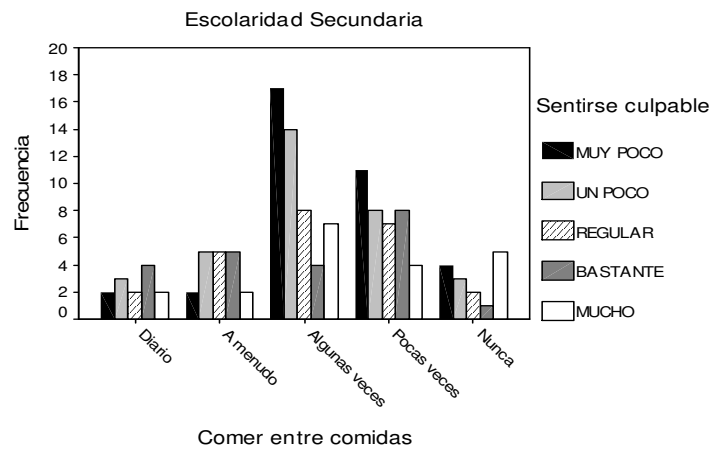


Figura 47. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 53. Comer entre comidas *Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	46.513	16	.000

Tabla 53. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

Figura 48

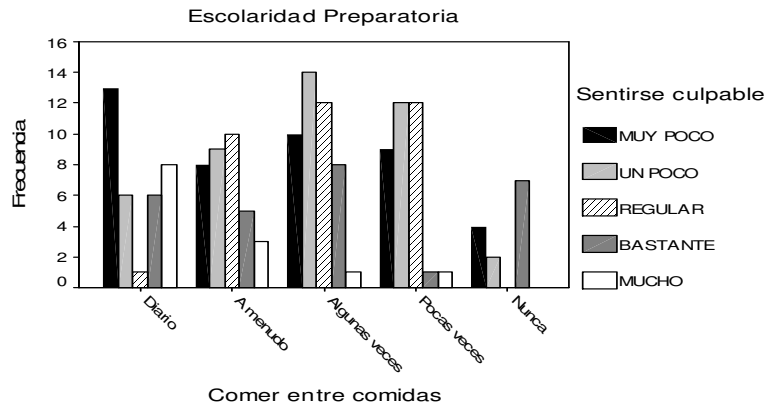


Figura 48. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 54. Comer entre comidas *Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	42.065	20	.003

Tabla 54. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

Figura 49

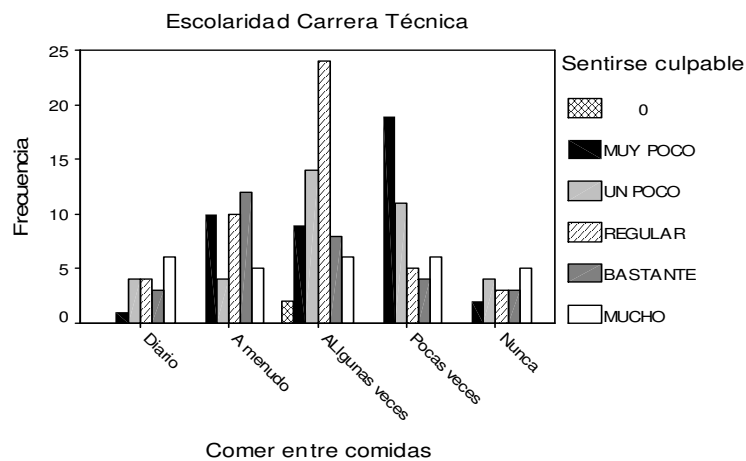


Figura 49. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 55. Comer entre comidas *Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	37.942	16	.002

Tabla 55. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 50

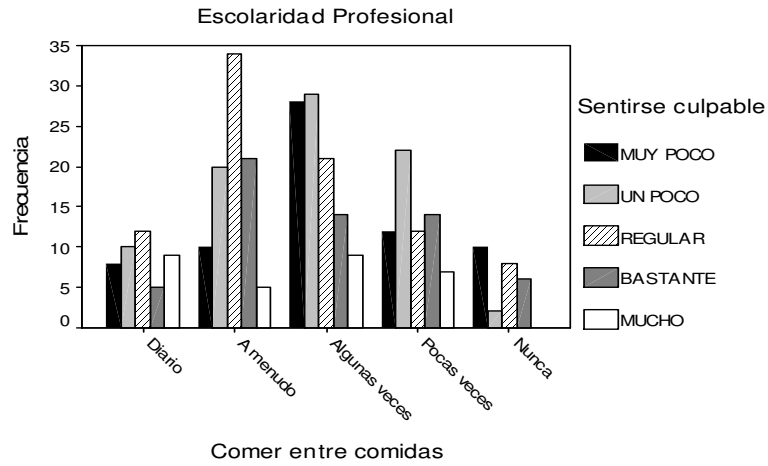


Figura 50. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 56. Comer entre comidas *Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	35.398	16	.004

Tabla 56. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 51

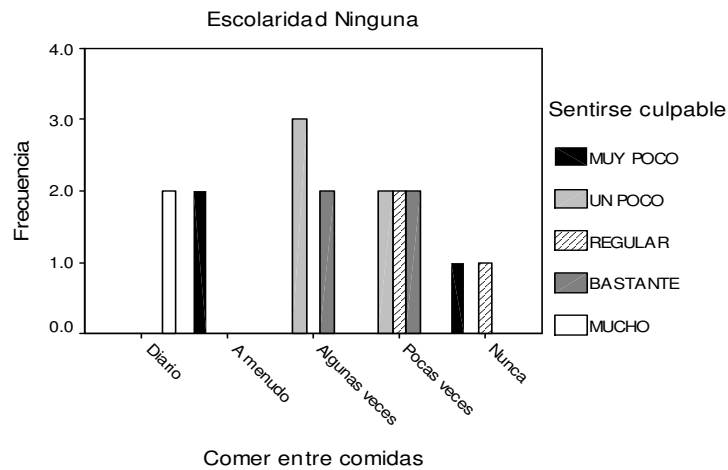


Figura 51. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables comer entre comidas, sentirse culpable y escolaridad, obtuvimos con excepción de aquellas personas con escolaridad secundaria (sig.= .468), las personas con una escolaridad distinta: primaria (sig.= .008), preparatoria (sig.= .000), carrera técnica (sig.= .003), profesional (sig.= .002) o ninguna (sig.= .004), reportan una relación en estas variables, es decir informan sentirse culpables cuando comen con mayor frecuencia entre comidas que cuando no realizan esta conducta frecuentemente.

COMER ENTRE COMIDAS * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 57. Comer entre comidas *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Comer entre comidas	DIARIO		8	3	4		2	17
		A MENUDO		2	3	6	2	1	14
		ALGUNAS VECES		12	13	14	8	8	55
		POCAS VECES		15	13	7	4	3	42
		NUNCA		11	2	9	3	1	26
	Total		48	34	40	17	15	154	
SECUNDARIA	Comer entre comidas	DIARIO		3	4	2	4		13
		A MENUDO		2	7	6	4		19
		ALGUNAS VECES		13	10	14	11	2	50
		POCAS VECES		13	7	11	2	5	38
		NUNCA		8	1	1	4	2	15
	Total		39	28	34	25	9	135	
PREPARATORIA	Comer entre comidas	DIARIO		11	6	2	9	6	34
		A MENUDO		15	6	7	5	2	35
		ALGUNAS VECES		13	22	3	6	1	45
		POCAS VECES		10	10	8	6	1	35
		NUNCA		6	1	3	2	1	13
	Total		55	45	23	28	11	162	
CARRERA TECNICA	Comer entre comidas	DIARIO		6	5	1	6		18
		A MENUDO		9	4	16	8	4	41
		ALGUNAS VECES	2	17	7	22	10	5	63
		POCAS VECES		22	6	10	1	6	45
		NUNCA		2	6	6	2	1	17
	Total	2	56	28	55	27	16	134	
PROFESIONAL	Comer entre comidas	DIARIO		13	11	3	6	11	44
		A MENUDO		15	23	17	30	5	90
		ALGUNAS VECES	2	35	20	26	10	8	101
		POCAS VECES		18	18	11	15	5	67
		NUNCA		12	3	9	2		26
	Total	2	93	75	66	63	29	328	
NINGUNA	Comer entre comidas	DIARIO						2	2
		A MENUDO		2					2
		ALGUNAS VECES		2		1	2		5
		POCAS VECES	1	1		3	1		6
		NUNCA				1		1	2
	Total	1	5		5	3	3	17	

Tabla 57. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 58. Comer entre comidas *Reprocharse a menudo *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		18.799	16

Tabla 58. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

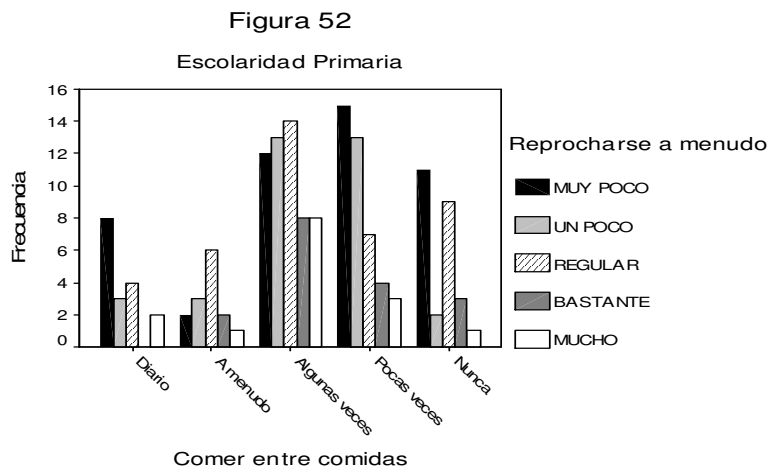


Figura 52. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 59. Comer entre comidas *Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	27.093	16	.040

Tabla 59. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

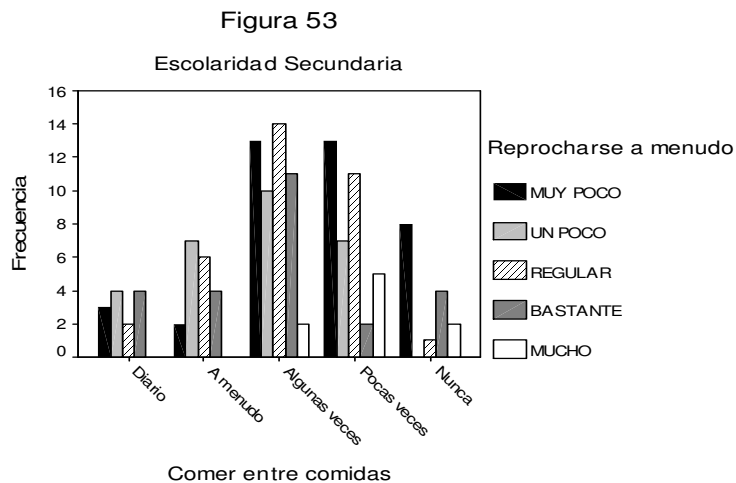


Figura 53. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 60. Comer entre comidas *Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	31.136	16	.013

Tabla 60. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

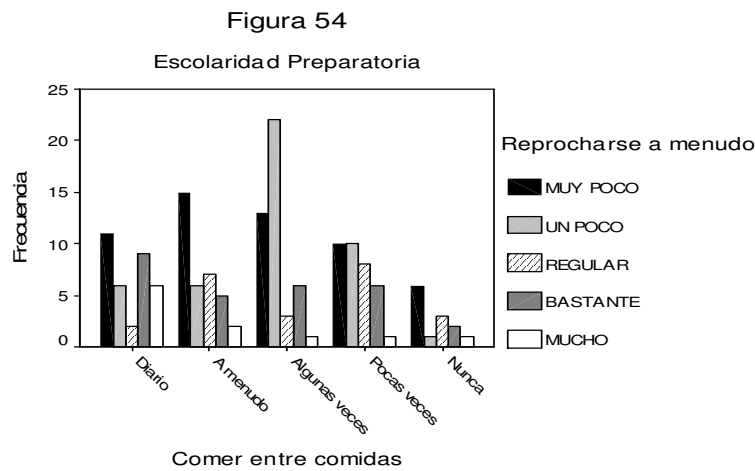


Figura 54. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 61. Comer entre comidas *Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	39.127	20	.006

Tabla 61. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

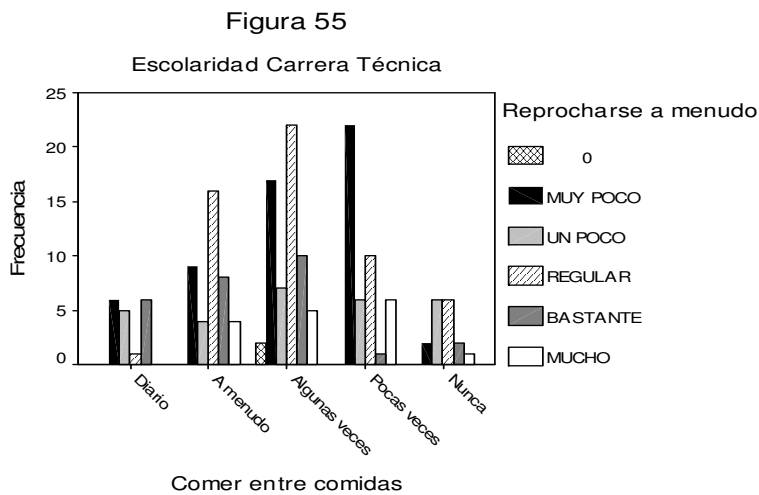


Figura 55. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 62. Comer entre comidas *Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	58.029	20	.000

Tabla 62. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 56

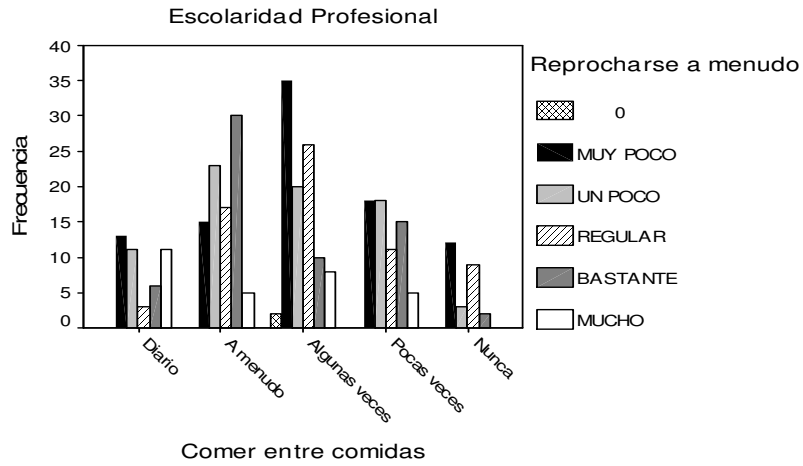


Figura 56. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 63. Comer entre comidas *Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	23.044	16	.113

Tabla 63. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 57

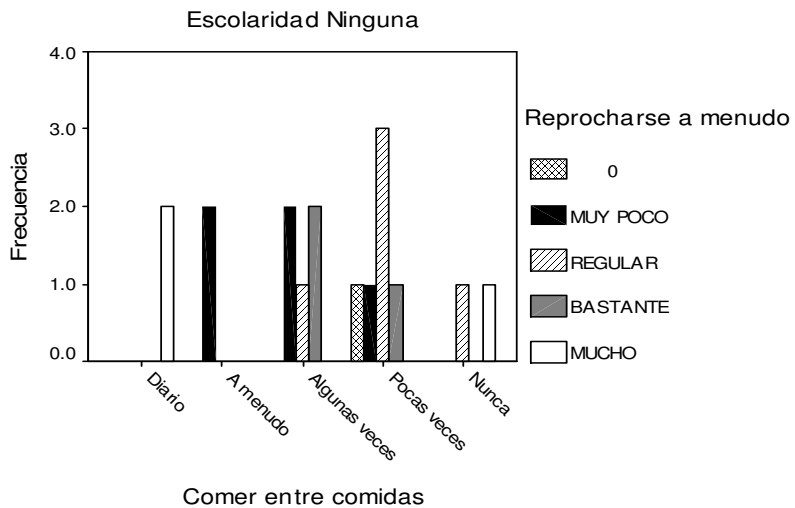


Figura 57. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables comer entre comidas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables comer entre comidas, reprocharse a menudo y escolaridad, podemos observar a con excepción de las personas que no tienen ninguna escolaridad (sig.= .113) y de las que cuentan con primaria (sig.= .279), en los demás casos: secundaria (sig.= .040), preparatoria (sig.= .013), carrera técnica (sig.= .006) y profesional (sig.= .000), se puede observar que existe una diferencia significativa, la cual se va haciendo más representativa conforme avanzan los grados de instrucción académica siendo la escolaridad profesional aquella en la que está relación es más fuerte por lo cual las personas, destacando a aquellas de nivel profesional, que comen con mayor frecuencia entre comidas reportaron reprocharse con mayor frecuencia que aquellas que no realizan esta conducta en forma regular.

CONSUMIR TABACO * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 64. Consumir tabaco *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD	Consumir tabaco	DIARIO	4	6	2	2	1	15
		A MENUDO		1	1	3		5
		ALGUNAS VECES		5		3	5	13
		POCAS VECES	2	4		5	2	13
		NUNCA	27	19	26	11	25	108
	Total		33	35	29	24	33	154
SECUNDARIA	Consumir tabaco	DIARIO	2	2	7	7	7	25
		A MENUDO		1	1	3	1	6
		ALGUNAS VECES	2	2	4	3		11
		POCAS VECES	2	2	2	3	3	12
		NUNCA	15	22	18	22	4	81
	Total		21	29	32	38	15	135
PREPARATORIA	Consumir tabaco	DIARIO	5	10	4	7	10	36
		A MENUDO	2	2		8		12
		ALGUNAS VECES		2	2	2	2	8
		POCAS VECES	3	3	1	3	8	18
		NUNCA	18	16	23	23	8	88
	Total		28	33	30	43	28	162
CARRERA TECNICA	Consumir tabaco	DIARIO	3	7	4	8	4	26
		A MENUDO		6	10	5		21
		ALGUNAS VECES	1	4	5	4	1	15
		POCAS VECES	3	9	9	2	4	27
		NUNCA	13	16	32	20	14	95
	Total		20	42	60	39	23	184
PROFESIONAL	Consumir tabaco	DIARIO	10	11	5	23	10	59
		A MENUDO		5	10	7	2	24
		ALGUNAS VECES	4	2	2	6	5	19
		POCAS VECES	9	7	7	20	6	49
		NUNCA	34	43	36	39	25	177
	Total		57	68	60	95	48	328
NINGUNA	Consumir tabaco	DIARIO			1	2		3
		ALGUNAS VECES			1		2	3
		NUNCA	5		3	3		11
	Total		5		5	5	2	17

Tabla 64. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 65. Consumir tabaco *Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		34.615	16

Tabla 65. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad primaria.

Figura 58

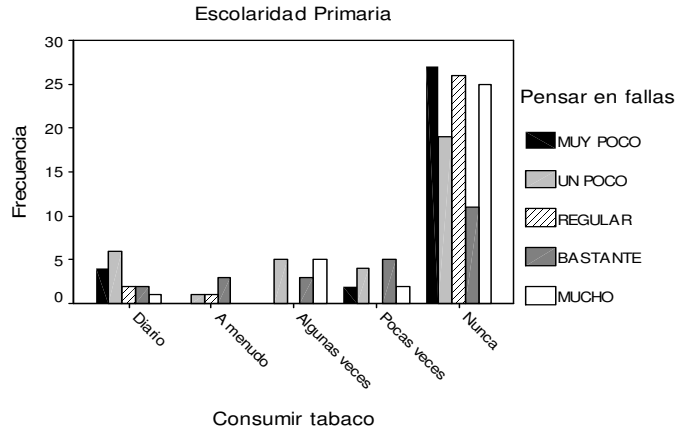


Figura 58. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y pensar en fallas, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 66. Consumir tabaco *Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.096	16	.175

Tabla 66. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

Figura 59

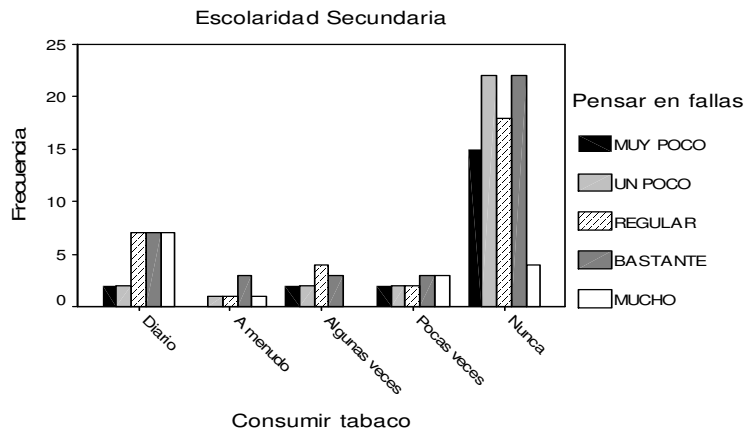


Figura 59. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y pensar en fallas, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 67. Consumir tabaco *Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	35.845	16	.003

Tabla 67. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

Figura 60

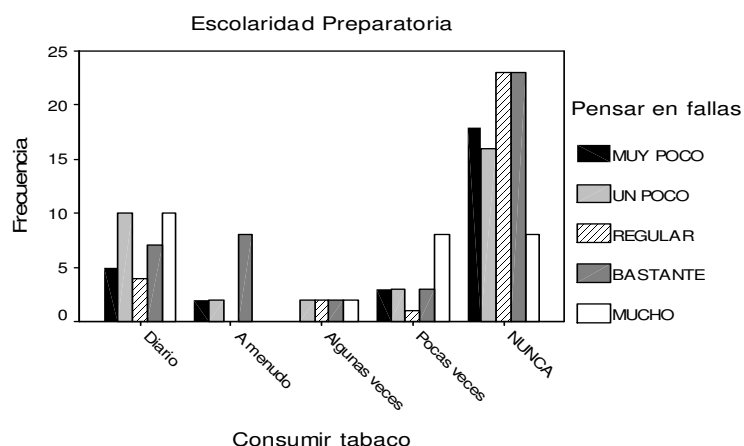


Figura 60. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y pensar en fallas, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 68. Consumir tabaco *Pensar en fallas *Escolaridad Carrera técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	18.005	16	.324

Tabla 68. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

Figura 61

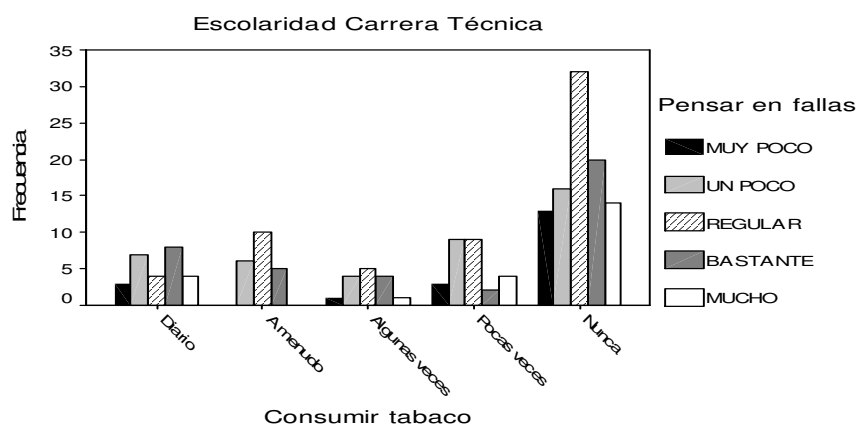


Figura 61. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y pensar en fallas, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 69. Consumir tabaco *Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	29.840	16	.019

Tabla 69. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 62

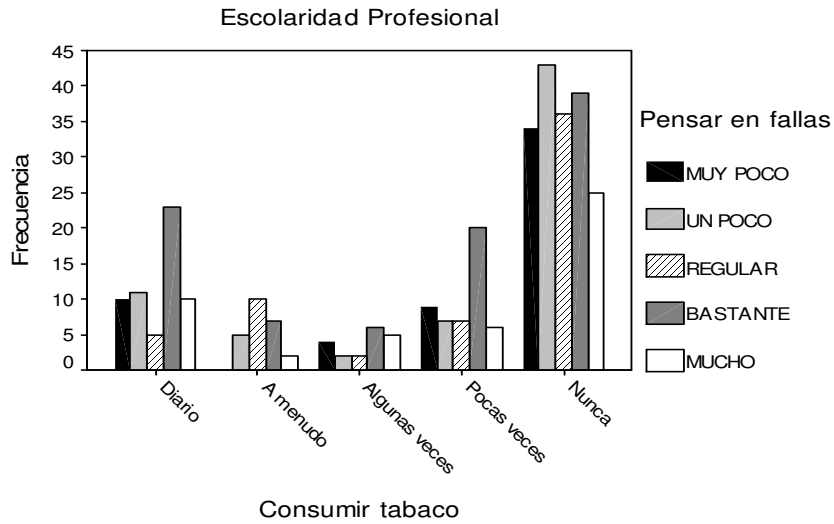


Figura 62. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y pensar en fallas, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 70. Consumir tabaco *Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	14.424	6	.025

Tabla 70. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 63

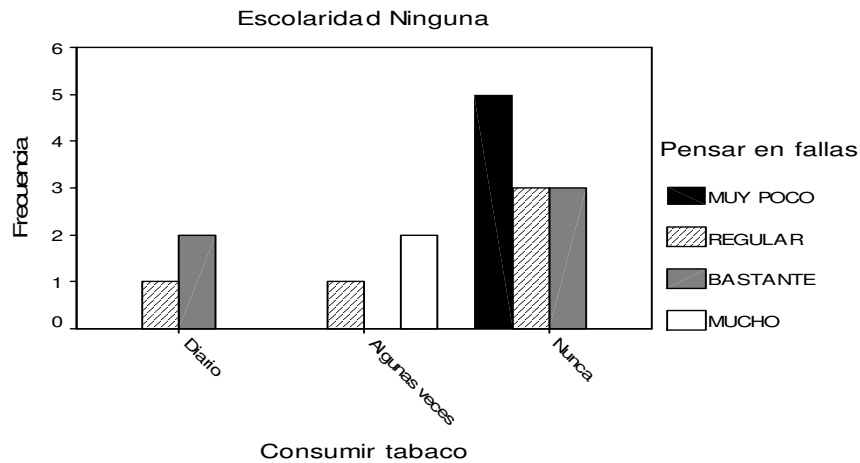


Figura 63. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y pensar en fallas, en personas con escolaridad ninguna.

En relación a las variables consumir tabaco, pensar en fallas y escolaridad, al aplicar la prueba estadística Chi cuadrada se observó una diferencia significativa en personas con escolaridad primaria (sig.= .004), preparatoria (sig.= .003), profesional (sig.= .019) y ninguna (sig.= .024), lo que significa que este grupo de personas, en la medida en que consumen tabaco con mayor frecuencia tienden a pensar en fallas en mayor proporción que aquellos que lo consumen ocasionalmente, sin embargo, esta relación no se presentó en personas con escolaridad secundaria (sig.= .075) y carrera técnica (sig.= .324).

CONSUMIR TABACO + SENTIRSE CULPABLE + ESCOLARIDAD

Tabla 71. Consumir tabaco *Sentirse culpable *Escolaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable					Total	
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Consumir tabaco	DIARIO		2	6	6	1	15	
		A MENUDO			1	3		5	
		ALGUNAS VECES	1		2	2	6	2	13
		POCAS VECES		4	2	2	3	2	13
		NUNCA		25	37	24	13	9	108
Total		1	31	48	37	23	14	154	
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	Consumir tabaco	DIARIO		4	6	6	3	6	25
		A MENUDO			1	2	2	1	6
		ALGUNAS VECES		1	4	1	4	1	11
		POCAS VECES		2	3	1	2	4	12
		NUNCA		29	19	14	11	8	81
Total			36	33	24	22	20	135	
ESCOLARIDAD PREPARATORIA	Consumir tabaco	DIARIO		10	9	3	10	4	36
		A MENUDO		3	6		2	1	12
		ALGUNAS VECES			7	1			8
		POCAS VECES		5	3	7	1	2	18
		NUNCA		26	18	24	14	6	88
Total			44	43	35	27	13	162	
ESCOLARIDAD CARRERA TECNICA	Consumir tabaco	DIARIO		4	2	8	6	6	26
		A MENUDO		4	2	8	5	2	21
		ALGUNAS VECES		8	2	5			15
		POCAS VECES		3	7	11	3	3	27
		NUNCA	2	22	24	14	16	17	95
Total		2	41	37	46	30	28	184	
ESCOLARIDAD PROFESIONAL	Consumir tabaco	DIARIO		11	16	18	11	3	59
		A MENUDO		2	5	10	6	1	24
		ALGUNAS VECES		4	6	5	1	3	19
		POCAS VECES		7	21	7	8	6	49
		NUNCA		44	35	47	34	17	177
Total			68	83	87	60	30	328	
ESCOLARIDAD NINGUNA	Consumir tabaco	DIARIO		1		2			3
		ALGUNAS VECES				1		2	3
		NUNCA		2	5		4		11
Total			3	5	3	4	2	17	

Tabla 71. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 72. Consumir tabaco *Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		38.579	20

Tabla 72. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, sentirse culpable y escolaridad primaria.

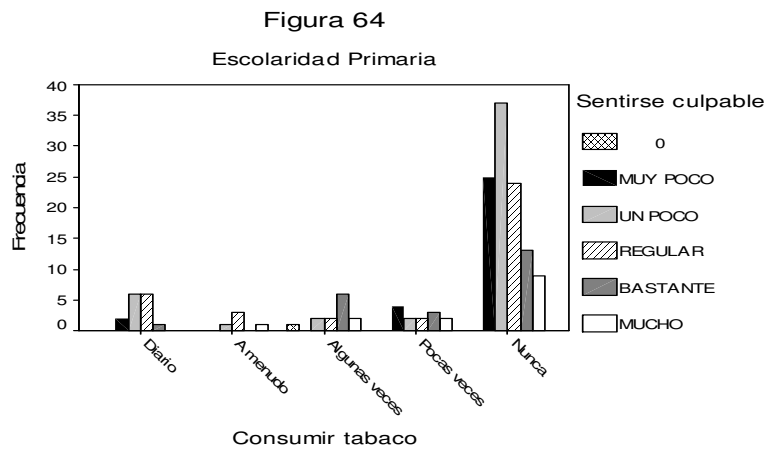


Figura 64. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 73. Consumir tabaco *Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	20.421	16	.202

Tabla 73. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

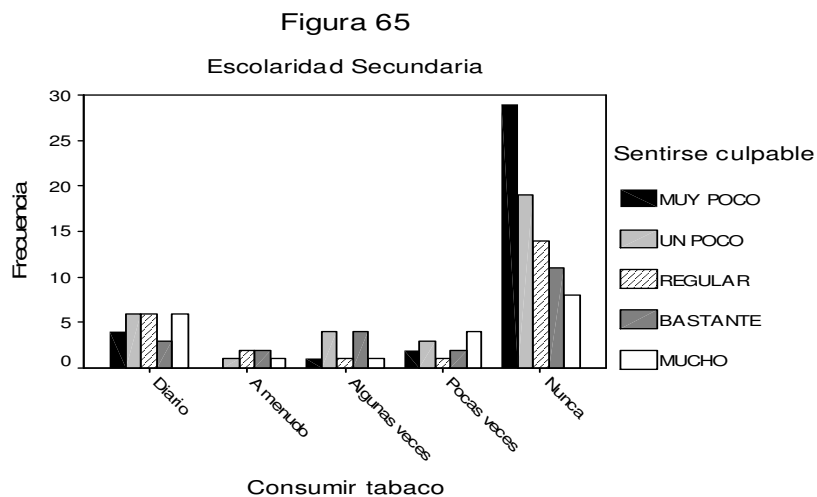


Figura 65. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 74. Consumir tabaco *Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	34.434	16	.005

Tabla 74. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

Figura 66

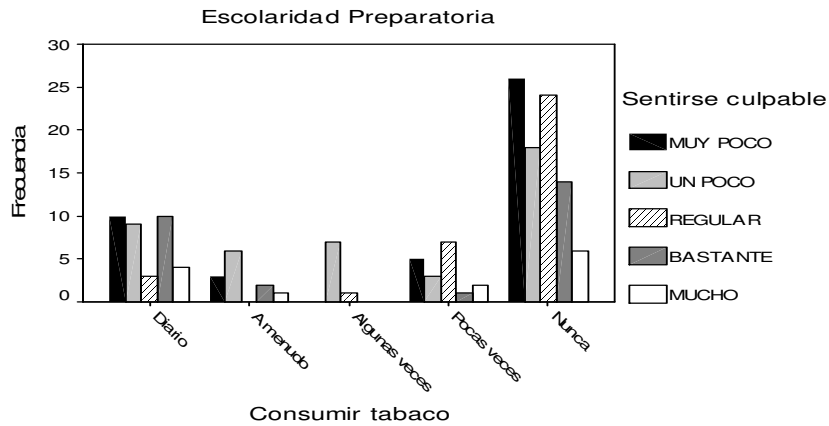


Figura 66. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 75. Consumir tabaco *Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	33.558	20	.029

Tabla 75. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

Figura 67

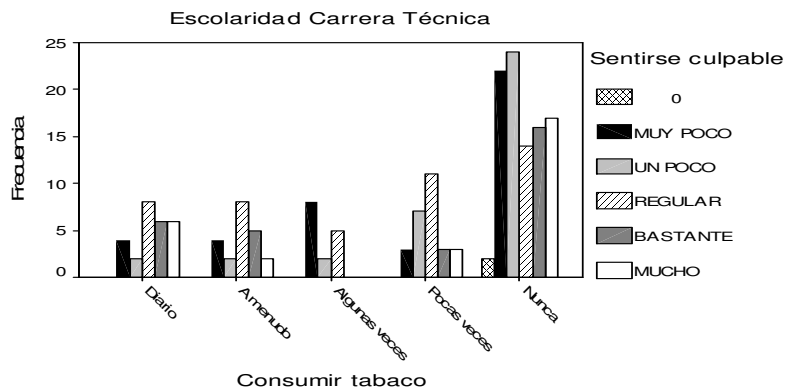


Figura 67. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 76. Consumir tabaco *Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	23.932	16	.091

Tabla 76. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 68

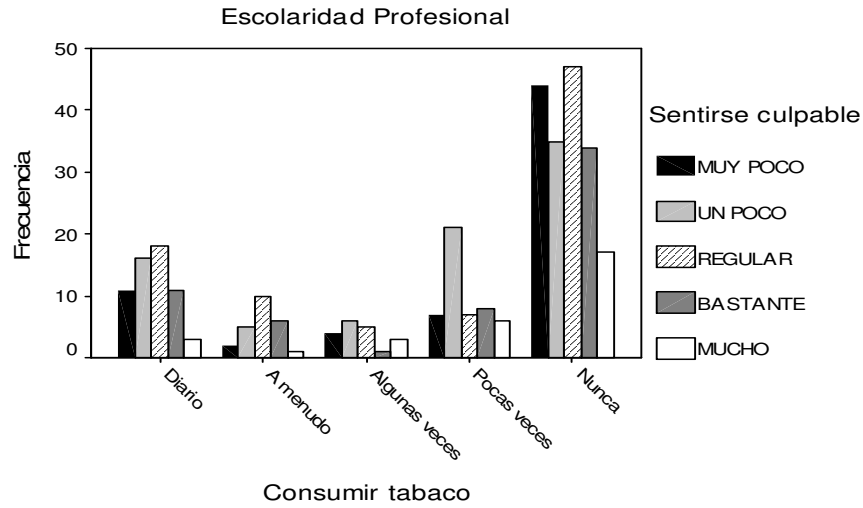


Figura 68. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 77. Consumir tabaco *Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.636	8	.006

Tabla 77. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 69

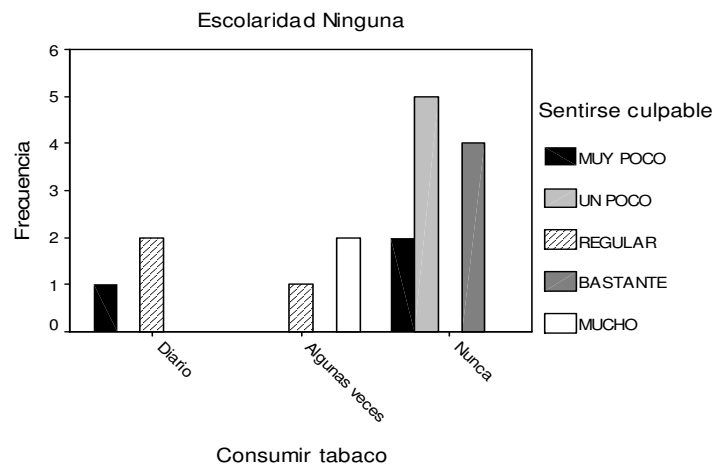


Figura 69. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, se observaron diferencias significativas entre las variables consumir tabaco y sentirse culpable en personas con escolaridad primaria (sig.= .008), preparatoria (sig.= .029), carrera técnica (sig.= .029) y ninguna (sig.= .006). Es decir, la mayoría de las personas ubicadas dentro de estas escolaridades que con menor frecuencia consumen tabaco, reportan sentirse culpables en menos proporción, mientras que aquellos que lo consumen con mayor frecuencia reportaron sentirse culpables en forma regular. Sin embargo esta situación no se presentó en personas con escolaridad secundaria (sig.= .202), ni en aquellas que cuentan con escolaridad profesional (sig.= .091), por lo tanto podemos decir que estadísticamente si existe una relación entre las tres variables mencionadas.

CONSUMIR TABACO * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 78. Consumir tabaco *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo					Total	
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Consumir tabaco	DIARIO		4	7	3	1	15	
		A MENUDO			1		3	1	5
		ALGUNAS VECES		1	2	2	5	3	13
		POCAS VECES		4	6		1	2	13
		NUNCA		39	18	35	7	9	108
	Total		48	34	40	17	15	154	
SECUNDARIA	Consumir tabaco	DIARIO		7	6	2	9	1	25
		A MENUDO			1	2	2	1	6
		ALGUNAS VECES		5	1	2	1	2	11
		POCAS VECES		1	2	3	4	2	12
		NUNCA		26	18	25	9	3	81
	Total		39	28	34	25	9	135	
PREPARATORIA	Consumir tabaco	DIARIO		11	11	3	7	4	36
		A MENUDO		6		2	2	2	12
		ALGUNAS VECES		4	3		1		8
		POCAS VECES		6	4	6		2	18
		NUNCA		28	27	12	18	3	88
	Total		55	45	23	28	11	162	
CARRERA TECN	Consumir tabaco	DIARIO		8	5	4	3	6	26
		A MENUDO		4	2	8	7		21
		ALGUNAS VECES		8	3	4			15
		POCAS VECES		5	6	9	5	2	27
		NUNCA	2	31	12	30	12	8	95
	Total	2	56	28	55	27	16	184	
PROFESIONAL	Consumir tabaco	DIARIO		18	13	5	20	3	59
		A MENUDO		3	5	8	6	2	24
		ALGUNAS VECES		4	7	3	1	4	19
		POCAS VECES		17	11	10	6	5	49
		NUNCA	2	51	39	40	30	15	177
	Total	2	93	75	66	63	29	328	
NINGUNA	Consumir tabaco	DIARIO		1		2			3
		ALGUNAS VECES						3	3
		NUNCA	1	4		3	3		11
	Total	1	5		5	3	3	17	

Tabla 78. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 79. Consumir tabaco *Reprocharse a menudo *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		48.350	16

Tabla 79. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

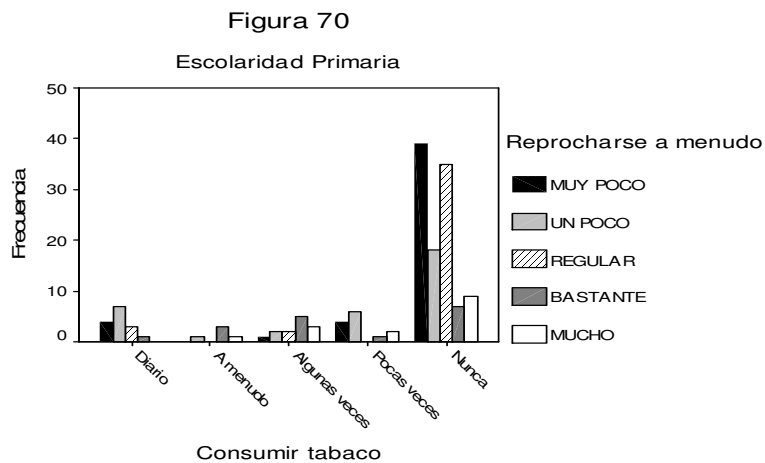


Figura 70. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y reprochase a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 80. Consumir tabaco *Reprochase a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.656	16	.059

Tabla 80. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, reprochase a menudo y escolaridad secundaria.

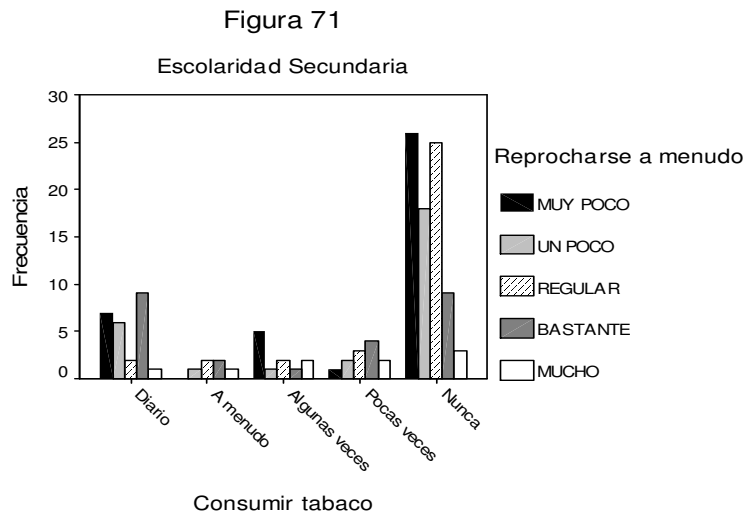


Figura 71. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y reprochase a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 81. Consumir tabaco *Reprochase a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.716	16	.153

Tabla 81. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, reprochase a menudo y escolaridad preparatoria.

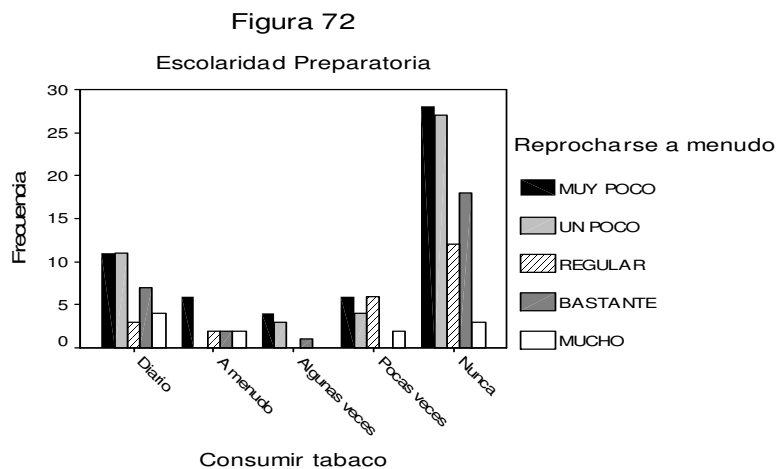


Figura 72. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 82. Consumir tabaco *Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	28.827	20	.091

Tabla 82. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

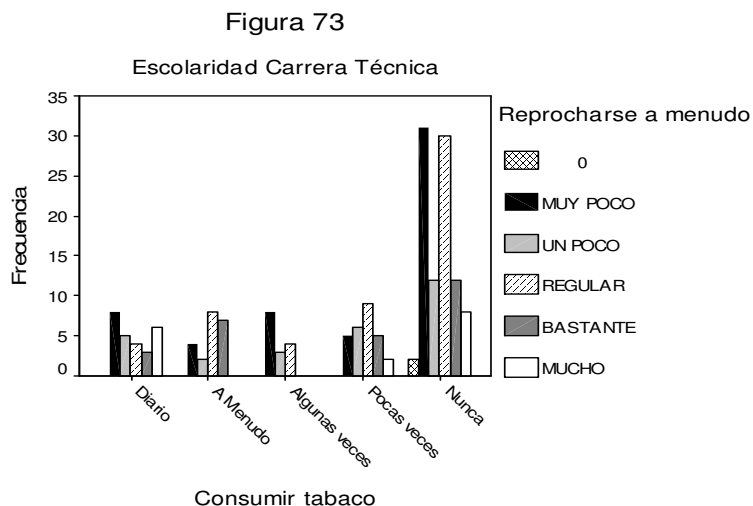


Figura 73. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 83. Consumir tabaco *Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	28.477	20	.099

Tabla 83. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 74

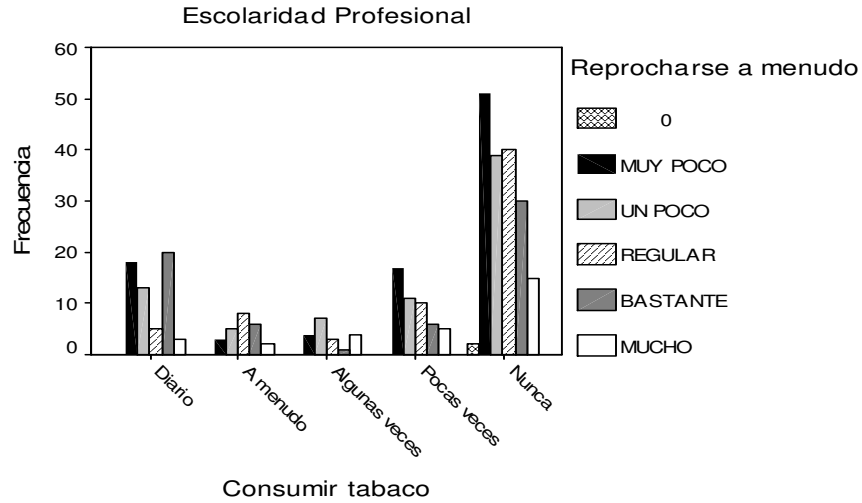


Figura 74. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 84. Consumir tabaco *Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.576	8	.012

Tabla 84. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables consumir tabaco, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 75

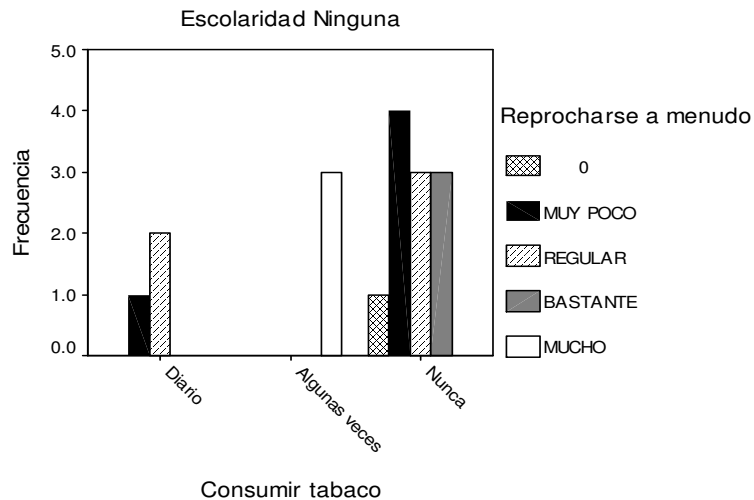


Figura 75. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables consumir tabaco y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables consumir tabaco y reprocharse a menudo podemos observar que a excepción de aquellas personas con escolaridad primaria (sig.= .000), y con ninguna escolaridad (sig.= .012) en los demás casos: secundaria (sig.= .059), preparatoria (sig.= .153), carrera técnica (sig.= .091) y profesional (sig.= .099); esta relación no tuvo diferencias significativas; por lo tanto exceptuando a las aquellas personas con escolaridad primaria y ninguna, la mayoría de las personas con una escolaridad distinta no se reprochan a menudo en relación a frecuencia en que consumen tabaco.

INGERIR COMIDA CHATARRA * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 85. Ingerir comida chatarra *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1	1		2	4
		A MENUDO	3	2		4	9	
		ALGUNAS VECE	6	10	11	9	6	42
		POCAS VECES	18	19	13	13	15	78
		NUNCA	6	3	4	2	6	21
	Total	33	35	29	24	33	154	
SECUNDARIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO	1	1	3	1	1	7
		A MENUDO	3	6	3	1		13
		ALGUNAS VECE	3	9	14	16	2	44
		POCAS VECES	6	12	10	17	8	53
		NUNCA	8	1	2	3	4	18
	Total	21	29	32	38	15	135	
PREPARATORIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		2		1	4	7
		A MENUDO	3	4	7	5	6	25
		ALGUNAS VECE	12	11	12	15	8	58
		POCAS VECES	12	13	8	18	9	60
		NUNCA	1	3	3	4	1	12
	Total	28	33	30	43	28	162	
CARRERA TECNIC	Ingerir comida chatarra	DIARIO			2	2		4
		A MENUDO		5	9	3	1	18
		ALGUNAS VECE	7	17	26	19	5	74
		POCAS VECES	6	16	19	15	14	70
		NUNCA	7	4	4		3	18
	Total	20	42	60	39	23	164	
PROFESIONAL	Ingerir comida chatarra	DIARIO	1		2	1	4	8
		A MENUDO	7	16	14	14	7	58
		ALGUNAS VECE	21	21	24	40	19	125
		POCAS VECES	26	29	15	35	17	122
		NUNCA	2	2	5	5	1	15
	Total	57	68	60	95	48	328	
NINGUNA	Ingerir comida chatarra	DIARIO			1			1
		ALGUNAS VECE	1		3	1		5
		POCAS VECES	3		1	2	2	8
		NUNCA	1			2		3
	Total	5		5	5	2	17	

Tabla 85. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 86. Ingerir comida chatarra *Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		15.936	16

Tabla 86. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad primaria.

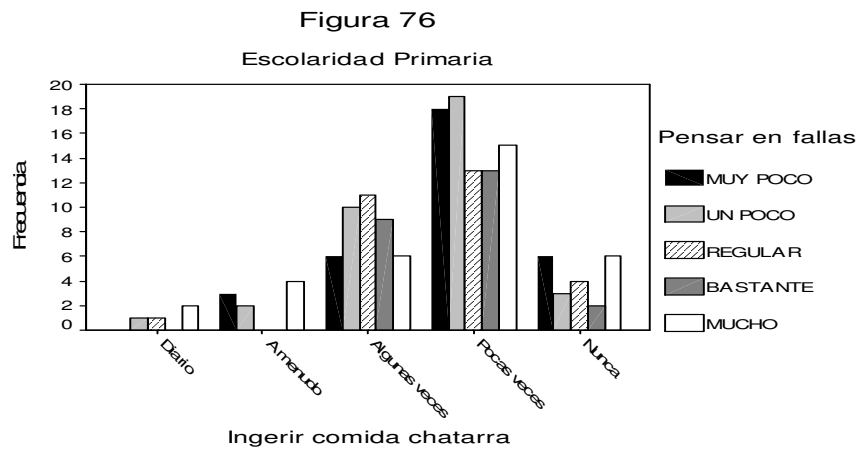


Figura 76. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra pensar en fallas, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 87. Ingerir comida chatarra *Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	33.546	16	.006

Tabla 87. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

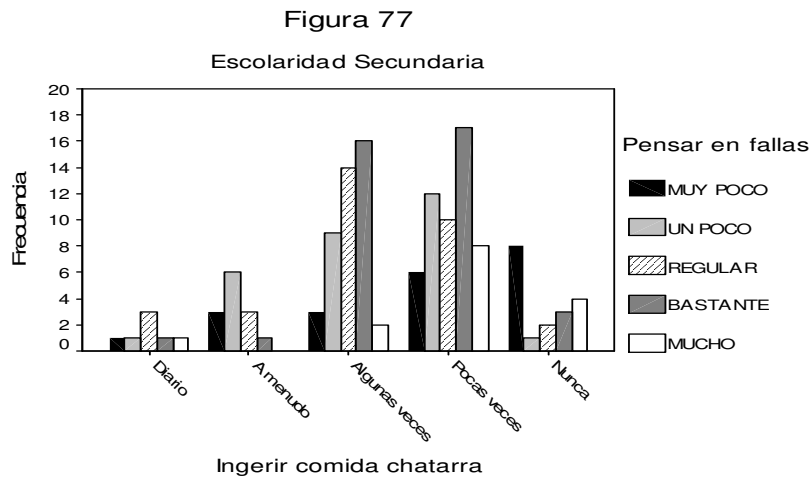


Figura 77. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra pensar en fallas, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 88. Ingerir comida chatarra *Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	16.835	16	.396

Tabla 88. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

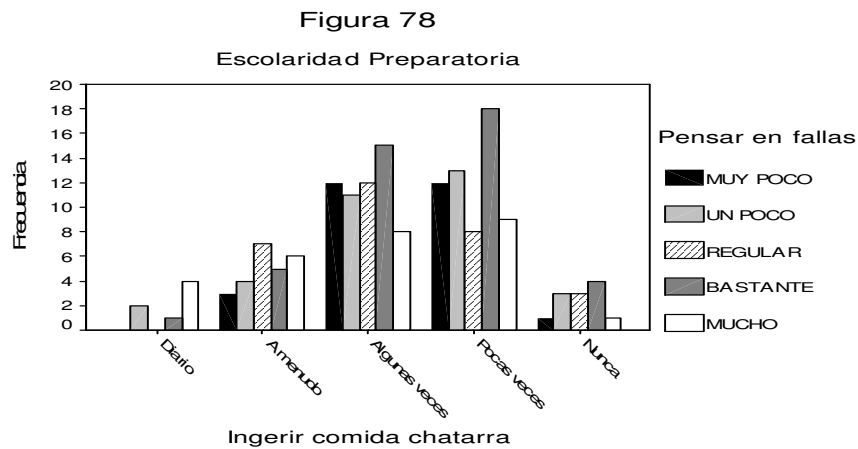


Figura 78. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra pensar en fallas, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 89. Ingerir comida chatarra *Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	33.205	16	.007

Tabla 89. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

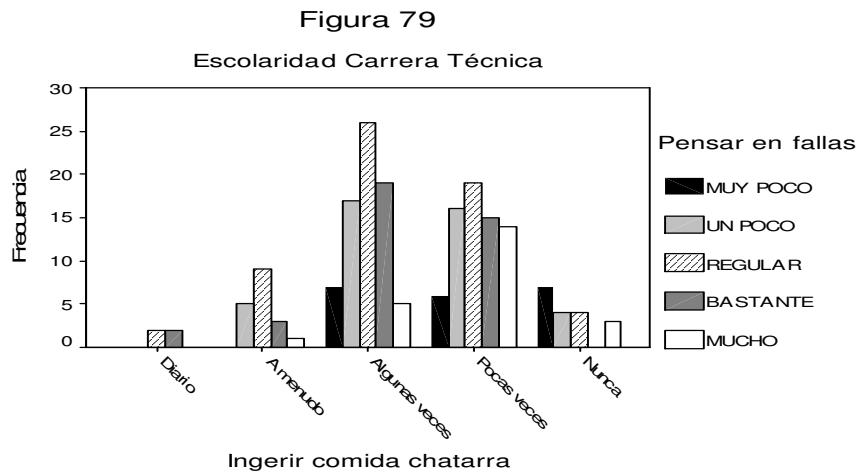


Figura 79. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra pensar en fallas, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 90. Ingerir comida chatarra *Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	22.269	16	.135

Tabla 90. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 80

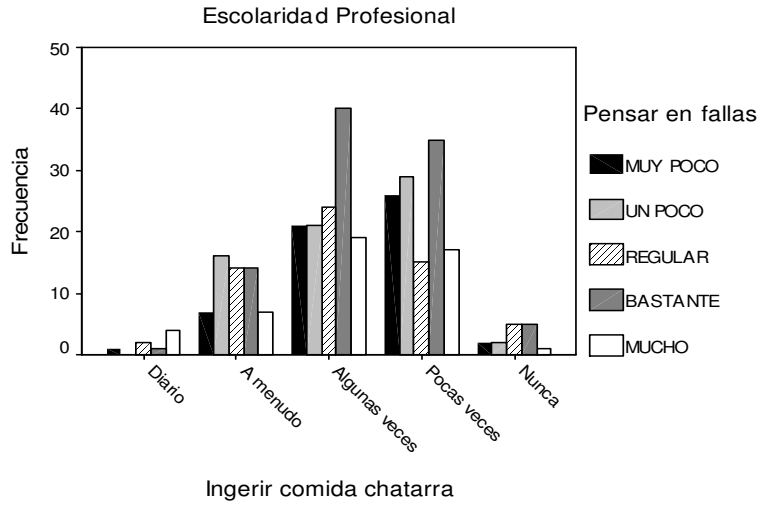


Figura 80. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra pensar en fallas, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 91. Ingerir comida chatarra *Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	9.747	9	.371

Tabla 91. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 81

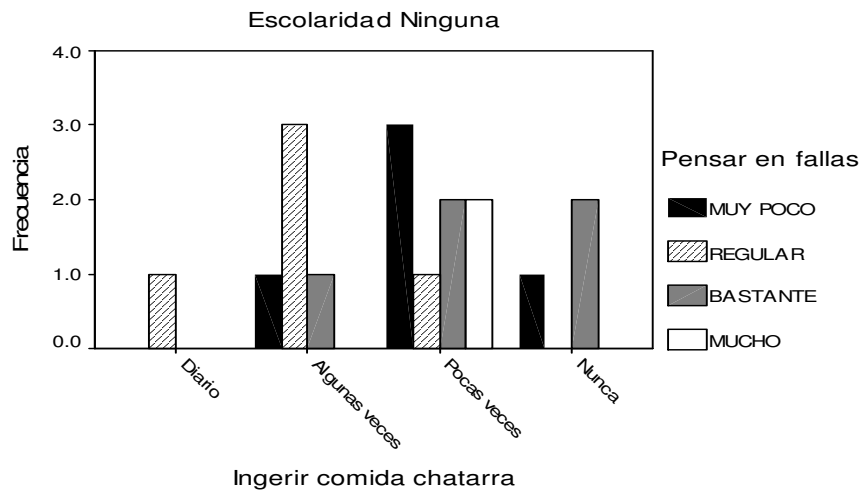


Figura 81. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra pensar en fallas, en personas con escolaridad ninguna.

En relación a las variables ingerir comida chatarra, pensar en fallas y escolaridad, al aplicar la prueba estadística Chi cuadrada se observó una diferencia significativa en personas con escolaridad secundaria (sig.= .006), carrera técnica (sig.= .007) y ninguna (sig.= .371), lo que significa que este grupo de personas, en la medida en que consumen comida chatarra con mayor frecuencia tienden a pensar en fallas en mayor proporción que aquellos que realizan esta conducta ocasionalmente, sin embargo, esta relación no se presentó en personas con escolaridad primaria (sig.= .457), preparatoria (sig.= .396) y profesional (sig.= .135).

INGERIR COMIDA CHATARRA + SENTIRSE CULPABLE + ESCOLARIDAD

Tabla 92. Ingerir comida chatarra *Sentirse culpable *Escolaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1		2		1	4
		A MENUDO		4	2	3			9
		ALGUNAS VECES	1	5	12	13	10	1	42
		POCAS VECES		11	27	18	11	11	78
		NUNCA		10	7	1	2	1	21
	Total		1	31	48	37	23	14	154
SECUNDARIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1	1		2	3	7
		A MENUDO		1	6	3	3		13
		ALGUNAS VECES		13	5	11	7	8	44
		POCAS VECES		13	19	10	6	5	53
		NUNCA		8	2		4	4	18
	Total			36	33	24	22	20	135
PREPARATORIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1			3	3	7
		A MENUDO		4	8	4	3	6	25
		ALGUNAS VECES		19	14	15	8	2	58
		POCAS VECES		16	19	14	11		60
		NUNCA		4	2	2	2	2	12
	Total			44	43	35	27	13	162
CARRERA TECNICA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1		3			4
		A MENUDO		1	6	6	3	2	18
		ALGUNAS VECES		16	14	21	13	10	74
		POCAS VECES		20	10	14	13	13	70
		NUNCA	2	3	7	2	1	3	18
	Total	2	41	37	46	30	28	184	
PROFESIONAL	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1	1	3		3	8
		A MENUDO		10	13	13	15	7	58
		ALGUNAS VECES		21	31	46	17	10	125
		POCAS VECES		33	31	24	24	10	122
		NUNCA		3	7	1	4		15
	Total		68	83	87	60	30	328	
NINGUNA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1					1
		ALGUNAS VECES		1	3	1			5
		POCAS VECES		1	2	2	1	2	8
		NUNCA					3		3
Total		3	5	3	4	2	17		

Tabla 92. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 93. Ingerir comida chatarra *Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		34.720	20

Tabla 93. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, sentirse culpable y escolaridad primaria.

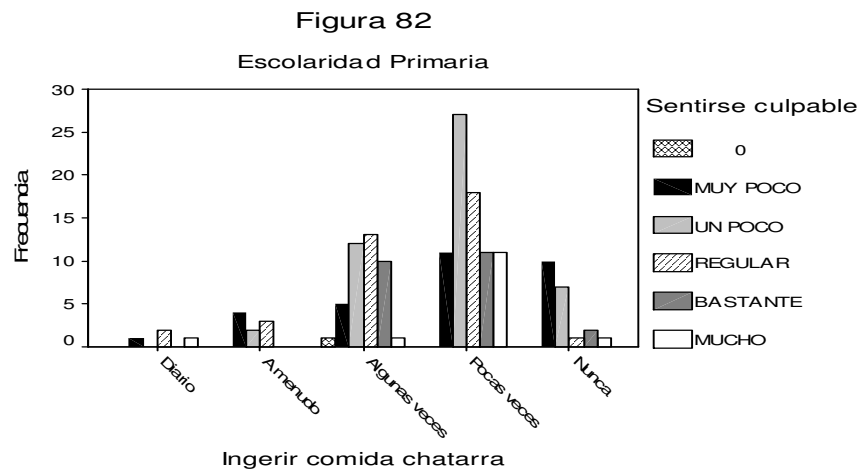


Figura 82. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 94. Ingerir comida chatarra *Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	30.397	16	.016

Tabla 94. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

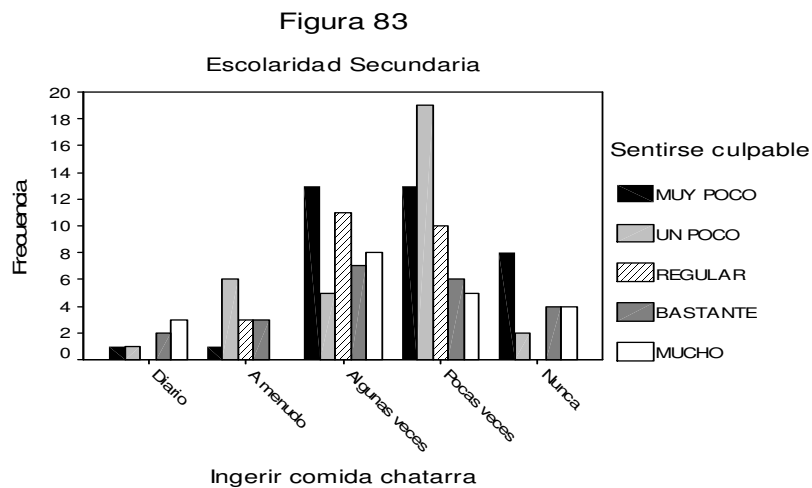


Figura 83. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 95. Ingerir comida chatarra *Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	37.872	16	.002

Tabla 95. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

Figura 84

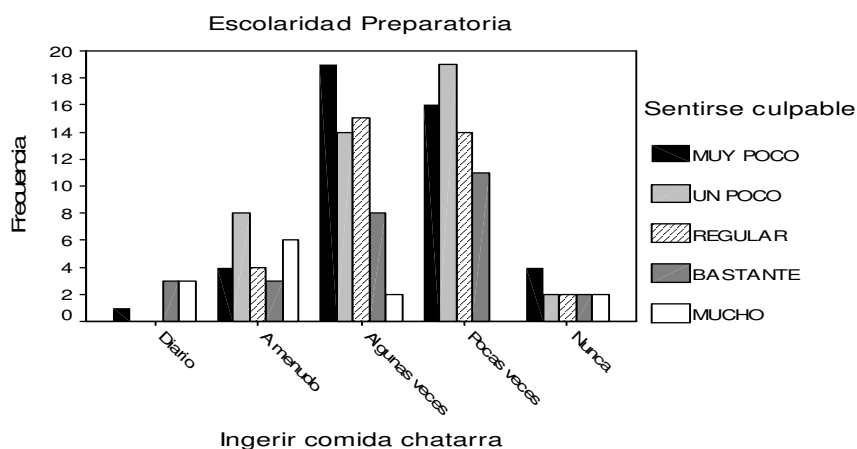


Figura 8. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 96. Ingerir comida chatarra *Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	39.630	20	.006

Tabla 96. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

Figura 85

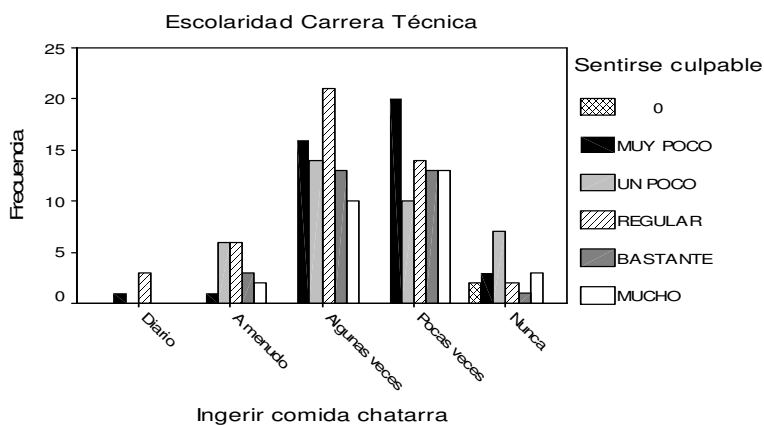


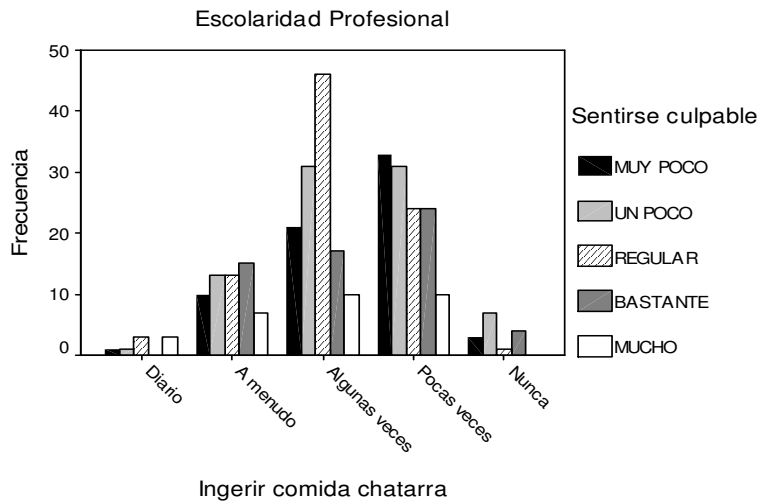
Figura 86. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 97. Ingerir comida chatarra *Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	32.145	16	.010

Tabla 97. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 86



Ingerir comida chatarra

Figura 86. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 98. Ingerir comida chatarra *Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.826	12	.070

Tabla 98. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 87

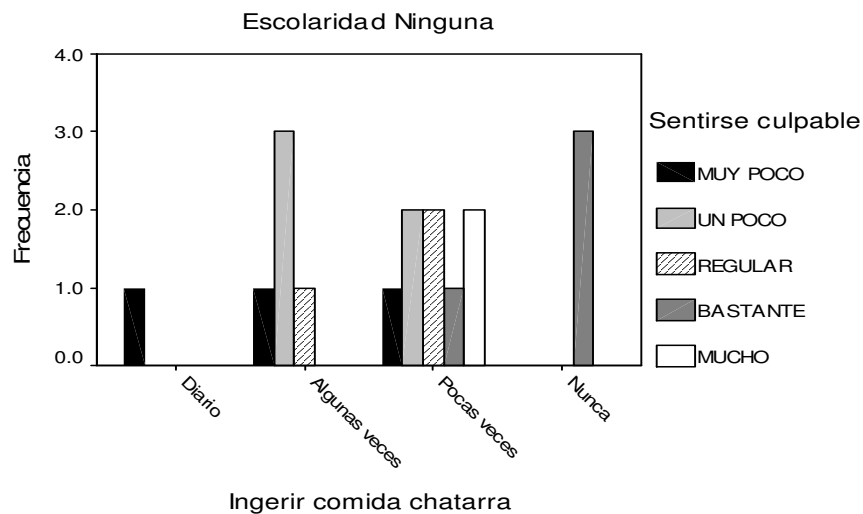


Figura 87. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, se observaron diferencias significativas entre las variables ingerir comida chatarra y sentirse culpable en personas con escolaridad primaria (sig.= .022), secundaria (sig.= .016), preparatoria (sig.= .002), carrera técnica (sig.= .006) y profesional (sig.= .010). Es decir, la mayoría de las personas ubicadas dentro de estas escolaridades que con mayor frecuencia ingieren comida chatarra, reportan sentirse culpables en mayor proporción que aquellos que realizan esta conducta con menor frecuencia. Sin embargo esta situación no se presentó en personas con ninguna escolaridad (sig.= .020), por lo tanto podemos decir que estadísticamente si existe una relación entre las tres variables mencionadas.

INGERIR COMIDA CHATARRA * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 99. Ingerir comida chatarra *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo					Total	
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO				2		2	4
		A MENUDO		2	2	3	2		9
		ALGUNAS VECES		9	11	12	6	4	42
		POCAS VECES		25	19	20	7	7	78
		NUNCA		12	2	3	2	2	21
Total			48	34	40	17	15	154	
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1	3	1	2		7
		A MENUDO		2	6	2	2	1	13
		ALGUNAS VECES		11	7	14	9	3	44
		POCAS VECES		18	11	11	11	2	53
		NUNCA		7	1	6	1	3	18
Total			39	28	34	25	9	135	
ESCOLARIDAD PREPARATORIA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		2	1		3	1	7
		A MENUDO		6	7	4	4	4	25
		ALGUNAS VECES		23	17	5	12	1	58
		POCAS VECES		22	16	11	8	3	60
		NUNCA		2	4	3	1	2	12
Total			55	45	23	28	11	162	
ESCOLARIDAD CARRERA TECNICA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1		3			4
		A MENUDO		4	3	7	2	2	18
		ALGUNAS VECES		20	12	23	16	3	74
		POCAS VECES		25	8	18	8	11	70
		NUNCA	2	6	5	4	1		18
Total		2	56	28	55	27	16	184	
ESCOLARIDAD PROFESIONAL	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1	3	1		3	8
		A MENUDO		15	7	6	20	10	58
		ALGUNAS VECES		26	35	35	21	8	125
		POCAS VECES	2	46	25	24	17	8	122
		NUNCA		5	5		5		15
Total		2	93	75	66	63	29	328	
NINGUNA	Ingerir comida chatarra	DIARIO		1					1
		ALGUNAS VECES	1	1		2		1	5
		POCAS VECES		2		3	1	2	8
		NUNCA		1			2		3
Total		1	5		5	3	3	17	

Tabla 99. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 100. Ingerir comida chatarra *Reprocharse a menudo *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		22.293	16

Tabla 100. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

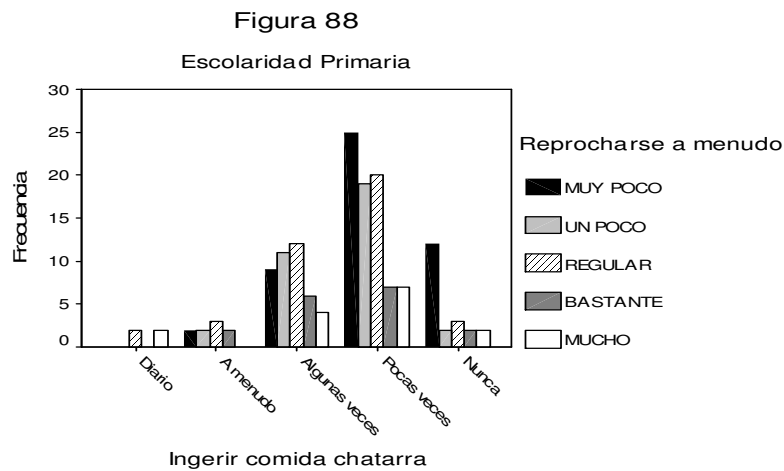


Figura 88. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 101. Ingerir comida chatarra *Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.511	16	.243

Tabla 101. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

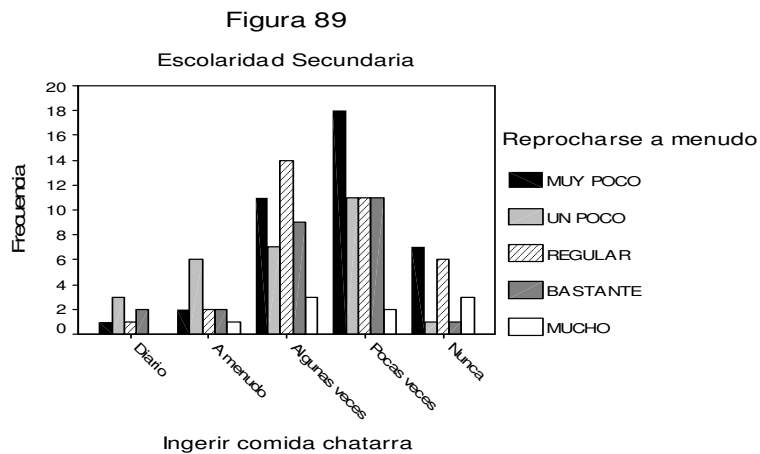


Figura 89. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 102. Ingerir comida chatarra *Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.219	16	.254

Tabla 102. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

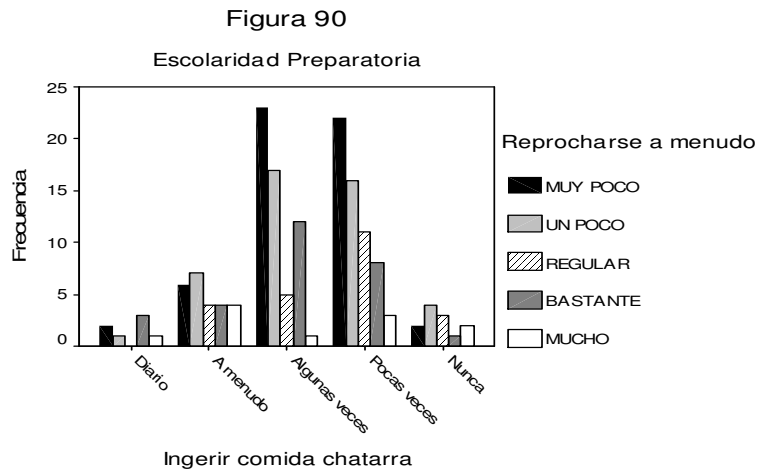


Figura 90. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 103. Ingerir comida chatarra *Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	39.604	20	.006

Tabla 103. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

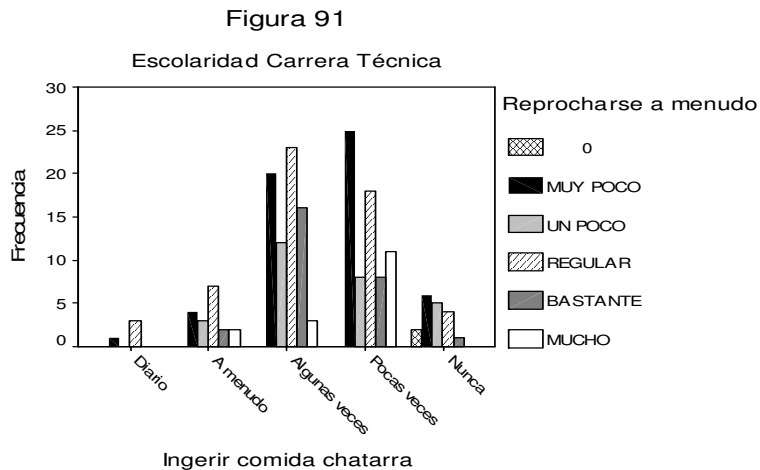


Figura 91. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 104. Ingerir comida chatarra *Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	53.895	20	.000

Tabla 104. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

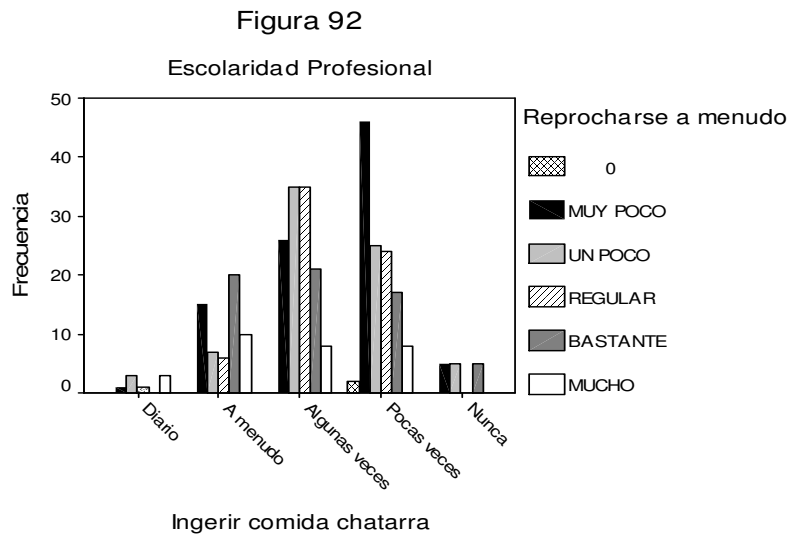


Figura 92. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 105. Ingerir comida chatarra *Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	12.089	12	.439

Tabla 105. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables ingerir comida chatarra, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

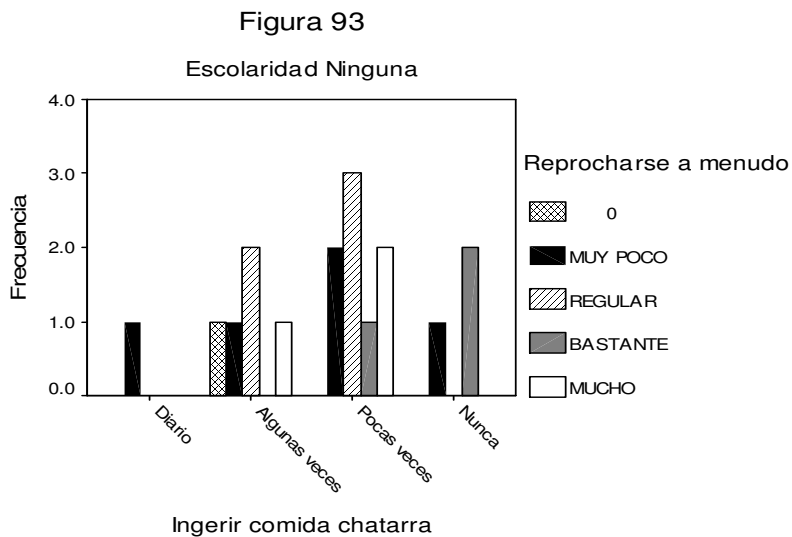


Figura 93. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables ingerir comida chatarra y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, se observaron diferencias significativas entre las variables consumir comida chatarra y reprocharse a menudo en personas con escolaridad carrera técnica (sig.= .006) y profesional (sig.= .000). Es decir, la mayoría de las personas ubicadas dentro de estas escolaridades que con menor frecuencia ingieren comida chatarra, reportan sentirse culpables en menor proporción, mientras que aquellos consumen este tipo de alimento más frecuentemente expresaron sentirse culpables en forma regular. Sin embargo esta situación no se presentó en personas con escolaridad primaria (sig.= .134), secundaria (sig.= .243), preparatoria (sig.= .254) y ninguna (sig.= .439), por lo tanto podemos decir que estadísticamente no existe una relación entre las tres variables antes mencionadas.

MANEJAR RÁPIDO * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 106. Manejar rápido *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count

ESCOLARIDAD			Pensar en fallas					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Manejar rápido	0	2				2	4
		DIARIO		1	2		1	4
		A MENUDO	1				3	4
		ALGUNAS VECES	1	3	2	1	8	15
		POCAS VECES		4	4	5	1	14
	NUNCA	29	27	21	18	18	113	
	Total		33	35	29	24	33	154
SECUNDARIA	Manejar rápido	DIARIO	1				1	2
		A MENUDO			4	1		5
		ALGUNAS VECES	2	4	5	4	1	16
		POCAS VECES	2	5	7	5	3	22
		NUNCA	16	20	16	28	10	90
	Total		21	29	32	38	15	135
PREPARATORIA	Manejar rápido	DIARIO	2	1	4		3	10
		A MENUDO		1		1	1	3
		ALGUNAS VECES	5	5	2	4		16
		POCAS VECES	1	6	5	4	7	23
		NUNCA	20	20	19	34	17	110
	Total		28	33	30	43	28	162
CARRERA TECNICA	Manejar rápido	0		2		1		3
		A MENUDO		3	7	3		13
		ALGUNAS VECES	4	3	3	2	4	16
		POCAS VECES	2	6	7	9	2	26
		NUNCA	14	28	43	24	17	126
	Total		20	42	60	39	23	184
PROFESIONAL	Manejar rápido	DIARIO	2	1	1	5	1	10
		A MENUDO	3	3	6	8	7	27
		ALGUNAS VECES	8	6	7	10	6	37
		POCAS VECES	11	17	5	11	14	58
		NUNCA	33	41	41	61	20	196
	Total		57	68	60	95	48	328
NINGUNA	Manejar rápido	ALGUNAS VECES				1		1
		NUNCA	5		5	4	2	16
	Total		5		5	5	2	17

Tabla 106. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 107. Manejar rápido *Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		37.793	20

Tabla 107. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, pensar en fallas y escolaridad primaria.

Figura 94

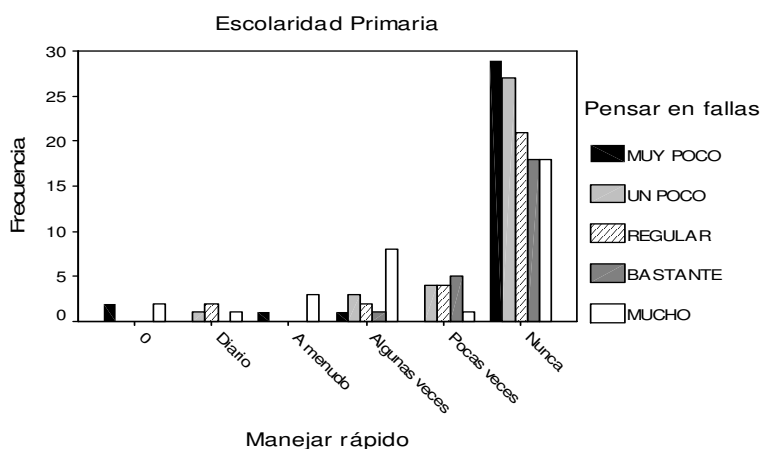


Figura 94. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y pensar en fallas, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 108. Manejar rápido *Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.391	16	.249

Tabla 108. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

Figura 95

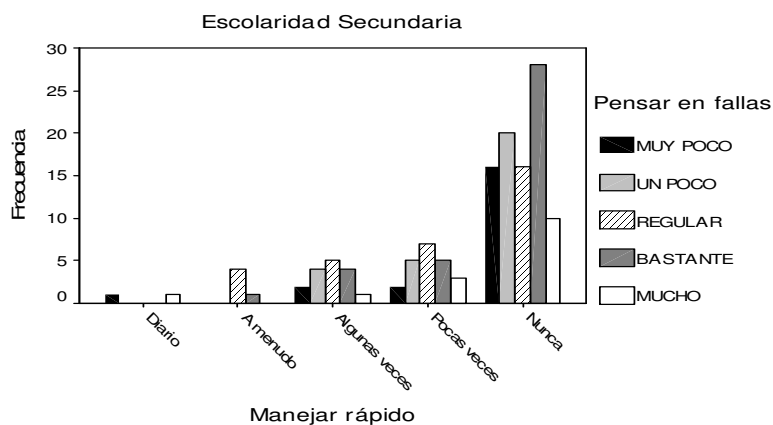


Figura 95. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y pensar en fallas, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 109. Manejar rápido *Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.458	16	.162

Tabla 109. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

Figura 96

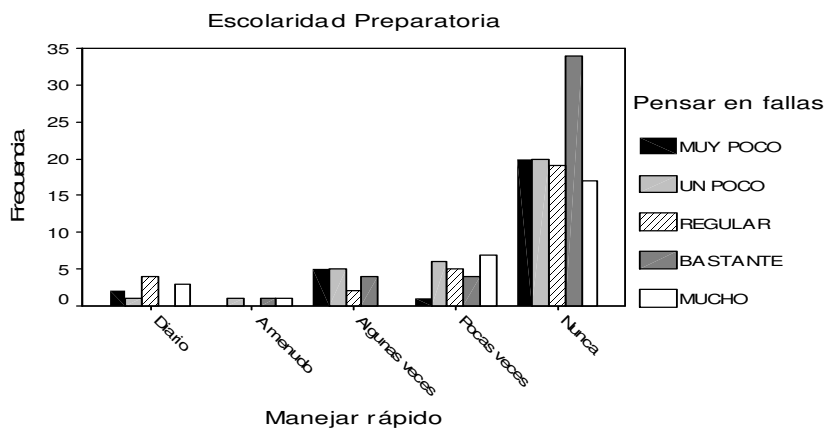


Figura 96. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y pensar en fallas, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 110. Manejar rápido *Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.520	16	.243

Tabla 110. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

Figura 97

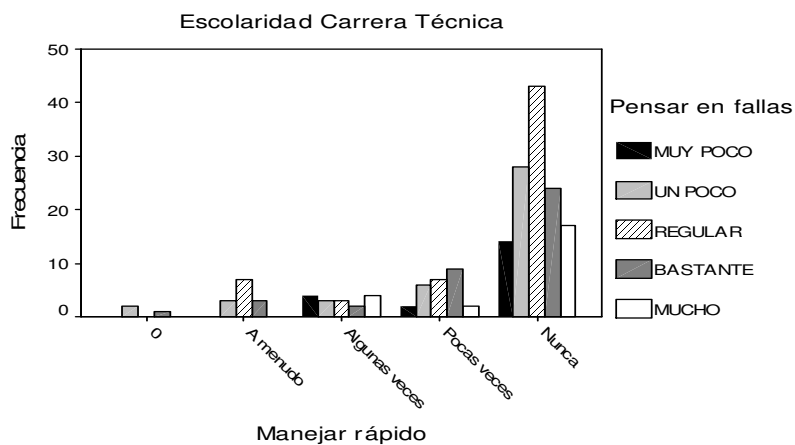


Figura 97. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y pensar en fallas, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 111. Manejar rápido *Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	22.322	16	.133

Tabla 111. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 98

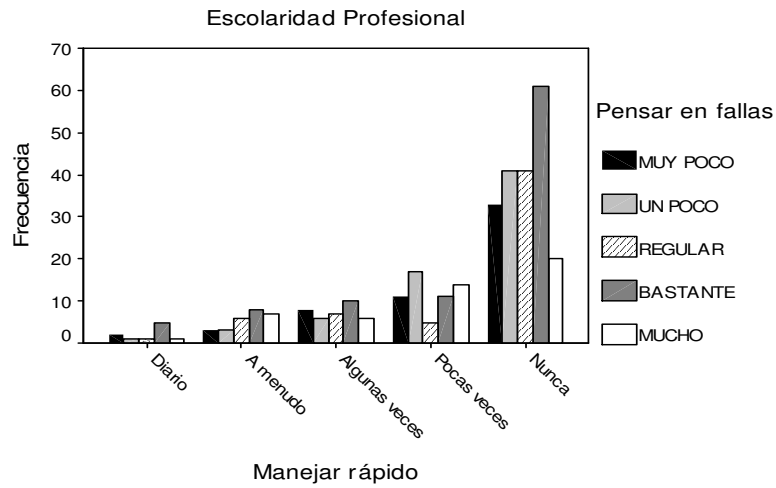


Figura 98. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y pensar en fallas, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 112. Manejar rápido *Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	2.550	3	.466

Tabla 112. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 99

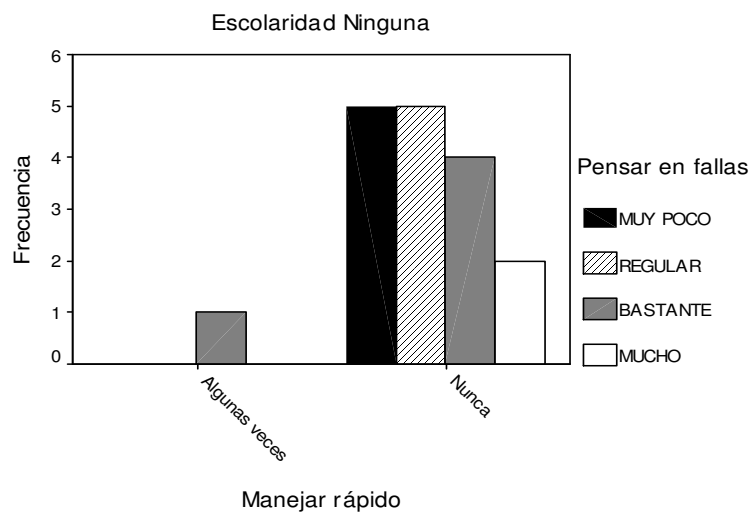


Figura 99. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y pensar en fallas, en personas con escolaridad ninguna.

Luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables manejar rápido y pensar en fallas podemos observar que a excepción de aquellas personas con escolaridad primaria (sig.= .009), en los demás casos: secundaria (sig.= .249), preparatoria (sig.= .162), carrera técnica (sig.= .243), profesional (sig.= .133) y ninguna (sig.= .466); esta relación no tuvo diferencias significativas; por lo tanto exceptuando a las aquellas personas con escolaridad primaria, la mayoría de las personas con una escolaridad distinta no piensan en fallas a menudo en relación a frecuencia en que manejan rápido.

MANEJAR RÁPIDO + SENTIRSE CULPABLE + ESCOLARIDAD

Tabla 113. Manejar rápido *Sentirse culpable *Escolaridad

Crosstab

Count		Sentirse culpable						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Manejar rápido	0	1	1	4	1	8	15
	DIARIO		1		2	1		4
	A MENUDO		1			1	2	4
	ALGUNAS VECES	1		1	4	7	2	15
	POCAS VECES		3	3	6		2	14
	NUNCA		26	44	21	14	8	113
	Total	1	31	48	37	23	14	154
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	Manejar rápido		1	1	1	2	1	5
	DIARIO		1			1		2
	A MENUDO			1	1	2	1	5
	ALGUNAS VECES		3	3	5	3	2	16
	POCAS VECES		4	9	5	2	2	22
	NUNCA		28	20	13	14	15	90
	Total		36	33	24	22	20	135
ESCOLARIDAD PREPARATORIA	Manejar rápido		6	2	1	2		10
	DIARIO		6	2		2		10
	A MENUDO		1		1	1		3
	ALGUNAS VECES			9	4	2	1	16
	POCAS VECES		2	9	5	3	4	23
	NUNCA		35	23	25	19	8	110
	Total		44	43	35	27	13	162
ESCOLARIDAD CARRERA TECNOLÓGICA	Manejar rápido		2	2	6	1	2	13
	DIARIO		2	2	6	1	2	13
	A MENUDO		3	3	5	3	2	16
	ALGUNAS VECES		4	7	11	4		26
	POCAS VECES		4	7	11	4		26
	NUNCA	2	30	25	23	22	24	126
	Total	2	41	37	46	30	28	184
ESCOLARIDAD PROFESIONAL	Manejar rápido		3	1	2	4		10
	DIARIO		3	1	2	4		10
	A MENUDO		4	4	7	3	9	27
	ALGUNAS VECES		6	11	11	1	8	37
	POCAS VECES		15	17	12	12	2	58
	NUNCA		40	50	55	40	11	196
	Total		68	83	87	60	30	328
NINGUNA	Manejar rápido		1	1	1	1		4
	ALGUNAS VECES		1	1	1	1		4
	NUNCA		3	4	3	4	2	16
	Total		3	5	3	4	2	17

Tabla 113. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 114. Manejar rápido *Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		61.243	25

Tabla 114. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad primaria.

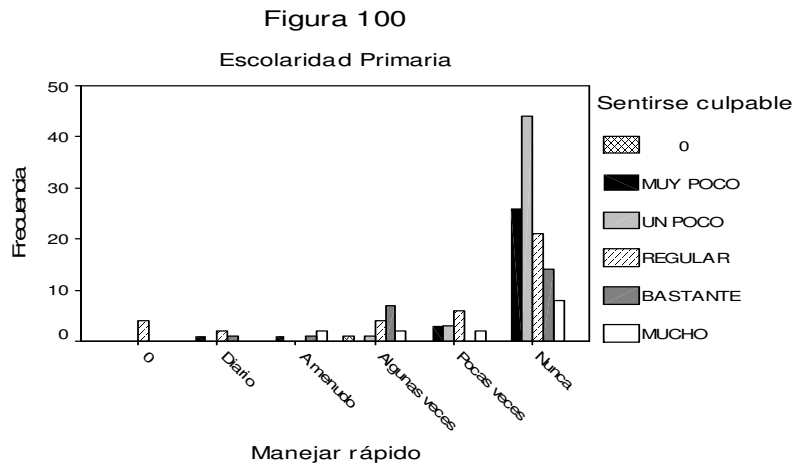


Figura 100. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 115. Manejar rápido *Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	14.658	16	.550

Tabla 115. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

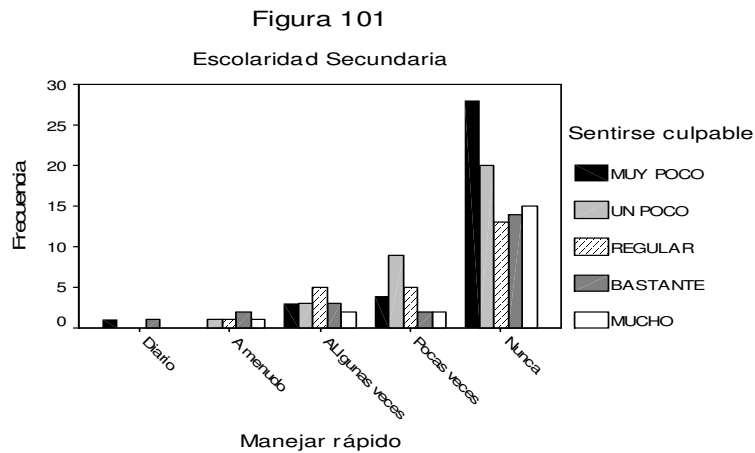


Figura 101. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 116. Manejar rápido *Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	28.228	16	.030

Tabla 116. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

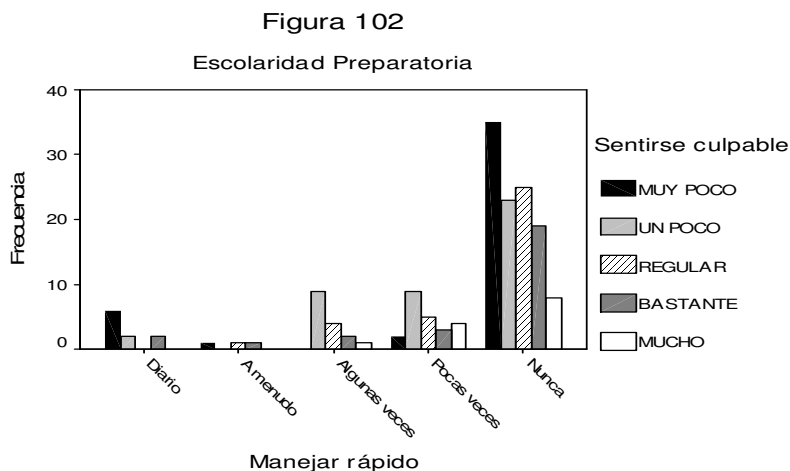


Figura 102. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 117. Manejar rápido *Sentirse culpable *Escolaridad Carrera técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.025	20	.396

Tabla 117. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

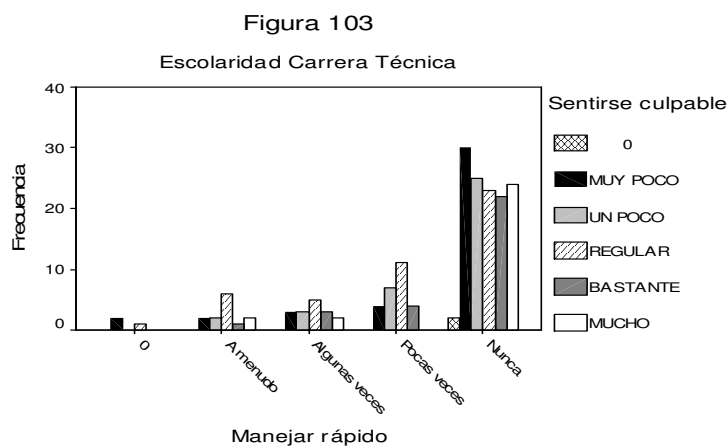


Figura 103. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 118. Manejar rápido *Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	44.094	16	.000

Tabla 118. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 104

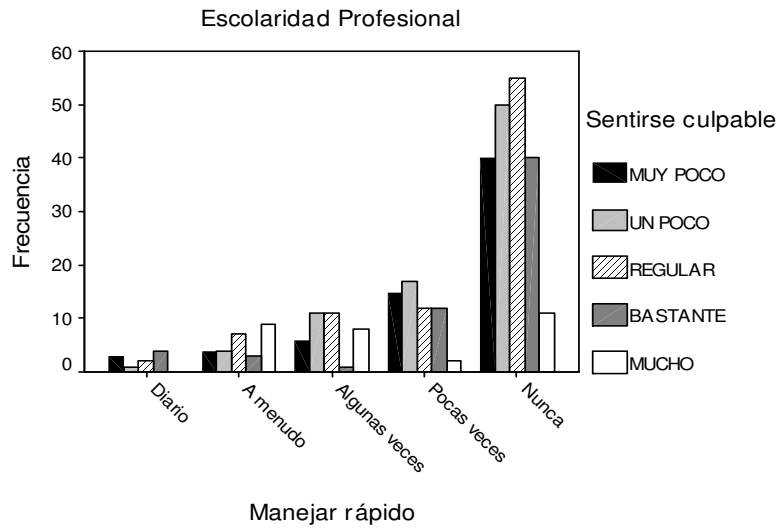


Figura 104. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 119. Manejar rápido *Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	2.550	4	.636

Tabla 119. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 105

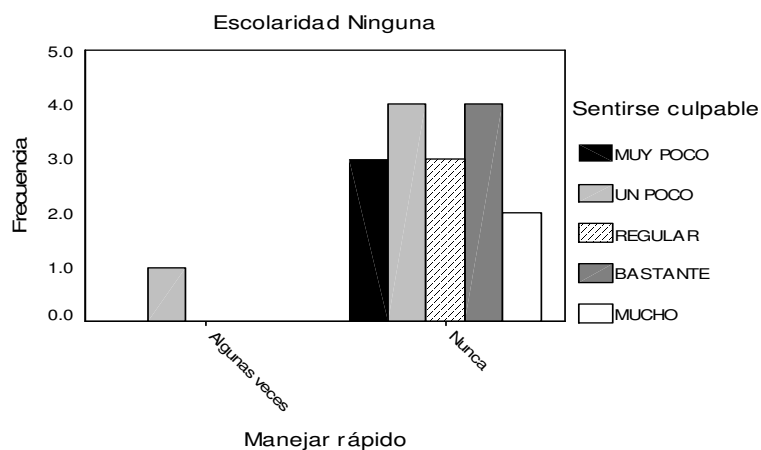


Figura 105. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad, podemos observar que solo en aquellas personas con escolaridad primaria (sig.= .000), preparatoria (sig.= .030) y profesional (sig.= .000), se presenta una diferencia significativa con respecto a esta relación, es decir, las personas con el grado de instrucción mencionado que con mayor frecuencia manejan en forma rápido tienden más a sentirse culpable que aquellas que lo hacen con menor frecuencia.

Mientras que en aquellas personas con escolaridad secundaria (sig.= .550), carrera técnica (sig.=.396) o con ninguna escolaridad (sig.= .636), esta relación no ocurre por lo tanto el manejar rápido no se relación con el sentimiento de culpabilidad.

MANEJAR RÁPIDO * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 120. Manejar rápido *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count		Reprocharse a menudo						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Manejar rápido	0	2		2			4
	DIARIO				3		1	4
	A MENUDO		1		2	1		4
	ALGUNAS VECES		2	6	2	1	4	15
	POCAS VECES		3	4	2	4	1	14
	NUNCA		40	24	29	11	9	113
Total			48	34	40	17	15	154
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	Manejar rápido		1			1		2
	DIARIO			3	1	1		5
	A MENUDO		2	8	2	1	3	16
	ALGUNAS VECES		6	4	6	5	1	22
	POCAS VECES		30	13	25	17	5	90
Total			39	28	34	25	9	135
ESCOLARIDAD PREPARATORIA	Manejar rápido		5	1		2	2	10
	DIARIO		1		1	1		3
	A MENUDO		5	4	3	2	2	16
	ALGUNAS VECES		6	8	4	4	1	23
	POCAS VECES		38	32	15	19	6	110
Total			55	45	23	28	11	162
ESCOLARIDAD CARRERA TECNICA	Manejar rápido	0		2	1			3
	A MENUDO		3	2	5	3		13
	ALGUNAS VECES		5	2	3	5	1	16
	POCAS VECES		8	3	12	3		26
	NUNCA	2	40	19	34	16	15	126
Total		2	56	28	55	27	16	184
ESCOLARIDAD PROFESIONAL	Manejar rápido	DIARIO	2	2	2	4		10
	A MENUDO		6	8	3	5	5	27
	ALGUNAS VECES		10	10	6	4	7	37
	POCAS VECES		20	17	6	11	4	58
	NUNCA	2	55	38	49	39	13	196
Total		2	93	75	66	63	29	328
ESCOLARIDAD NINGUNA	Manejar rápido	ALGUNAS VECES			1			1
	NUNCA		1	5	4	3	3	16
Total			1	5	5	3	3	17

Tabla 120. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 121 Manejar rápido *Reprocharse a menudo *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		29.166	20

Tabla 121. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, sentirse culpable y escolaridad primaria.

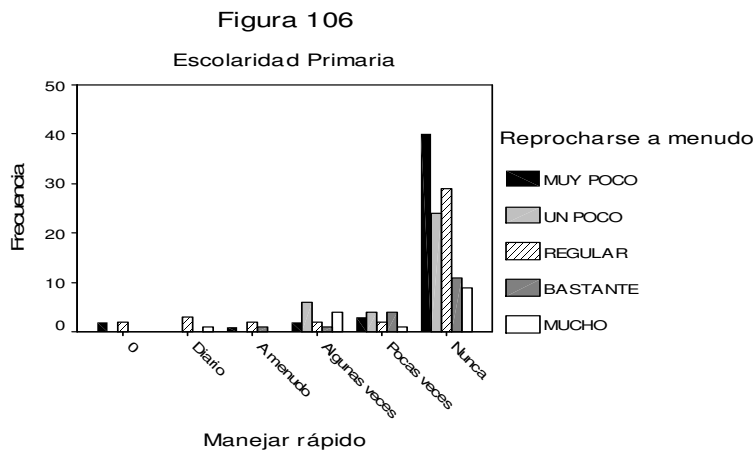


Figura 106. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 122. Manejar rápido *Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.138	16	.067

Tabla 122. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

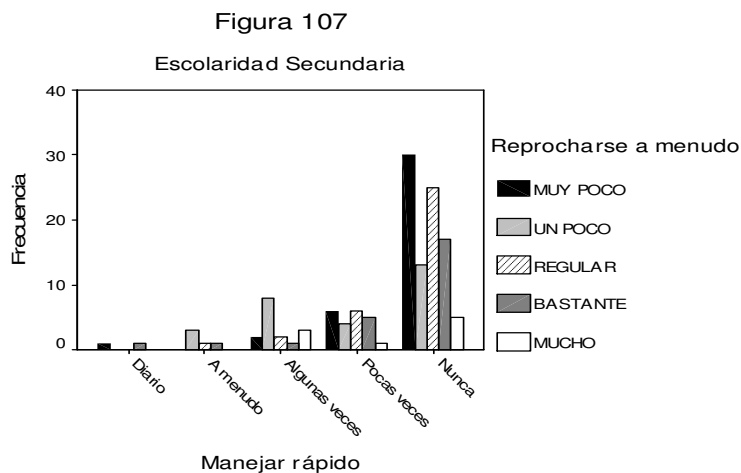


Figura 107. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 123. Manejar rápido *Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	11.065	16	.805

Tabla 123. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

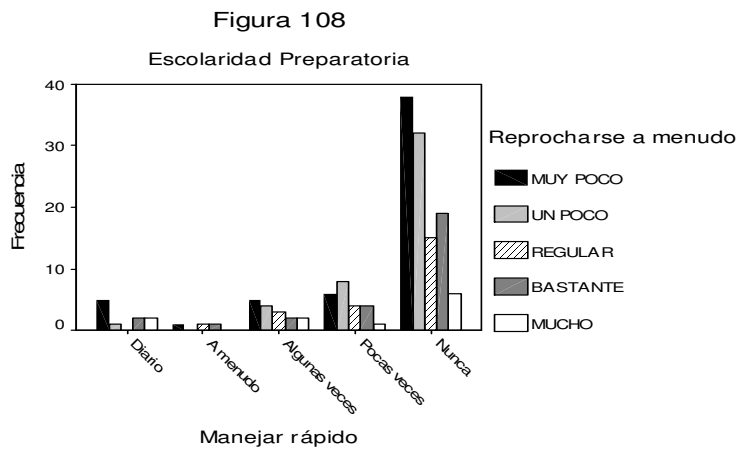


Figura 108. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 124 Manejar rápido *Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.148	20	.388

Tabla 124. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

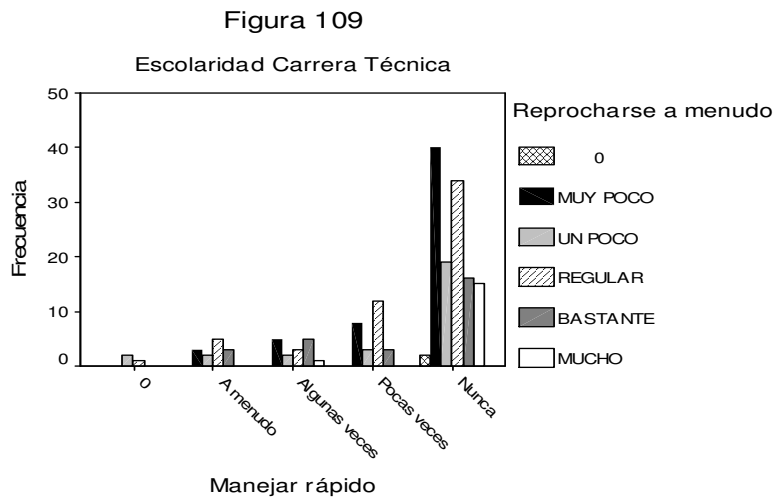


Figura 109. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 125. Manejar rápido *Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.128	20	.197

Tabla 125. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 110

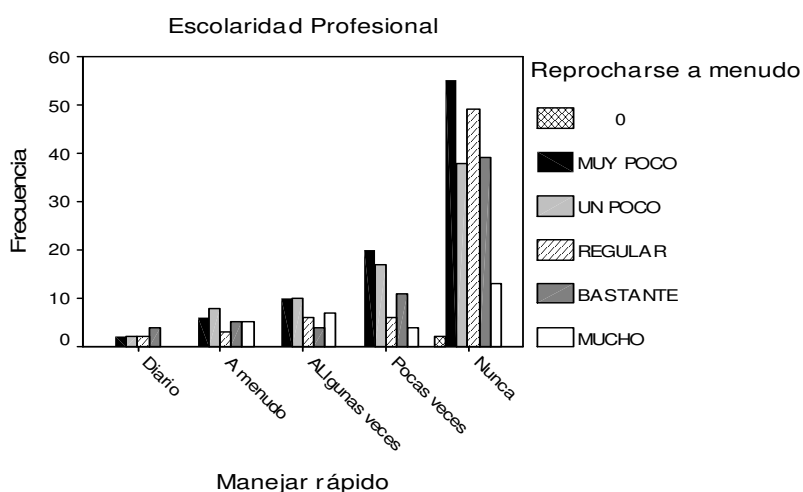


Figura 110. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 126. Manejar rápido *Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	2.550	4	.636

Tabla 126. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables manejar rápido, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 111

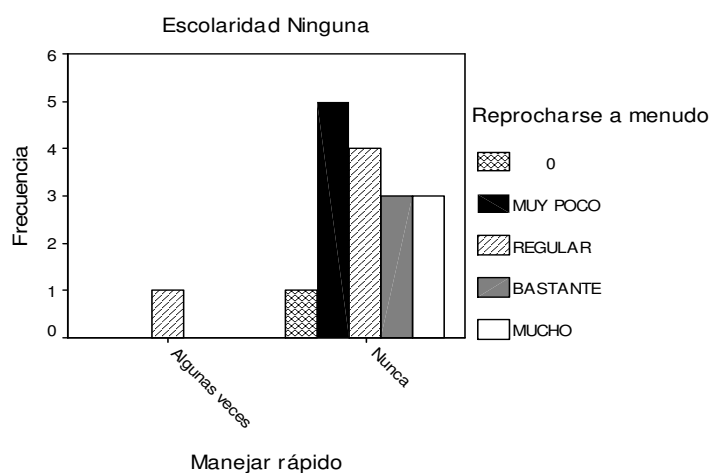


Figura 111. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables manejar rápido y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Por otra parte con respecto a la relación de las variables manejar rápido, reprocharse a menudo y escolaridad, al aplicar la prueba estadística Chi cuadrada los resultados fueron los siguientes: primaria (sig.= .085), secundaria (sig.= .067), preparatoria (sig.= .805), carrera técnica (sig.= .388), profesional (sig.= .197) y ninguna (sig.= .636). Es decir, en ningún caso se presentó una diferencia significativa, por lo tanto podemos decir que no existe relación entre las variables mencionadas, esto nos habla de que el manejar rápido es hasta cierto punto una conducta aceptada razón por la que no provoca reproches posteriores al hacerla.

TOMAR CERVEZA * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 127. Tomar cerveza *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Tomar cerveza	DIARIO		3	1		1	5
		A MENUDO	2	2	1			5
		ALGUNAS VECES	6	4	5	10	7	32
		POCAS VECES	12	16	5	6	6	45
		NUNCA	13	10	17	8	19	67
	Total	33	35	29	24	33	154	
SECUNDARIA	Tomar cerveza	DIARIO	1				4	5
		A MENUDO			1	1		2
		ALGUNAS VECES	6	5	6	15	3	35
		POCAS VECES	3	11	14	11		39
		NUNCA	11	13	11	11	8	54
	Total	21	29	32	38	15	135	
PREPARATORIA	Tomar cerveza	DIARIO	2	1	1		1	5
		A MENUDO	4	8	1	1	6	20
		ALGUNAS VECES	3	7	3	9	7	29
		POCAS VECES	7	9	7	18	8	49
		NUNCA	12	8	18	15	6	59
	Total	28	33	30	43	28	162	
CARRERA TECNICA	Tomar cerveza	0			1			1
		DIARIO				1	2	3
		A MENUDO		3		5	3	11
		ALGUNAS VECES	5	11	10	9	4	39
		POCAS VECES	4	15	12	15	4	50
	NUNCA	11	13	37	9	10	80	
Total	20	42	60	39	23	184		
PROFESIONAL	Tomar cerveza	DIARIO			2	2		4
		A MENUDO	4	8	10	16	1	39
		ALGUNAS VECES	10	18	11	29	9	77
		POCAS VECES	17	28	14	25	24	108
		NUNCA	26	14	23	23	14	100
	Total	57	68	60	95	48	328	
NINGUNA	Tomar cerveza	A MENUDO				1	2	3
		ALGUNAS VECES				2		2
		POCAS VECES	2		4			6
		NUNCA	3		1	2		6
	Total	5		5	5	2	17	

Tabla 127. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 128. Tomar cerveza *Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		27.326	16

Tabla 128. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad primaria.

Figura 112

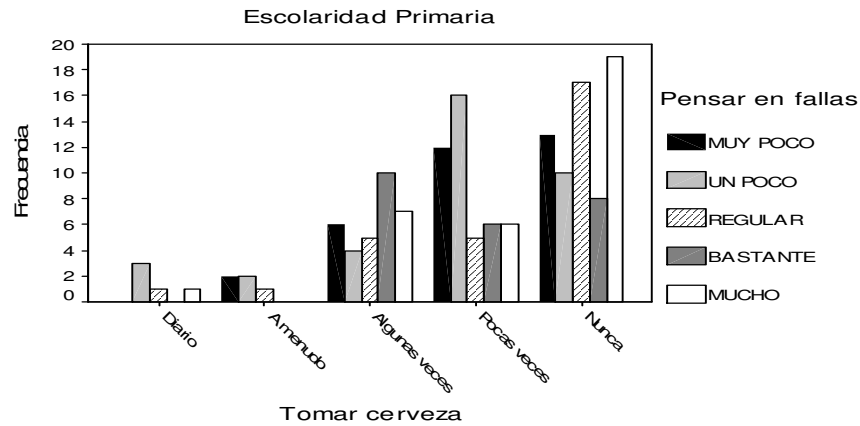


Figura 112. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y pensar en fallas, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 129. Tomar cerveza *Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	43.605	16	.000

Tabla 129. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

Figura 113

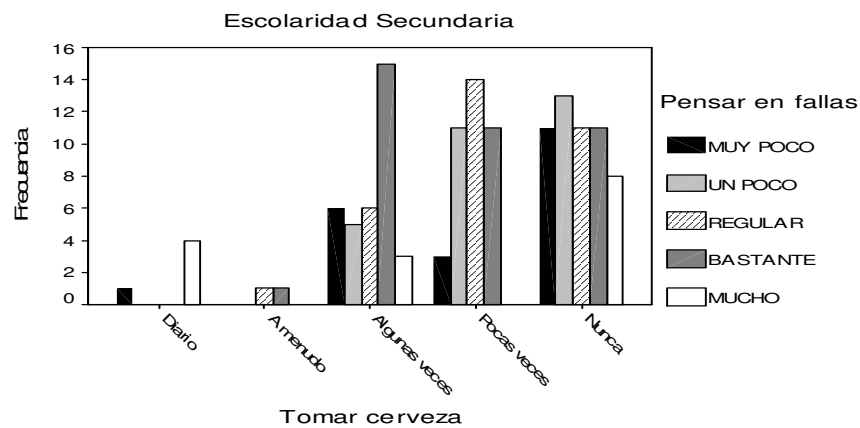


Figura 113. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y pensar en fallas, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 130. Tomar cerveza *Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	27.890	16	.033

Tabla 130. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

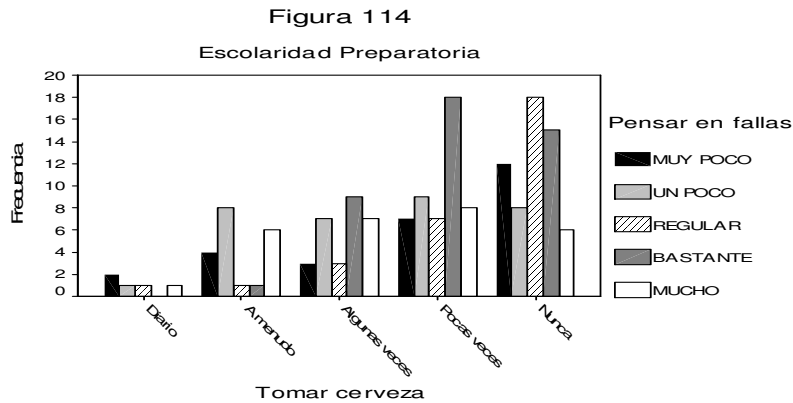


Figura 114. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y pensar en fallas, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 131. Tomar cerveza *Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	38.298	20	.008

Tabla 131. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

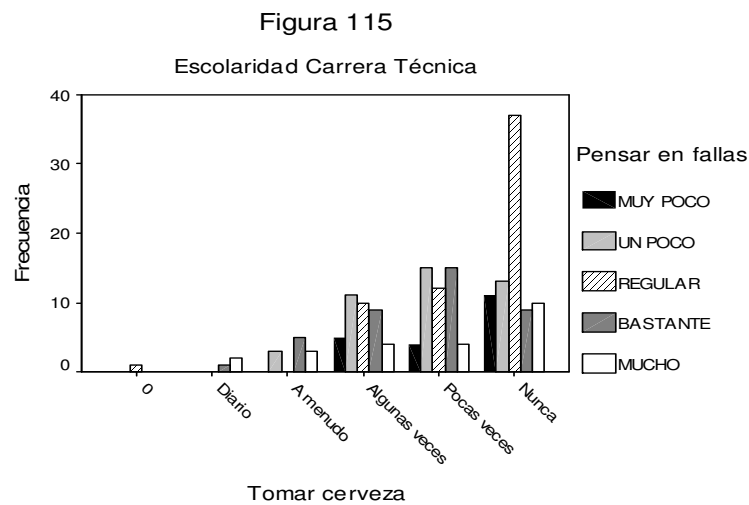


Figura 115. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y pensar en fallas, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 132. Tomar cerveza *Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	34.999	16	.004

Tabla 132. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 116

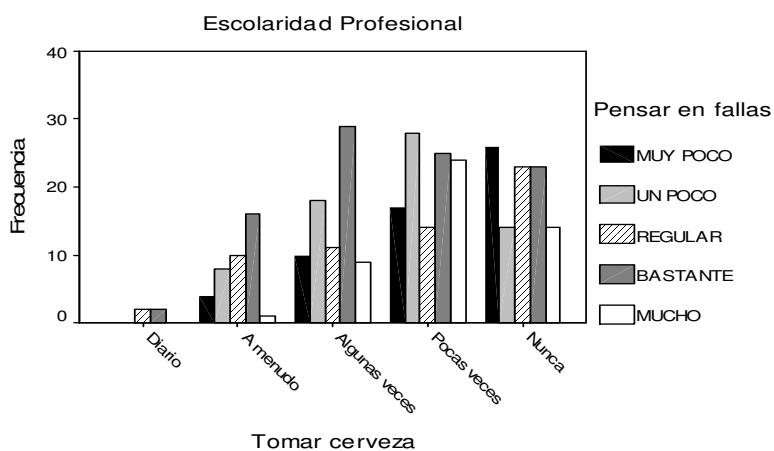


Figura 116. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y pensar en fallas, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 133. Tomar cerveza * Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.533	9	.010

Tabla 133. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 117

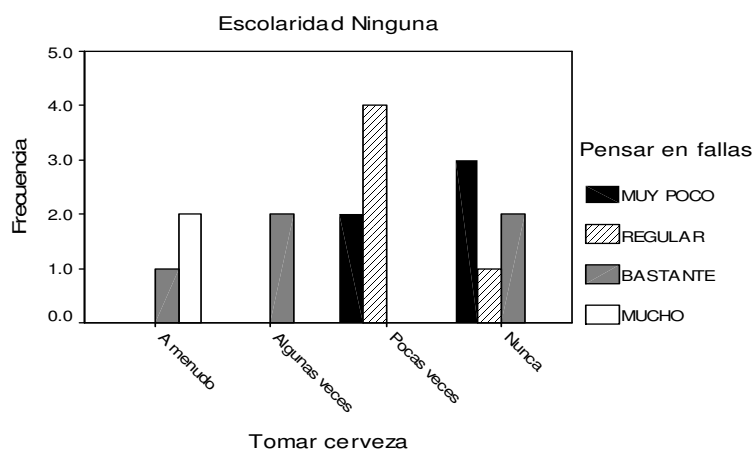


Figura 117. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y pensar en fallas, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, a la relación de las variables tomar cerveza, pensar en fallas y escolaridad los resultados obtenidos son los siguientes: primaria (sig.= .038), secundaria (sig.= .000), preparatoria (sig.= .033), carrera técnica (sig.= .008), profesional (sig.= .004) y ninguna (sig.= .010). Como podemos observar en todos los casos se presenta una diferencia significativa, por lo tanto, podemos decir que la frecuencia en las personas que consumen cerveza influye fuertemente en que piensen en fallas, de esta manera, si la frecuencia del consumo de cerveza es menor los pensamientos de falla también son menos frecuentes, o viceversa.

TOMAR CERVEZA * SENTIRSE CULPABLE * ESCOLARIDAD

Tabla 134. Tomar cerveza *Sentirse Culpable *Escaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Tomar cerveza	DIARIO		2		3			5
		A MENUDO		2		2	1		5
		ALGUNAS VECES	1	7	11	5	4	4	32
		POCAS VECES		3	15	15	9	3	45
		NUNCA		17	22	12	9	7	67
	Total		1	31	48	37	23	14	154
SECUNDARIA	Tomar cerveza	DIARIO		1			1	3	5
		A MENUDO					1	1	2
		ALGUNAS VECES		9	5	5	7	9	35
		POCAS VECES		9	14	9	5	2	39
		NUNCA		17	14	10	8	5	54
	Total			36	33	24	22	20	135
PREPARATORIA	Tomar cerveza	DIARIO		2			2	1	5
		A MENUDO		6	7	2	3	2	20
		ALGUNAS VECES		1	10	9	6	3	29
		POCAS VECES		12	17	12	7	1	49
		NUNCA		23	9	12	9	6	59
	Total			44	43	35	27	13	162
CARRERA TECNICA	Tomar cerveza	DIARIO			1				1
		A MENUDO			2	1			3
		ALGUNAS VECES		3	3	4		1	11
		POCAS VECES		6	8	13	10	2	39
		NUNCA		10	6	10	13	11	50
	Total	2	22	17	18	7	14	80	
	Total	2	41	37	46	30	28	184	
PROFESIONAL	Tomar cerveza	DIARIO			1			3	4
		A MENUDO		9	13	13	2	2	39
		ALGUNAS VECES		10	23	27	15	2	77
		POCAS VECES		30	24	22	20	12	108
		NUNCA		19	22	25	23	11	100
	Total		68	83	87	60	30	328	
NINGUNA	Tomar cerveza	A MENUDO			1			2	3
		ALGUNAS VECES				2			2
		POCAS VECES		1	4	1			6
		NUNCA		2			4		6
	Total		3	5	3	4	2	17	

Tabla 134. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 135. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		24.547	20

Tabla 135. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad primaria.

Figura 118

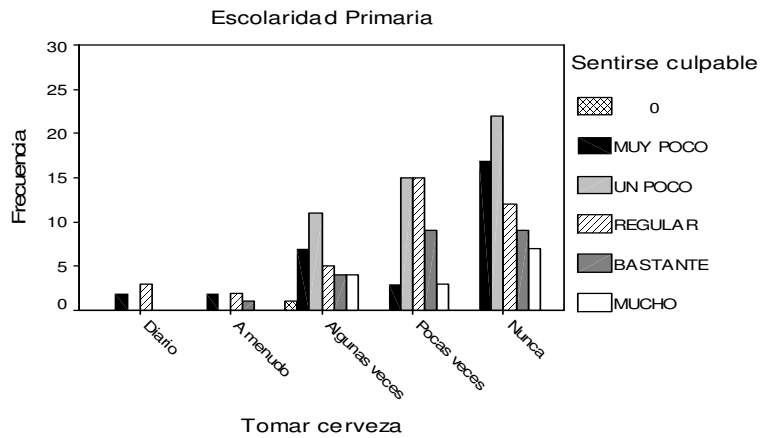


Figura 118. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 136. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.790	16	.057

Tabla 136. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

Figura 119

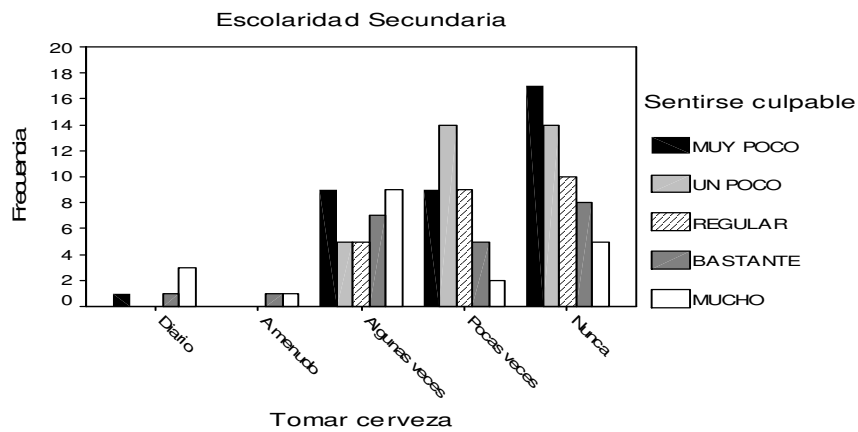


Figura 119. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 137. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.794	16	.057

Tabla 137. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

Figura 120

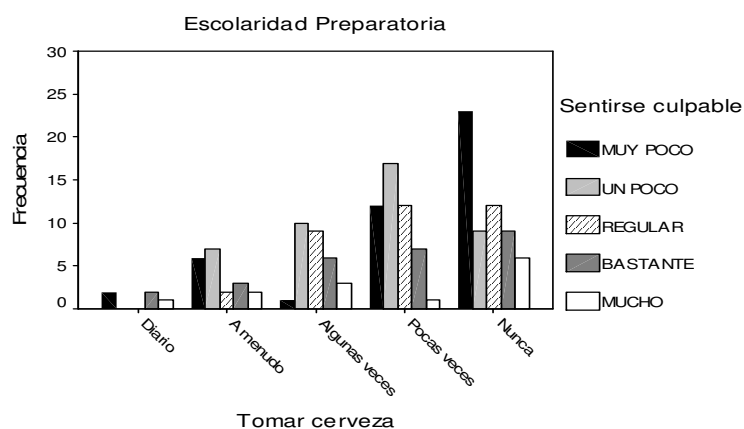


Figura 120. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 138. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	32.093	25	.155

Tabla 138. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

Figura 121

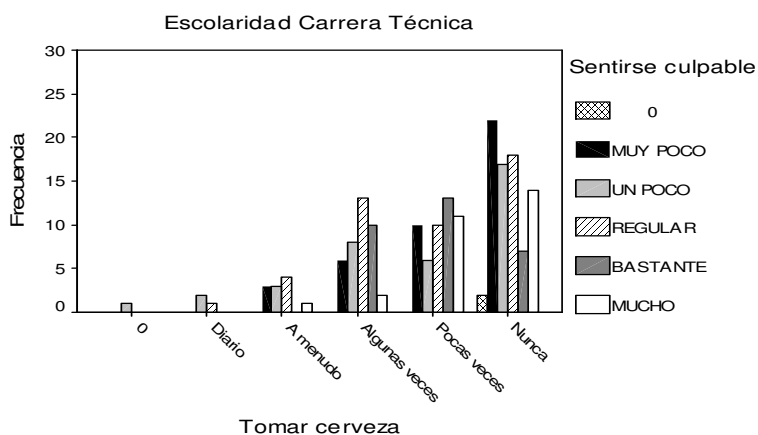


Figura 121. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 139. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	43.643	16	.000

Tabla 139. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 122

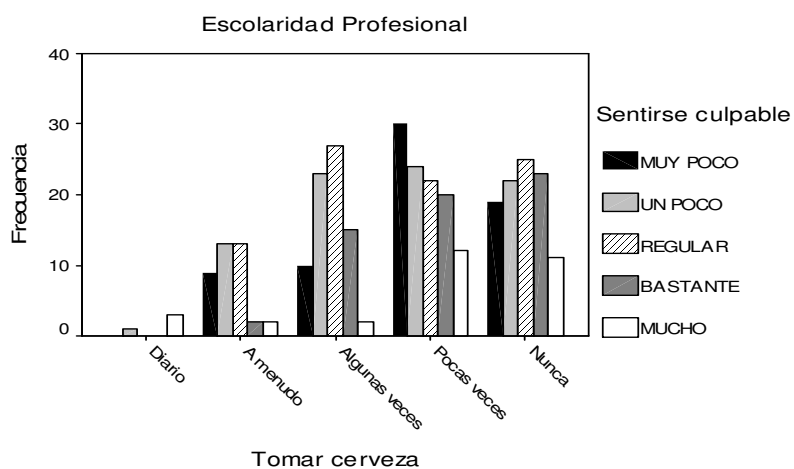


Figura 122. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 140. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	32.867	12	.001

Tabla 140. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 123

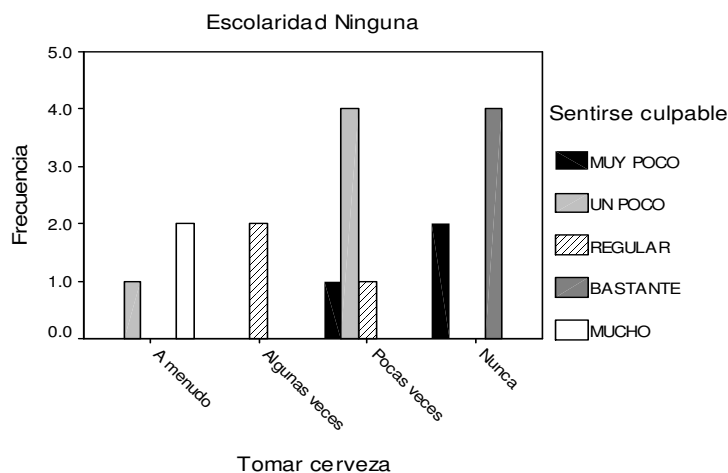


Figura 123. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Con respecto a las variables tomar cerveza, sentirse culpable y escolaridad, al aplicar la prueba estadística Chi cuadrada, pudimos observar que a excepción de aquellas personas con escolaridad profesional (sig.=.000) y ninguna (sig.= .001), en los cuales si se presentó una diferencia significativa, es decir, si existe una relación entre esta variables, por lo que la frecuencia en que ingieren cerveza influye en el grado de culpabilidad que pudieran experimentar; en el caso de las personas con escolaridad primaria (sig.= .219), secundaria (sig.= .057), preparatoria (sig.= .057) y carrera técnica (sig.= .155), esta situación no ocurrió por lo que podemos decir que no existe relación entre la frecuencia en que beben cerveza y un sentimiento de culpabilidad.

TOMAR CERVEZA * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 141. Tomar cerveza *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Tomar cerveza	DIARIO			2	3			5
		A MENUDO		2	2		1		5
		ALGUNAS VECES		7	3	9	5	8	32
		POCAS VECES		13	13	10	7	2	45
		NUNCA		26	14	18	4	5	67
	Total		48	34	40	17	15	154	
ESCOLARIDAD SECUNDARIA	Tomar cerveza	DIARIO		1			4		5
		A MENUDO			1		1		2
		ALGUNAS VECES		10	3	11	8	3	35
		POCAS VECES		14	9	7	7	2	39
		NUNCA		14	15	16	5	4	54
	Total		39	28	34	25	9	135	
ESCOLARIDAD PREPARATORIA	Tomar cerveza	DIARIO		3		1		1	5
		A MENUDO		7	7	1	2	3	20
		ALGUNAS VECES		5	10	5	7	2	29
		POCAS VECES		21	10	10	6	2	49
		NUNCA		19	18	6	13	3	59
	Total		55	45	23	28	11	162	
ESCOLARIDAD CARRERA TECNICA	Tomar cerveza	0					1		1
		DIARIO				3			3
		A MENUDO		3	2	5	1		11
		ALGUNAS VECES		11	9	10	6	3	39
		POCAS VECES		10	12	15	7	6	50
	Total	2	32	5	22	12	7	80	
	Total	2	56	28	55	27	16	134	
ESCOLARIDAD PROFESIONAL	Tomar cerveza	DIARIO		2	1		1		4
		A MENUDO		10	11	6	8	4	39
		ALGUNAS VECES		13	25	17	20	2	77
		POCAS VECES		43	17	17	21	10	108
		NUNCA	2	25	21	26	13	13	100
	Total	2	93	75	66	63	29	328	
NINGUNA	Tomar cerveza	A MENUDO				1		2	3
		ALGUNAS VECES				2			2
		POCAS VECES	1	3		1		1	6
		NUNCA		2		1	3		6
	Total	1	5		5	3	3	17	

Tabla 141. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 142. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		26.723	16

Tabla 142. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

Figura 124

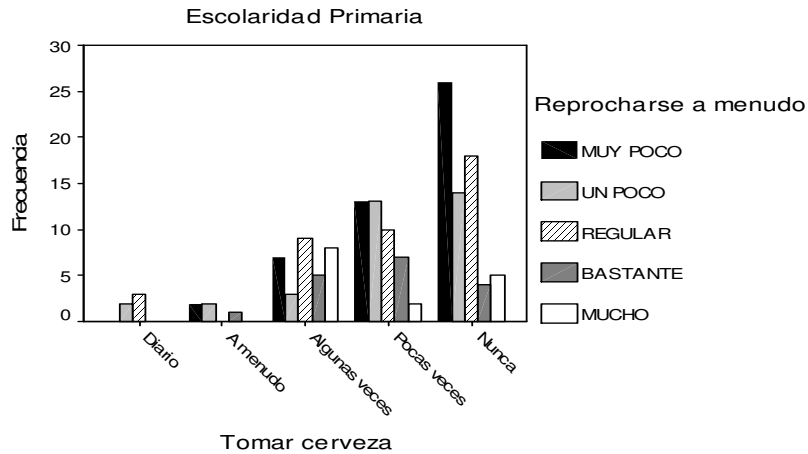


Figura 124. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 143. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.815	16	.057

Tabla 143. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

Figura 125

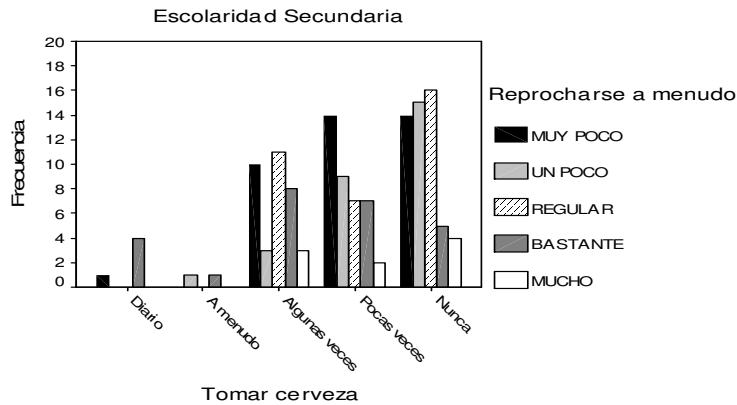


Figura 125. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 144. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.253	16	.256

Tabla 144. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

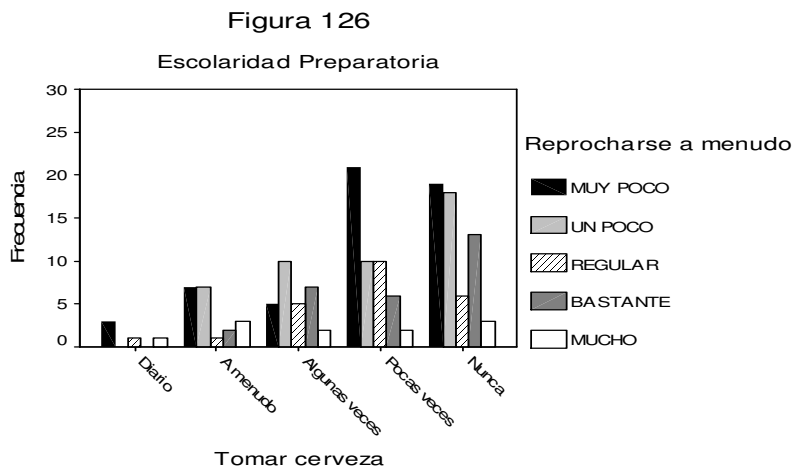


Figura 126. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 145. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	31.288	25	180

Tabla 145. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

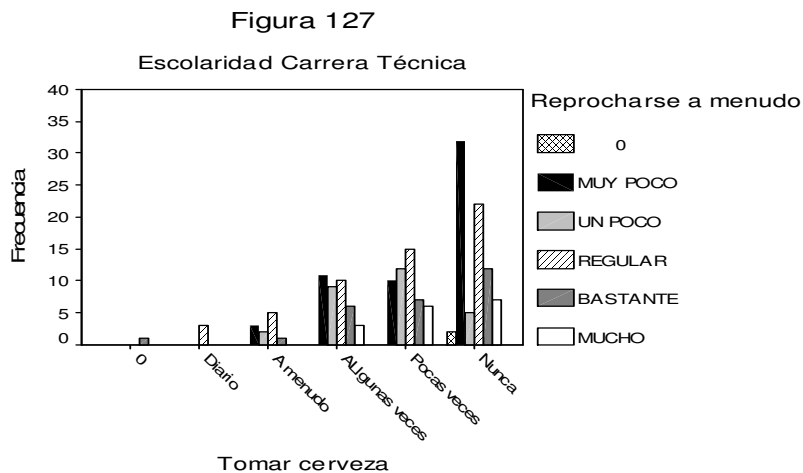


Figura 127. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 146. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	34.342	20	.024

Tabla 146. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 128

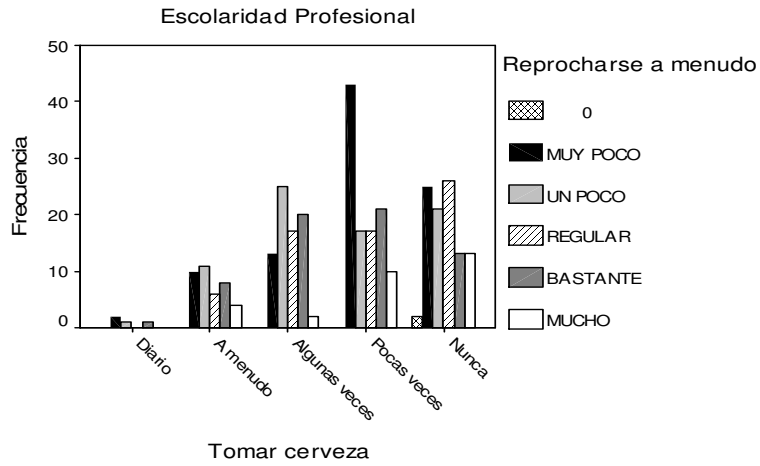


Figura 128. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 147. Tomar cerveza * Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.267	12	.082

Tabla 147. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 129

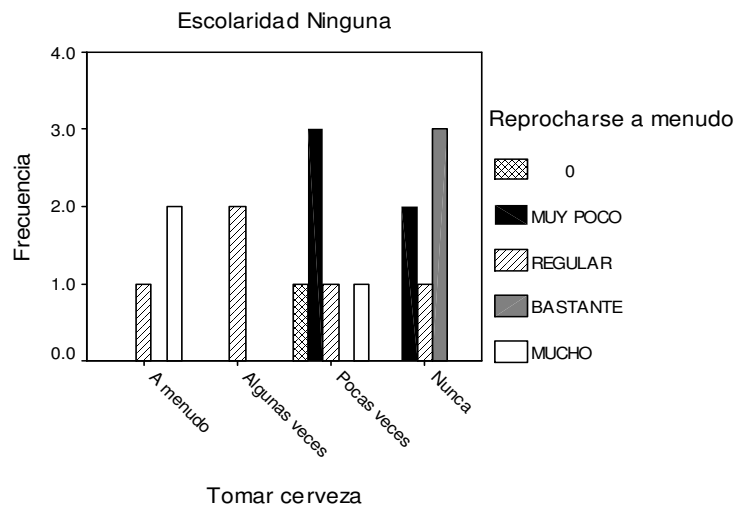


Figura 129. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar cerveza y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables tomar cerveza, reprocharse a menudo y escolaridad, podemos observar que solo en aquellas personas con escolaridad primaria (sig.= .045) y profesional (sig.= .024), se presenta una diferencia significativa con respecto a esta relación, es decir, las personas con el grado de instrucción mencionado que con mayor frecuencia ingieren cerveza tienden más a reprocharse cotidianamente, que aquellas que lo hacen con menor frecuencia.

Mientras que en aquellas personas con escolaridad secundaria (sig.= .057), preparatoria (sig.= .256), carrera técnica (sig.=.180) o con ninguna escolaridad (sig.= .082), esta relación no ocurre por lo tanto el consumir cerveza no se relaciona con la conducta de reprocharse a menudo.

TOMAR VINO * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 148. Tomar vino *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
ESCOLARIDAD			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Tomar vino	DIARIO		2				2
		A MENUDO	3		1			4
		ALGUNAS VECES	2	7	6	1	6	22
		POCAS VECES	10	18	6	17	15	66
		NUNCA	18	8	16	6	12	60
	Total	33	35	29	24	33	154	
SECUNDARIA	Tomar vino	DIARIO	1				1	2
		A MENUDO	1	1	1	2		5
		ALGUNAS VECES	3	8	11	5	3	30
		POCAS VECES	8	10	6	15	3	42
		NUNCA	8	10	14	16	8	56
	Total	21	29	32	38	15	135	
PREPARATORIA	Tomar vino	DIARIO		1	1		2	4
		A MENUDO	2	4	1	1	6	14
		ALGUNAS VECES	4	7	3	9	4	27
		POCAS VECES	10	13	11	16	8	58
		NUNCA	12	8	14	17	8	59
	Total	28	33	30	43	28	162	
CARRERA TECNICA	Tomar vino	DIARIO				1		1
		A MENUDO		2	1			3
		ALGUNAS VECES	8	12	3	9	9	41
		POCAS VECES	2	11	26	16	8	63
		NUNCA	10	17	30	13	6	76
	Total	20	42	60	39	23	184	
PROFESIONAL	Tomar vino	DIARIO	1		2	3	1	7
		A MENUDO	2	1	7	3	4	17
		ALGUNAS VECES	13	12	7	25	6	63
		POCAS VECES	16	33	18	39	26	132
		NUNCA	25	22	26	25	11	109
	Total	57	68	60	95	48	328	
NINGUNA	Tomar vino	ALGUNAS VECES				2	2	4
		POCAS VECES	3					3
		NUNCA	2		5	3		10
	Total	5		5	5	2	17	

Tabla 148. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 149. Tomar vino * Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		37.068	16

Tabla 149. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad primaria.

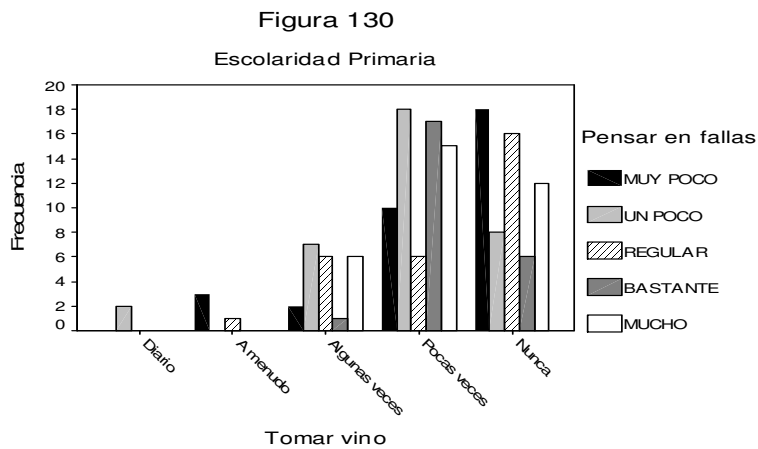


Figura 130. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y pensar en fallas, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 150. Tomar vino * Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	15.561	16	.484

Tabla 150. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

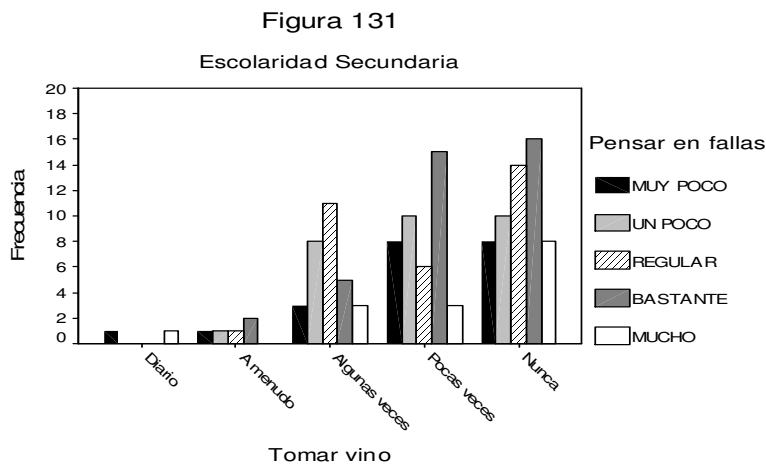


Figura 131. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y pensar en fallas, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 151. Tomar vino * Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	18.701	16	.284

Tabla 151. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

Figura 132

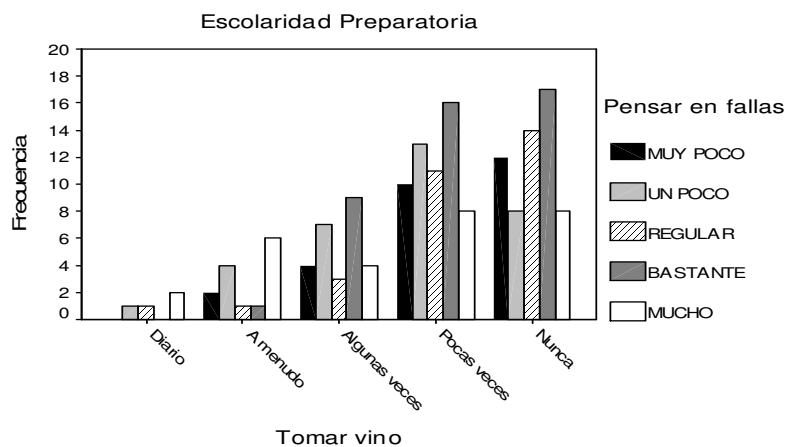


Figura 132. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y pensar en fallas, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 152. Tomar vino * Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	31.691	16	.011

Tabla 152. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

Figura 133

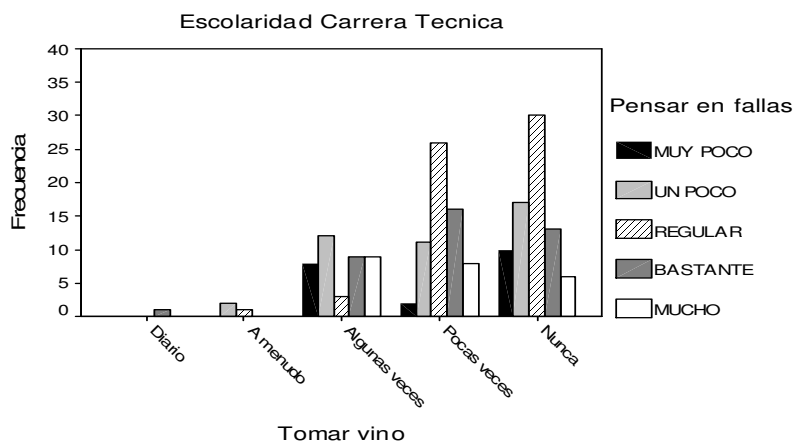


Figura 133. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y pensar en fallas, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 153. Tomar vino * Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	30.736	16	.015

Tabla 153. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 134

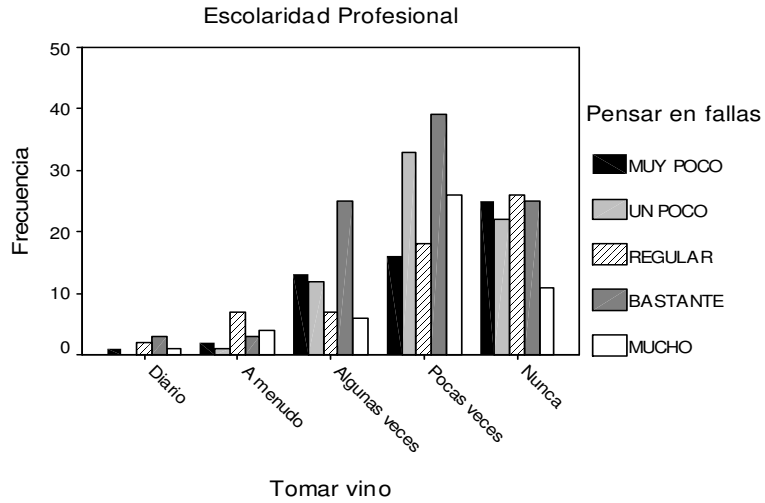


Figura 134. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y pensar en fallas, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 154. Tomar vino * Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	18.020	6	.006

Tabla 154. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 135

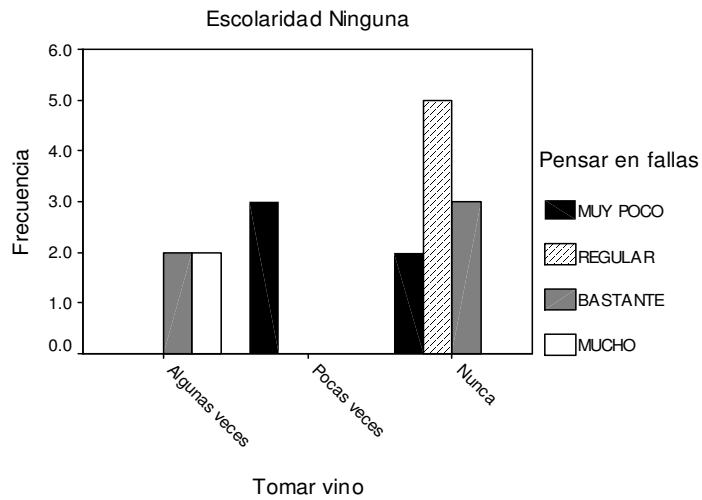


Figura 135. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y pensar en fallas, en personas con escolaridad ninguna.

Luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, a la relación de las variables tomar vino, pensar en fallas y escolaridad, podemos observar que a excepción de aquellas personas con escolaridad secundaria (sig.= .484) y preparatoria (sig.= .284), en los que no se presentaron diferencias significativas, en el caso de personas con escolaridad primaria (sig.= .002), carrera técnica (sig.= .011), profesional (sig.= .015) y ninguna (sig.= .006), esta relación si se presentó, es decir la frecuencia con la que consumen vino influye en la intensidad con que experimentan pensamientos de fallas.

TOMAR VINO * SENTIRSE CULPABLE * ESCOLARIDAD

Tabla 155. Tomar vino *Sentirse culpable *Escaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable						Total
ESCOLARIDAD			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Tomar vino	DIARIO		2					2
		A MENUDO		3		1			4
		ALGUNAS VECES		6	6	3	4	3	22
		POCAS VECES	1	5	21	20	12	7	66
		NUNCA		15	21	13	7	4	60
	Total		1	31	48	37	23	14	154
SECUNDARIA	Tomar vino	DIARIO		1			1		2
		A MENUDO			1		3	1	5
		ALGUNAS VECES		9	7	7	3	4	30
		POCAS VECES		7	14	8	6	7	42
		NUNCA		19	11	9	9	8	56
	Total			36	33	24	22	20	135
PREPARATORIA	Tomar vino	DIARIO					2	2	4
		A MENUDO		4	5	2	1	2	14
		ALGUNAS VECES		5	6	5	7	4	27
		POCAS VECES		14	22	13	9		58
		NUNCA		21	10	15	8	5	59
	Total			44	43	35	27	13	162
CARRERA TECNICA	Tomar vino	DIARIO				1			1
		A MENUDO				2	1		3
		ALGUNAS VECES	2	8	9	7	10	5	41
		POCAS VECES		8	14	18	12	11	63
		NUNCA		25	14	18	7	12	76
	Total		2	41	37	46	30	28	184
PROFESIONAL	Tomar vino	DIARIO		2	1	2		2	7
		A MENUDO		3	2	5	2	5	17
		ALGUNAS VECES		9	21	23	7	3	63
		POCAS VECES		31	33	32	27	9	132
		NUNCA		23	26	25	24	11	109
	Total			68	83	87	60	30	328
NINGUNA	Tomar vino	ALGUNAS VECES				2		2	4
		POCAS VECES		1	2				3
		NUNCA		2	3	1	4		10
	Total			3	5	3	4	2	17

Tabla 155. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 156. Tomar vino * Sentirse culpable *Escaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		28.593	20

Tabla 156. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, sentirse culpable y escolaridad primaria.

Figura 136

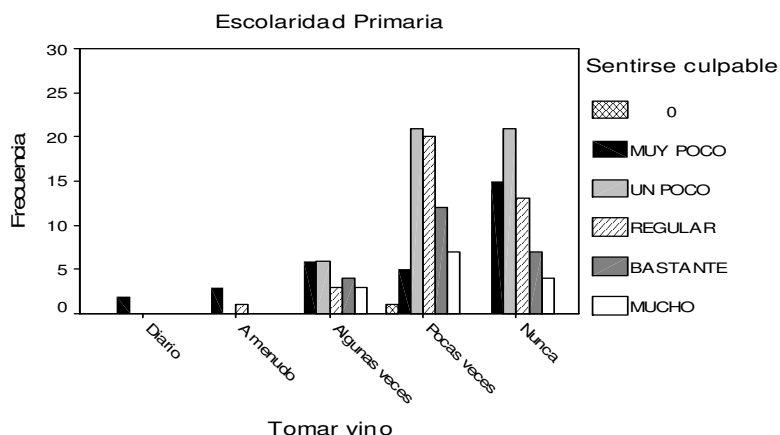


Figura 136. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 157. Tomar vino * Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	17.504	16	.354

Tabla 157. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

Figura 137

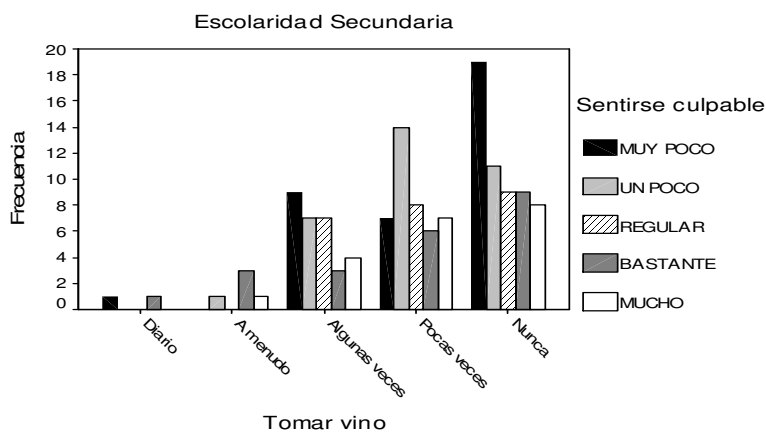


Figura 137. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 158. Tomar vino * Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	32.792	16	.008

Tabla 158. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

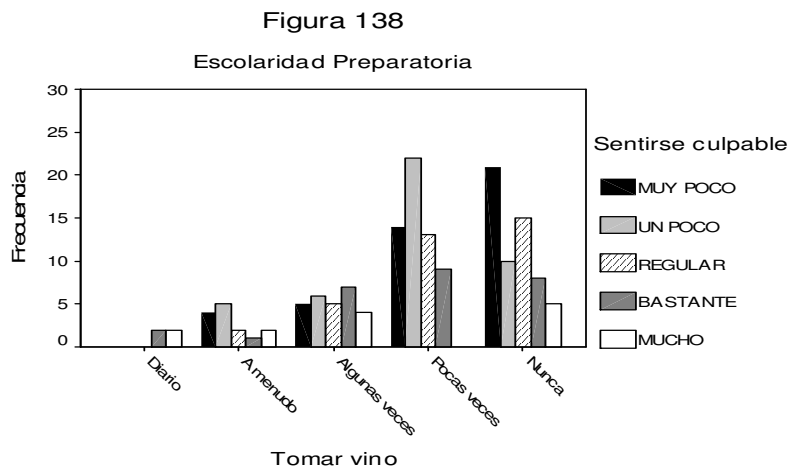


Figura 138. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 159. Tomar vino * Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	27.362	20	.125

Tabla 159. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

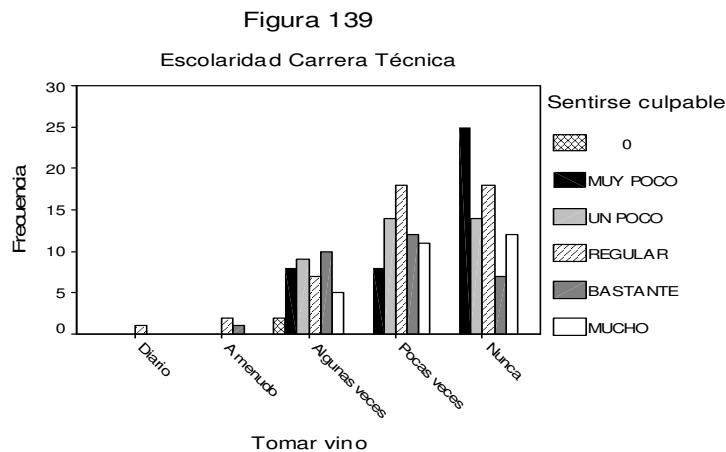


Figura 139. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 160. Tomar vino * Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	25.877	16	.056

Tabla 160. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 140

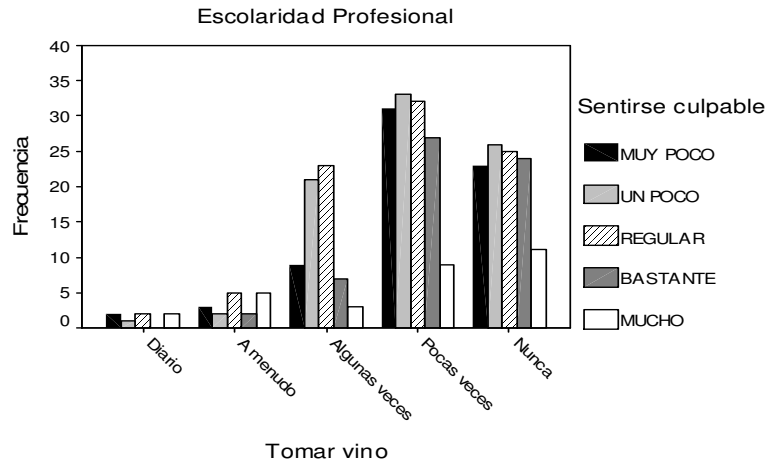


Figura 140. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 161. Tomar vino * Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	16.282	8	.039

Tabla 161. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 141

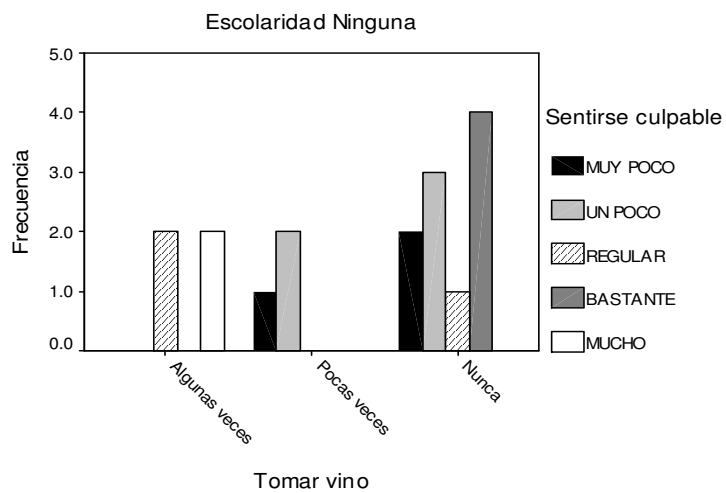


Figura 141. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación tomar vino, sentirse culpable y escolaridad, se obtuvieron los siguientes resultados: las personas con escolaridad preparatoria (sig.= .008) y ninguna (sig.= .039) mostraron diferencias significativas, es decir, la frecuencia con la que consumen vino influye en la intensidad con la que se sienten culpables, por otra parte en las personas con escolaridad primaria (sig.= .096), secundaria (sig.= .354), carrera técnica (sig.= .125), y profesional (sig.= .056), esta relación no se presenta, lo que significa que la frecuencia con la que consumen vino no influye para que ellos experimenten sentimientos de culpabilidad.

TOMAR VINO * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 162. Tomar vino *Reprocharse a menudo *Escaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Tomar vino	DIARIO			2				2
		A MENUDO		3		1			4
		ALGUNAS VECES		3	7	4	5	3	22
		POCAS VECES		11	16	20	9	10	66
		NUNCA		31	9	15	3	2	60
	Total		48	34	40	17	15	154	
SECUNDARIA	Tomar vino	DIARIO		1			1		2
		A MENUDO				1	3	1	5
		ALGUNAS VECES		10	8	6	4	2	30
		POCAS VECES		13	11	6	12		42
		NUNCA		15	9	21	5	6	56
	Total		39	28	34	25	9	135	
PREPARATORIA	Tomar vino	DIARIO		1		1		2	4
		A MENUDO		1	6	2	2	3	14
		ALGUNAS VECES		9	2	6	6	4	27
		POCAS VECES		28	12	10	7	1	58
		NUNCA		16	25	4	13	1	59
	Total		55	45	23	28	11	162	
CARRERA TECNICA	Tomar vino	DIARIO				1			1
		A MENUDO		1		1	1		3
		ALGUNAS VECES	2	7	9	14	5	4	41
		POCAS VECES		12	9	22	12	8	63
		NUNCA		36	10	17	9	4	76
	Total	2	56	28	55	27	16	184	
PROFESIONAL	Tomar vino	DIARIO		4	1	2			7
		A MENUDO		2	4		5	6	17
		ALGUNAS VECES		17	16	10	16	4	63
		POCAS VECES	2	43	28	27	24	8	132
		NUNCA		27	26	27	18	11	109
	Total	2	93	75	66	63	29	328	
NINGUNA	Tomar vino	ALGUNAS VECES				2		2	4
		POCAS VECES		2		1			3
		NUNCA	1	3		2	3	1	10
	Total	1	5		5	3	3	17	

Tabla 162. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 163. Tomar vino * Reprocharse a menudo *Escaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		39.374	16

Tabla 163. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

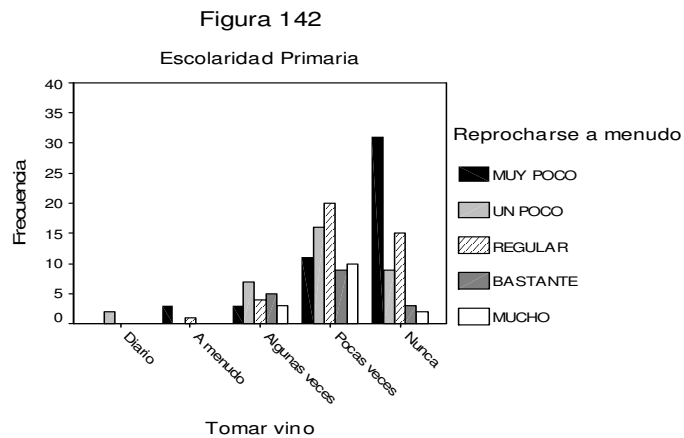


Figura 142. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 164. Tomar vino * Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	28.354	16	.029

Tabla 164. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

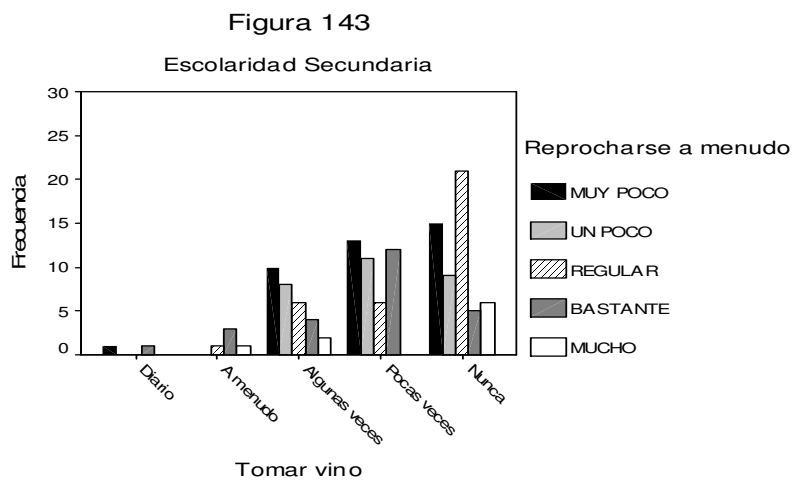


Figura 143. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 165. Tomar vino * Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	48.714	16	.000

Tabla 165. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

Figura 144

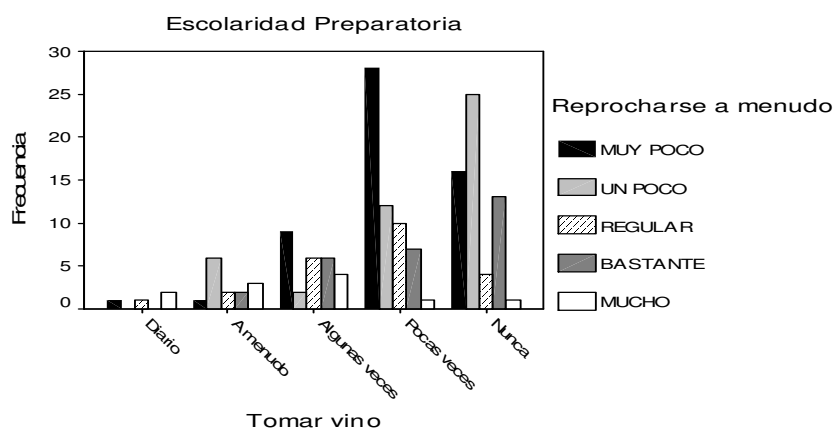


Figura 144. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 166. Tomar vino * Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	30.351	20	.064

Tabla 166. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

Figura 145

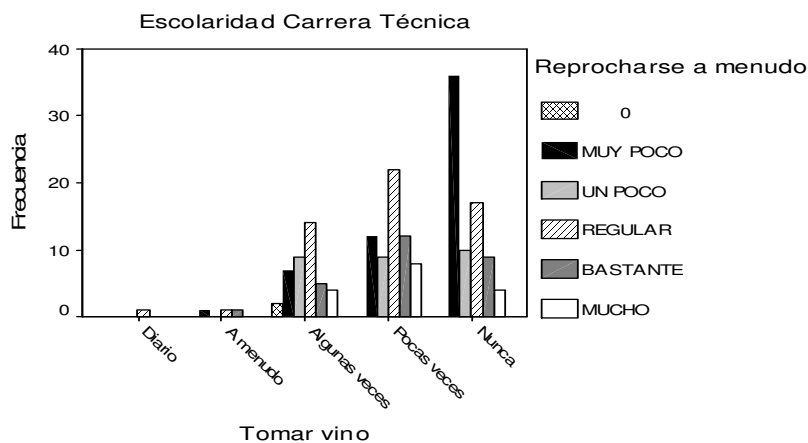


Figura 145. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 167. Tomar vino * Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	33.923	20	.027

Tabla 167. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 146

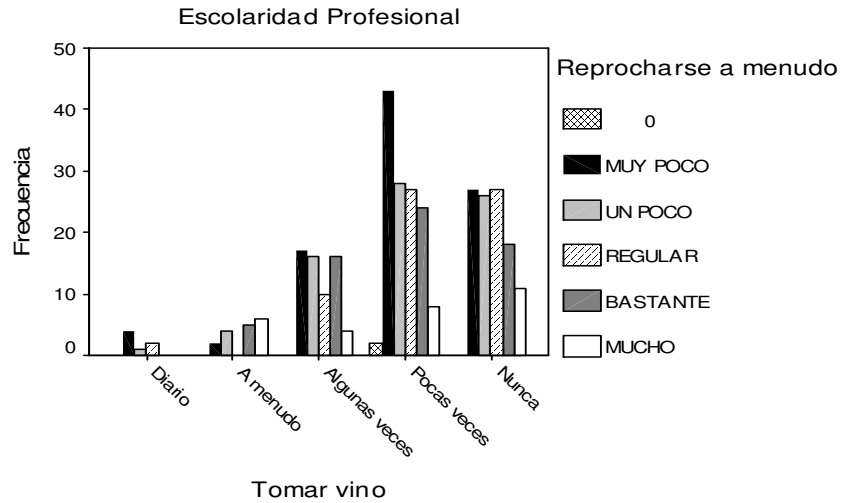


Figura 146. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 168. Tomar vino * Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	9.520	8	.300

Tabla 168. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 147

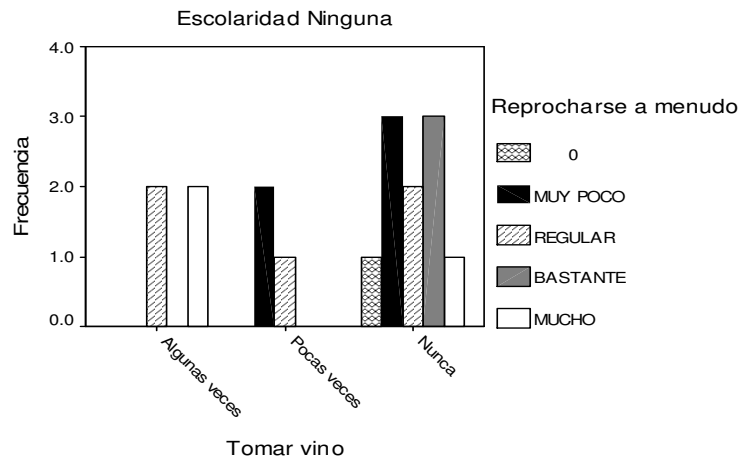


Figura 147. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar vino y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Con respecto a la relación de las variables tomar vino, reprocharse a menudo y escolaridad al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada obtuvimos los siguientes resultados: a excepción de las personas con escolaridad carrera técnica (sig.= .064) y ninguna (sig.= .300), en las cuales no encontramos diferencias significativas; en el caso de las personas con escolaridad primaria (sig.=.001), secundaria (sig.= .029), preparatoria (sig.= .000) y profesional (sig.= .027), si se encontraron diferencias significativas, lo que nos indica que existe una relación entre las variables mencionadas, es decir, para las personas con estas escolaridades la frecuencia con la que consumen vino influye en la intensidad con la que frecuentemente se reprochan a si mismas.

TOMAR TEQUILA * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 169. Tomar tequila *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total
ESCOLARIDAD			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
PRIMARIA	Tomar tequila	DIARIO		2				2
		A MENUDO	2	1			3	6
		ALGUNAS VECES		11	6	4	4	25
		POCAS VECES	15	10	5	14	14	58
		NUNCA	16	11	18	6	12	63
	Total		33	35	29	24	33	154
SECUNDARIA	Tomar tequila	DIARIO	1		1		1	3
		A MENUDO	1	1	1	1		4
		ALGUNAS VECES	4	8	15	9	3	39
		POCAS VECES	8	10	6	16	2	42
		NUNCA	7	10	9	12	9	47
	Total		21	29	32	38	15	135
PREPARATORIA	Tomar tequila	DIARIO		1	1		2	4
		A MENUDO	4	4		1	8	17
		ALGUNAS VECES	6	9	4	5	3	27
		POCAS VECES	5	11	10	17	6	49
		NUNCA	13	8	15	20	9	65
	Total		28	33	30	43	28	162
CARRERA TECNICA	Tomar tequila	DIARIO				1		1
		A MENUDO		2	3		1	6
		ALGUNAS VECES	6	13	8	12	9	48
		POCAS VECES	5	12	16	14	7	54
		NUNCA	9	15	33	12	6	75
	Total		20	42	60	39	23	184
PROFESIONAL	Tomar tequila	DIARIO			2	4	1	7
		A MENUDO	5	6	8	8	5	32
		ALGUNAS VECES	12	12	10	29	10	73
		POCAS VECES	18	33	20	32	22	125
		NUNCA	22	17	20	22	10	91
	Total		57	68	60	95	48	328
NINGUNA	Tomar tequila	ALGUNAS VECES				1	2	3
		POCAS VECES	3					3
		NUNCA	2		5	4		11
	Total		5		5	5	2	17

Tabla 169. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 170. Tomar tequila * Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		36.171	16

Tabla 170. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad primaria.

Figura 148

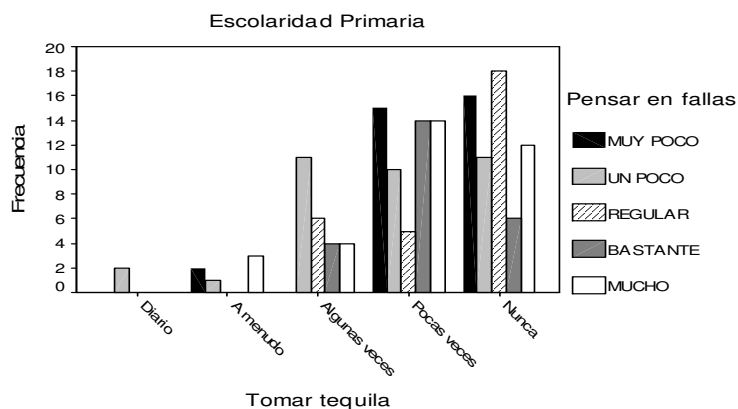


Figura 148. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y pensar en fallas, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 171. Tomar tequila * Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	17.614	16	.347

Tabla 171. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

Figura 149

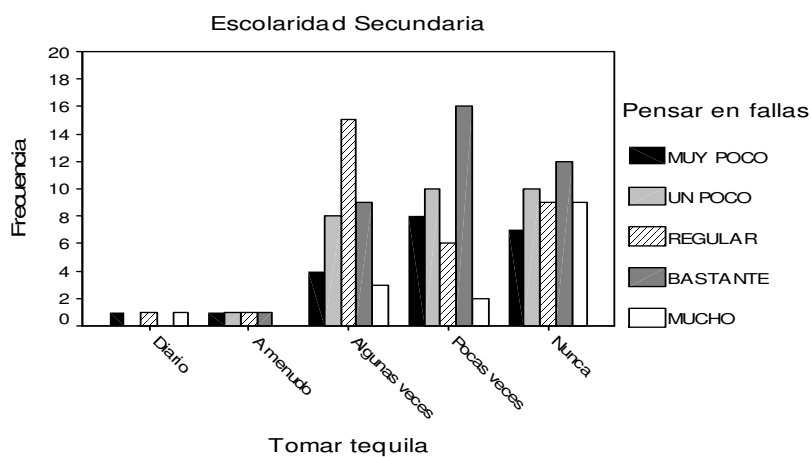


Figura 149. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y pensar en fallas, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 172. Tomar tequila * Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	31.019	16	.013

Tabla 172. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

Figura 150

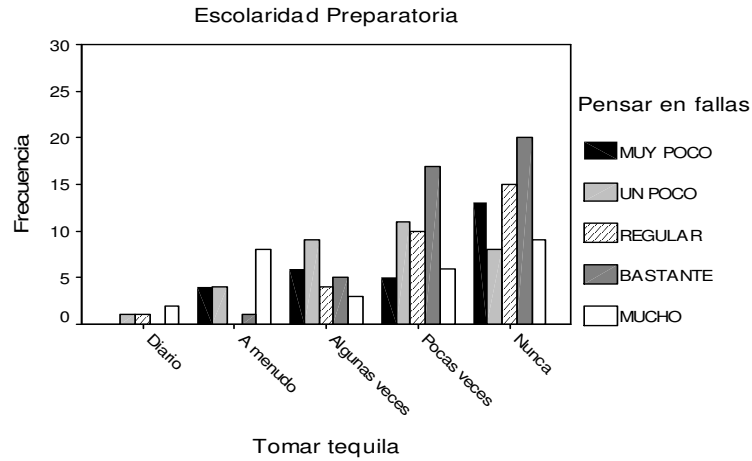


Figura 150. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y pensar en fallas, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 173. Tomar tequila * Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.008	16	.268

Tabla 173. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

Figura 151

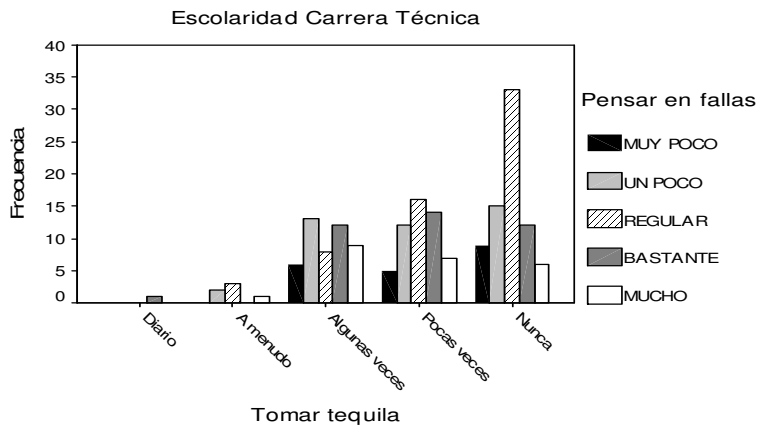


Figura 151. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y pensar en fallas, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 174. Tomar tequila * Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.583	16	.240

Tabla 174. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 152

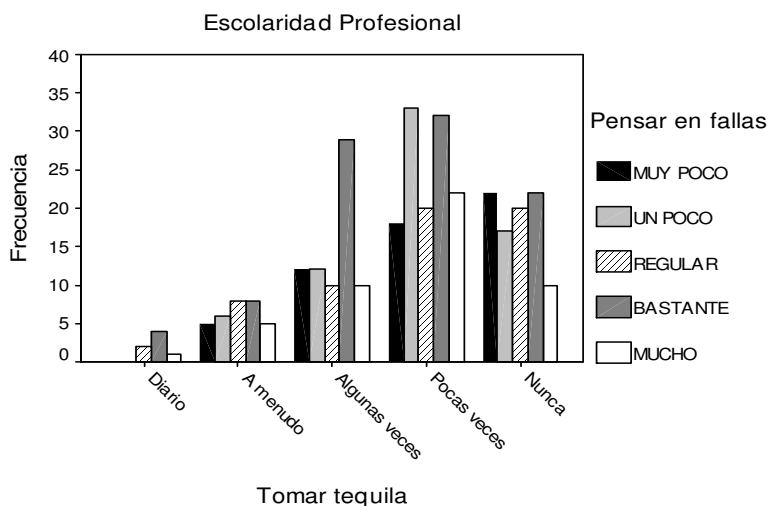


Figura 152. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y pensar en fallas, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 175. Tomar tequila * Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.576	6	.003

Tabla 175. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 153

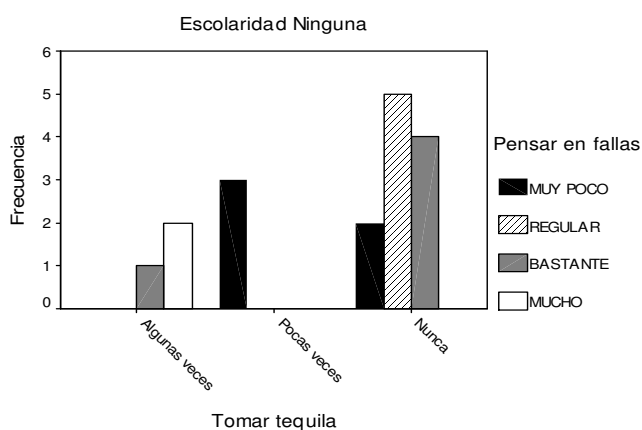


Figura 153. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y pensar en fallas, en personas con escolaridad ninguna.

En relación a las variables tomar tequila, pensar en fallas y escolaridad, al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada encontramos diferencias significativas en personas con escolaridad primaria (sig.= .003), preparatoria (sig.= .013) y ninguna (sig.= .003), mientras que en aquellos con escolaridad secundaria (sig.= .347), carrera técnica (sig.= .268) y profesional (sig.= .240) no encontramos relación entre estas variables, por lo que en estos últimos no se observa una relación entre estas variable y a diferencia de los primeros el consumo de tequila no se relaciona con la presencia de pensamientos referentes a fallas.

TOMAR TEQUILA * SENTIRSE CULPABLE * ESCOLARIDAD

Tabla 176. Tomar tequila *Sentirse culpable *Escaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD									
PRIMARIA	Tomar tequila	DIARIO		2				2	
		A MENUDO		5		1		6	
		ALGUNAS VECES		4	10	7	3	25	
		POCAS VECES	1	8	12	17	13	58	
		NUNCA		12	26	12	7	63	
	Total		1	31	48	37	23	154	
SECUNDARIA	Tomar tequila	DIARIO		1			2	3	
		A MENUDO				1	1	2	
		ALGUNAS VECES		11	8	10	5	39	
		POCAS VECES		11	11	8	9	42	
		NUNCA		13	14	5	5	47	
	Total			36	33	24	22	135	
PREPARATORIA	Tomar tequila	DIARIO					2	2	
		A MENUDO		3	6	2	4	17	
		ALGUNAS VECES		9	6	6	2	27	
		POCAS VECES		8	20	10	11	49	
		NUNCA		24	11	17	8	65	
	Total			44	43	35	27	162	
CARRERA TECNICA	Tomar tequila	DIARIO				1		1	
		A MENUDO			1	3		6	
		ALGUNAS VECES		9	11	15	12	48	
		POCAS VECES		9	12	12	11	54	
		NUNCA	2	23	13	15	7	75	
	Total		2	41	37	46	30	184	
PROFESIONAL	Tomar tequila	DIARIO			1	3		7	
		A MENUDO		7	9	11		32	
		ALGUNAS VECES		10	19	28	13	73	
		POCAS VECES		35	33	23	23	125	
		NUNCA		16	21	22	24	91	
	Total			68	83	87	60	328	
NINGUNA	Tomar tequila	ALGUNAS VECES			1			3	
		POCAS VECES		1	2			3	
		NUNCA		2	2	3	4	11	
	Total			3	5	3	4	17	

Tabla 176. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 177. Tomar tequila * Sentirse culpable *Escaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		36.781	20

Tabla 177. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad primaria.

Figura 154

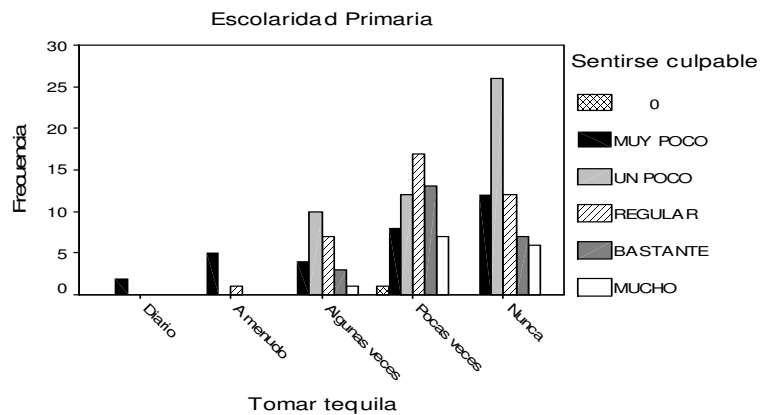


Figura 154. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 178. Tomar tequila * Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	20.757	16	.188

Tabla 178. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

Figura 155

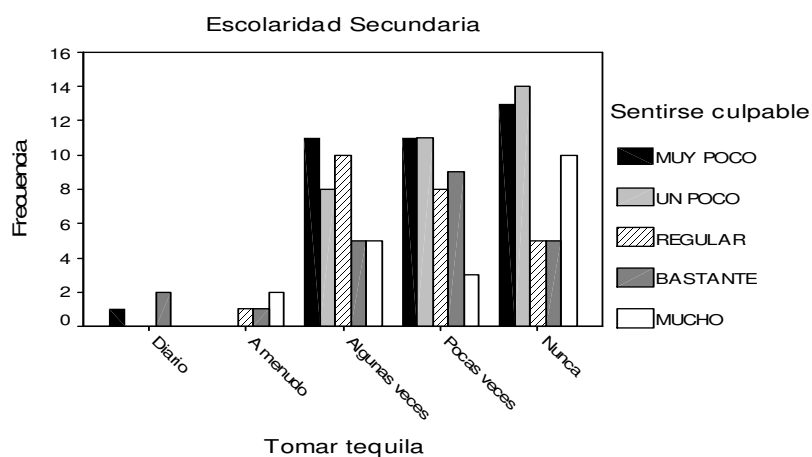


Figura 155. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 179. Tomar tequila * Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	37.316	16	.002

Tabla 179. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

Figura 156

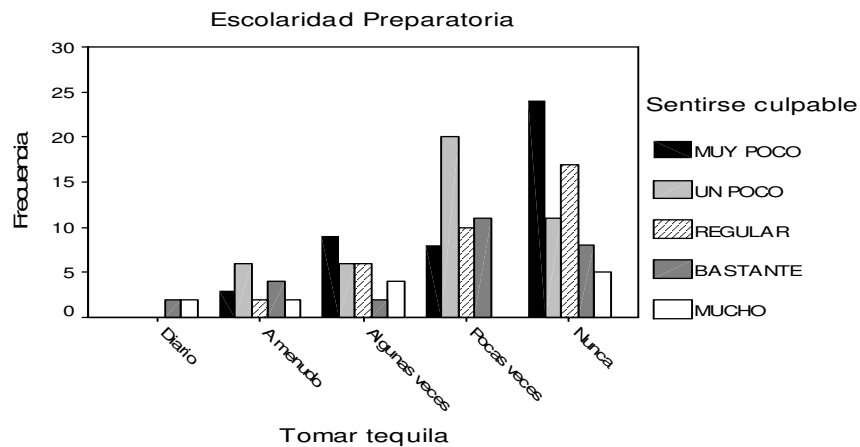


Figura 156. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 180. Tomar tequila * Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	28.666	20	.095

Tabla 180. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

Figura 157

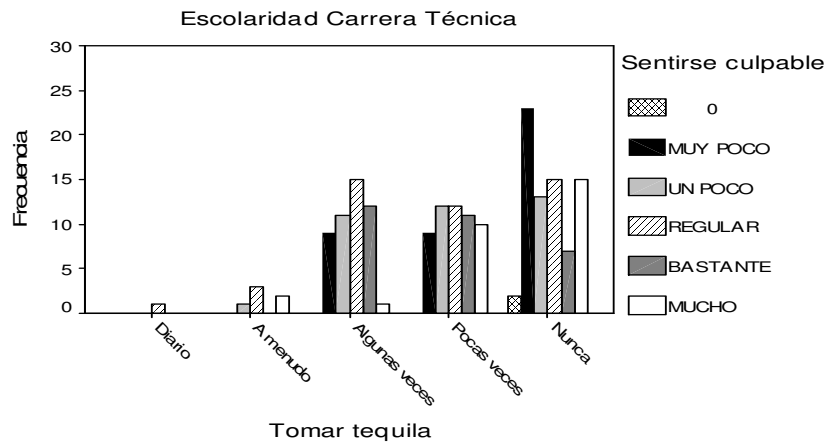


Figura 157. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 181. Tomar tequila * Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	38.736	16	.001

Tabla 181. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 158

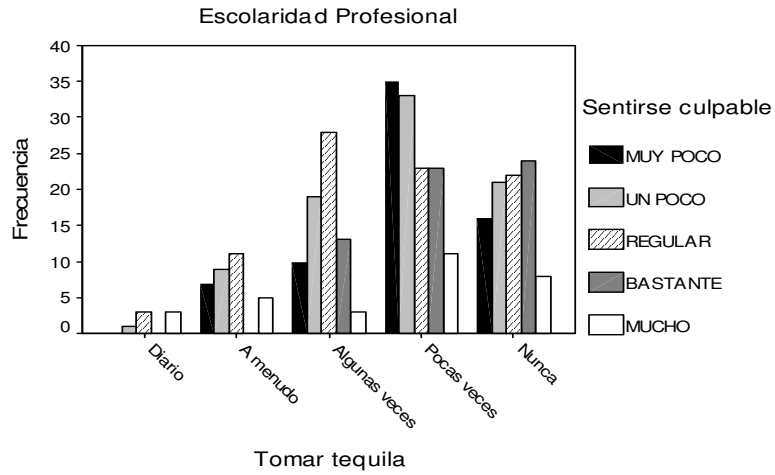


Figura 158. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 182. Tomar tequila * Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	16.004	8	.042

Tabla 182. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 159

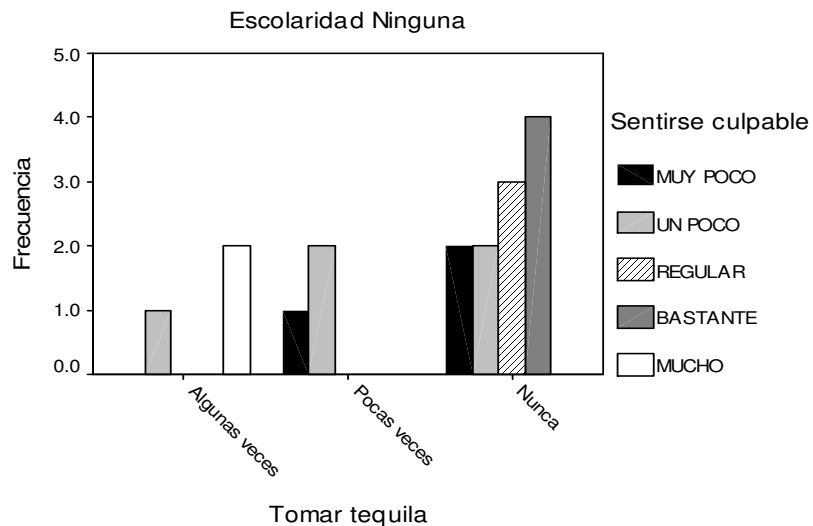


Figura 158. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Con respecto a la relación de las variable tomar tequila, sentirse culpable y escolaridad luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada, obtuvimos la presencia de diferencias significativas en personas con escolaridad primaria (sig.= .012), preparatoria (sig.= .002), profesional (sig.= .001) y ninguna (sig.= .042), ya que en aquellos con escolaridad secundaria (sig.= .188) y carrera técnica (sig.= .095) esta relación no estuvo presente, lo que significa que para estos últimos la frecuencia con que ingieren tequila no está relacionada con el grado de culpabilidad que pueden experimentar situación que si ocurre con los primeros.

TOMAR TEQUILA * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 183. Tomar tequila *Reprocharse a menudo *Escolaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo						Total
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD	Tomar tequila	DIARIO			2				2
		A MENUDO		5	1				6
		ALGUNAS VEC		6	7	7	4	1	25
		POCAS VECES		13	14	11	12	8	58
		NUNCA		24	10	22	1	6	63
		Total		48	34	40	17	15	154
SECUNDARIA	Tomar tequila	DIARIO		1			1	1	3
		A MENUDO			1	1	1	1	4
		ALGUNAS VEC		9	11	11	5	3	39
		POCAS VECES		18	5	8	10	1	42
		NUNCA		11	11	14	8	3	47
		Total		39	28	34	25	9	135
PREPARATORIA	Tomar tequila	DIARIO		1		1		2	4
		A MENUDO		4	6	2	2	3	17
		ALGUNAS VEC		9	5	5	6	2	27
		POCAS VECES		22	9	10	7	1	49
		NUNCA		19	25	5	13	3	65
		Total		55	45	23	28	11	162
CARRERA TECNI	Tomar tequila	DIARIO			1	1			1
		A MENUDO			1	3	2		6
		ALGUNAS VEC		10	9	22	4	3	48
		POCAS VECES		12	11	13	13	5	54
		NUNCA	2	34	7	16	8	8	75
		Total	2	56	28	55	27	16	184
PROFESIONAL	Tomar tequila	DIARIO		2	1	2	2		7
		A MENUDO		10	10	4	3	5	32
		ALGUNAS VEC		14	17	14	21	7	73
		POCAS VECES	2	43	28	24	19	9	125
		NUNCA		24	19	22	18	8	91
		Total	2	93	75	66	63	29	328
NINGUNA	Tomar tequila	ALGUNAS VEC				1		2	3
		POCAS VECES		2		1			3
		NUNCA	1	3		3	3	1	11
		Total	1	5		5	3	3	17

Tabla 183. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 184. Tomar tequila * Reprocharse a menudo *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		35.051	16

Tabla 184. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

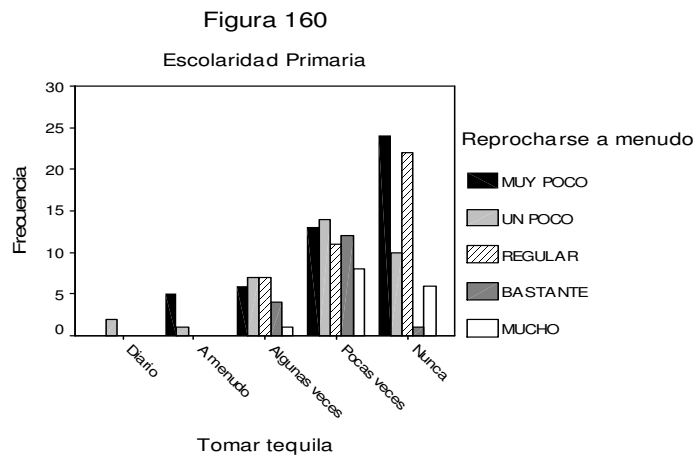


Figura 160. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 185. Tomar tequila * Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	18.588	16	.291

Tabla 185. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

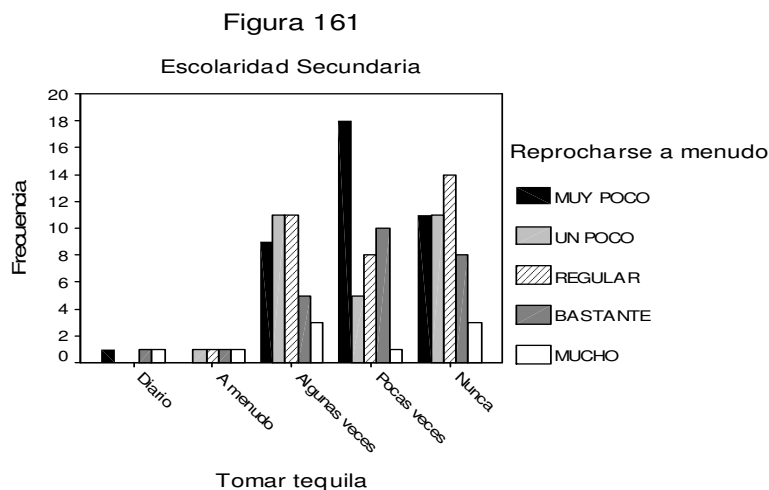


Figura 161. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 186. Tomar tequila * Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	31.294	16	.012

Tabla 186. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

Figura 162

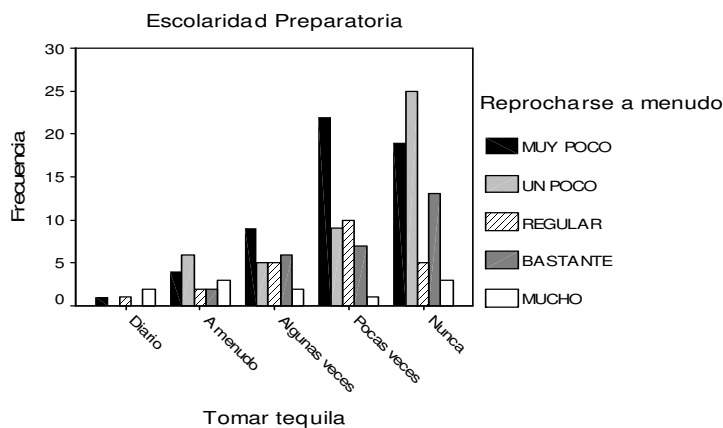


Figura 162. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 187. Tomar tequila * Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	33.598	20	.029

Tabla 187. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

Figura 163

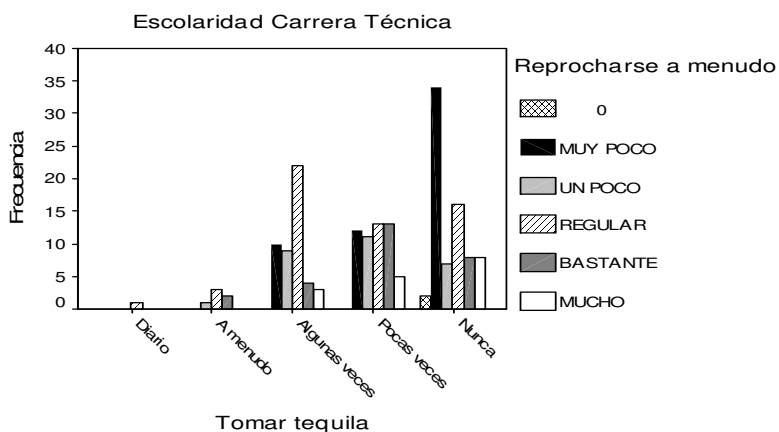


Figura 163. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 188. Tomar tequila * Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	19.808	20	.470

Tabla 188. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 164

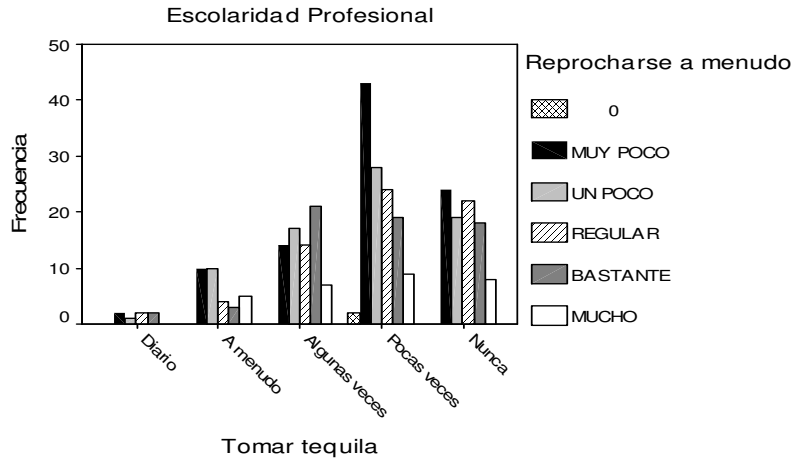


Figura 164. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 189. Tomar tequila * Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	9.616	8	.293

Tabla 189. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 165

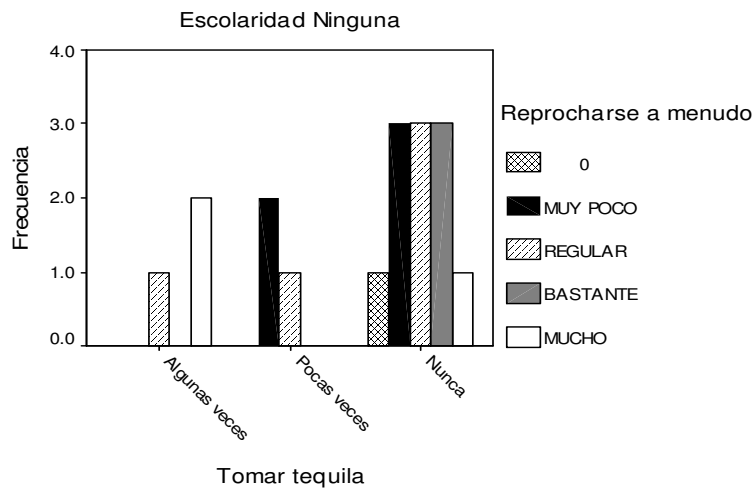


Figura 165. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables tomar tequila y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Por otra parte, luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables tomar tequila, reprocharse a menudo y escolaridad, se obtuvieron diferencias significativas en personas con escolaridad primaria (sig.= .004), preparatoria (sig.= .012) y carrera técnica (sig.=.029), a partir de lo cual podemos decir que si existe una relación entre estas variables, que la frecuencia con que las personas ingieren tequila está relacionada con la intensidad con que se proporcionan reproches; para las personas con escolaridad secundaria (sig.= .291), profesional (sig.= .470) y ninguna (sig.= .293), esta relación no está presente, es decir su ingesta de tequila no está relacionada con la conducta de reprocharse.

USAR DROGAS * PENSAR EN FALLAS * ESCOLARIDAD

Tabla 190. Usar drogas *Pensar en fallas *Escolaridad

Crosstab

Count			Pensar en fallas					Total	
ESCOLARIDAD	Usar drogas		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO		
PRIMARIA	Usar drogas	0			1			1	
		DIARIO			2			1	
		A MENUDO			1			1	
		POCAS VECES			1	1		3	
		NUNCA	33	31	26	24	29	143	
Total			33	35	29	24	33	154	
SECUNDARIA	Usar drogas	DIARIO	1					1	2
		ALGUNAS VECE				2			2
		POCAS VECES				2			2
		NUNCA	20	29	28	38	14	129	
		Total			21	29	32	38	15
PREPARATORIA	Usar drogas	DIARIO			1			1	3
		A MENUDO			1			1	2
		ALGUNAS VECE						1	1
		POCAS VECES	2	5				2	9
		NUNCA	26	26	29	43	23	147	
Total			28	33	30	43	28	162	
CARRERA TECNIC	Usar drogas	0			1				1
		DIARIO			1				1
		ALGUNAS VECE				1	2	1	4
		POCAS VECES			1	2	3		6
		NUNCA	20	40	56	34	22	172	
Total			20	42	60	39	23	184	
PROFESIONAL	Usar drogas	DIARIO	1				3		4
		A MENUDO						1	1
		ALGUNAS VECE	1	1	1	3	1	7	
		POCAS VECES	4	2	4	10	5	25	
		NUNCA	51	65	55	79	41	291	
Total			57	68	60	95	48	328	
NINGUNA	Usar drogas	ALGUNAS VECE				2			2
		NUNCA	5			5	3	2	15
		Total	5		5	5	2	17	

Tabla 190. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas, pensar en fallas y escolaridad.

Tabla 191. Usar drogas * Pensar en fallas *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		16.449	16

Tabla 191. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, pensar en fallas y escolaridad primaria.

Figura 166

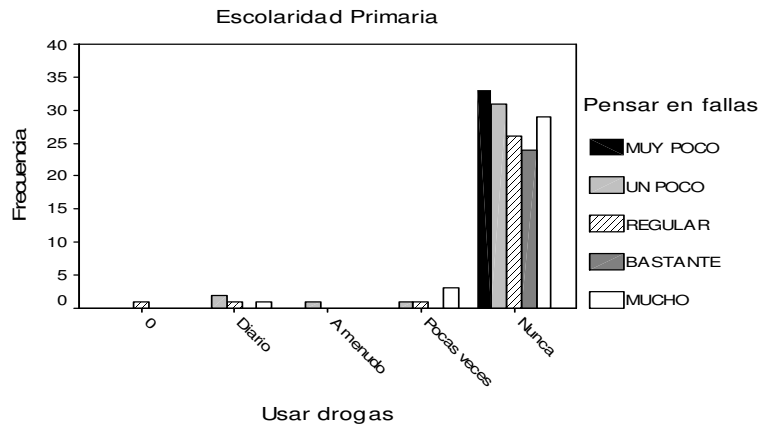


Figura 166. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y pensar en fallas, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 192. Usar drogas * Pensar en fallas *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	18.953	12	.090

Tabla 192. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, pensar en fallas y escolaridad secundaria.

Figura 167

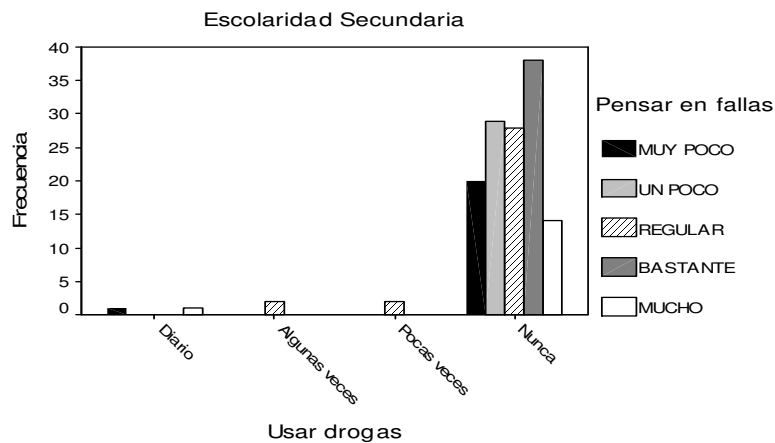


Figura 167. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y pensar en fallas, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 193. Usar drogas * Pensar en fallas *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	21.561	16	.158

Tabla 193. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, pensar en fallas y escolaridad preparatoria.

Figura 168

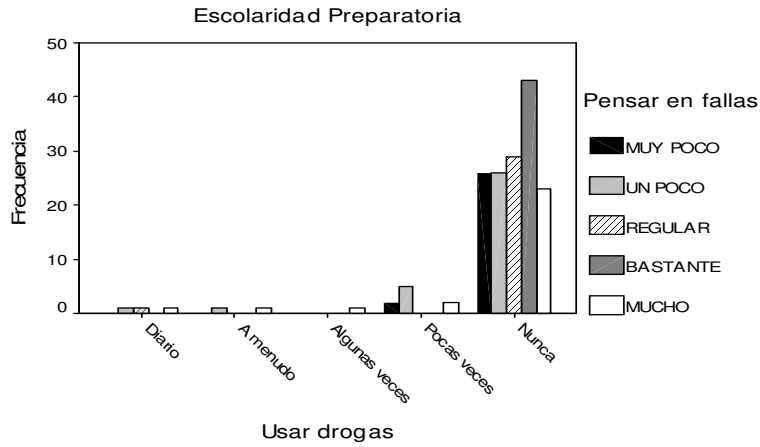


Figura 168. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y pensar en fallas, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 194. Usar drogas * Pensar en fallas *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	13.066	16	.668

Tabla 194. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, pensar en fallas y escolaridad carrera técnica.

Figura 169

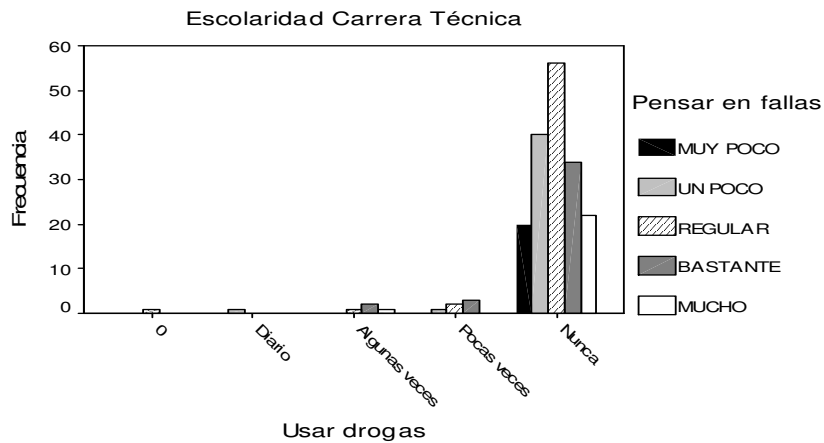


Figura 169. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y pensar en fallas, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 195. Usar drogas * Pensar en fallas *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	16.159	16	.442

Tabla 195. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, pensar en fallas y escolaridad profesional.

Figura 170

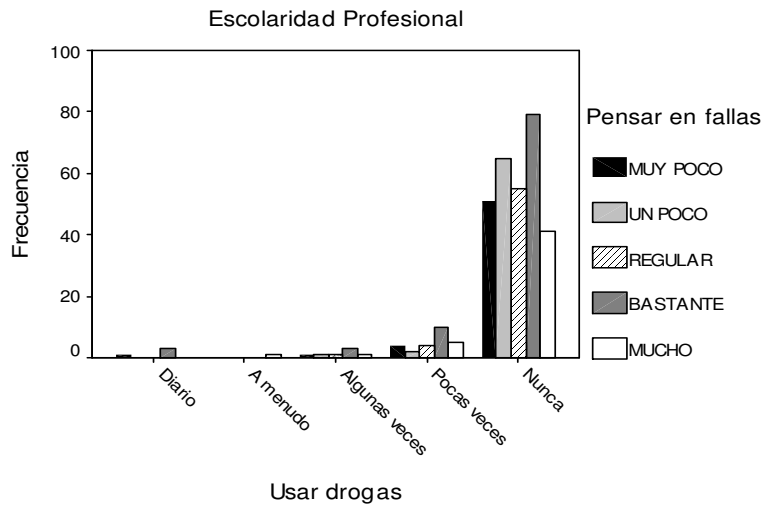


Figura 170. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y pensar en fallas, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 196. Usar drogas * Pensar en fallas *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	5.440	3	.142

Tabla 196. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, pensar en fallas y escolaridad ninguna.

Figura 171

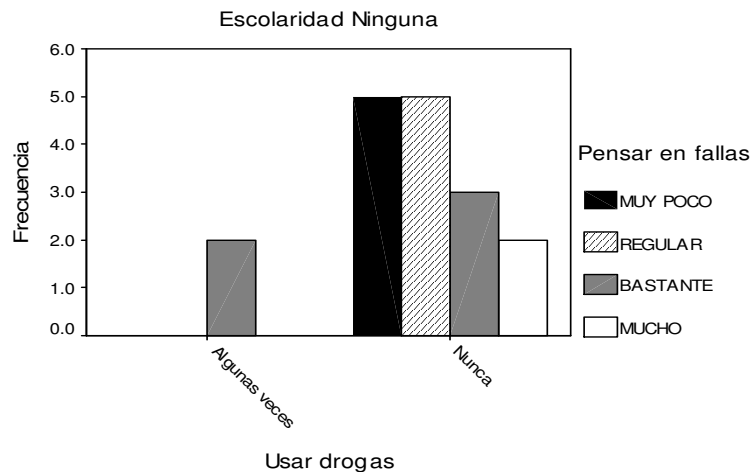


Figura 171. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y pensar en fallas, en personas con escolaridad ninguna.

Con respecto a la relación de las variables usar drogas y pensar en fallas, luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada los resultados obtenidos son los siguientes: en ningún grado de escolaridad primaria (sig.= .422), secundaria (sig.= .090), preparatoria (sig.= .158), carrera técnica (sig.= .668), profesional (sig.= .442) y ninguna (sig.= .142), se encontraron diferencias significativas, es decir el consumo de drogas no está relacionado con la incidencia de pensamientos acerca de fallas.

USAR DROGAS * SENTIRSE CULPABLE * ESCOLARIDAD

Tabla 197. Usar drogas *Sentirse culpable *Escolaridad

Crosstab

Count			Sentirse culpable					Total
			0	MUY POCO	JN POCO	REGULAR	BASTANTE	
ESCOLARIDAD								
PRIMARIA	Usar drogas	0				1		1
		DIARIO		2		2		4
		A MENUDO				1		1
		POCAS VECES	1	1		1	2	5
		NUNCA		28	48	32	21	143
	Total		1	31	48	37	23	154
SECUNDARIA	Usar drogas	DIARIO		1			1	2
		ALGUNAS VECES					2	2
		POCAS VECES			1			1
		NUNCA		35	32	24	19	129
	Total			36	33	24	22	135
PREPARATORIA	Usar drogas	DIARIO					3	3
		A MENUDO			1			1
		ALGUNAS VECES					1	1
		POCAS VECES			6		2	9
		NUNCA		44	36	35	21	147
	Total			44	43	35	27	162
CARRERA TECNICA	Usar drogas	0		1				1
		DIARIO				1		1
		ALGUNAS VECES				1	2	4
		POCAS VECES			1	5		6
		NUNCA	2	40	36	39	28	172
	Total		2	41	37	46	30	184
PROFESIONAL	Usar drogas	DIARIO		1	1	2		4
		A MENUDO					1	1
		ALGUNAS VECES		2	1	3	1	7
		POCAS VECES		4	8	7	4	25
		NUNCA		61	73	75	56	291
	Total			68	83	87	60	328
NINGUNA	Usar drogas	ALGUNAS VECES				2		2
		NUNCA		3	5	1	4	15
	Total			3	5	3	4	17

Tabla 197. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad.

Tabla 198. Usar drogas * Sentirse culpable *Escolaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		45.895	20

Tabla 198. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad primaria.

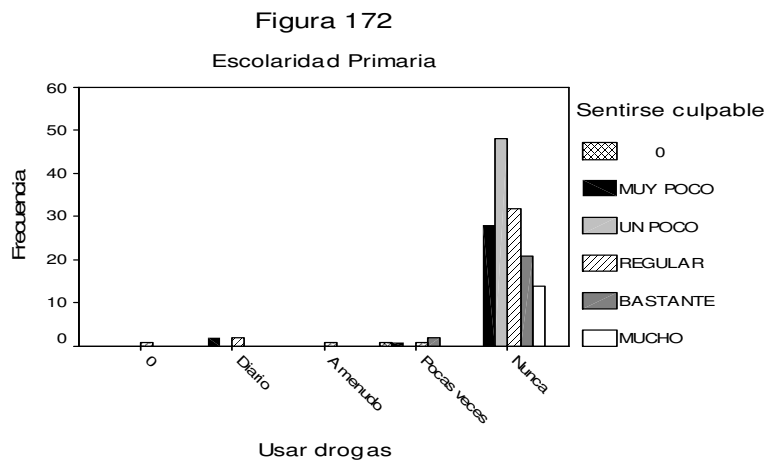


Figura 172. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y sentirse culpable, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 199. Usar drogas * Sentirse culpable *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	16.899	12	.153

Tabla 199. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad secundaria.

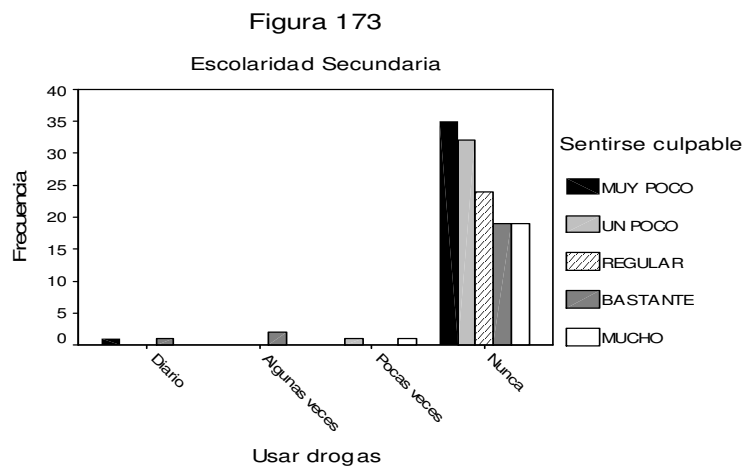


Figura 173. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y sentirse culpable, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 200. Usar drogas * Sentirse culpable *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	37.769	16	.002

Tabla 200. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad preparatoria.

Figura 174

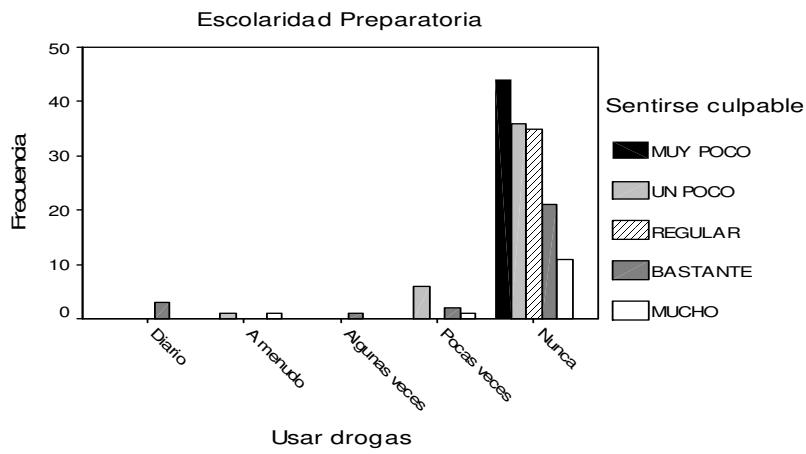


Figura 174. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y sentirse culpable, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 201. Usar drogas * Sentirse culpable *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	23.298	20	274

Tabla 201. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad carrera técnica.

Figura 175

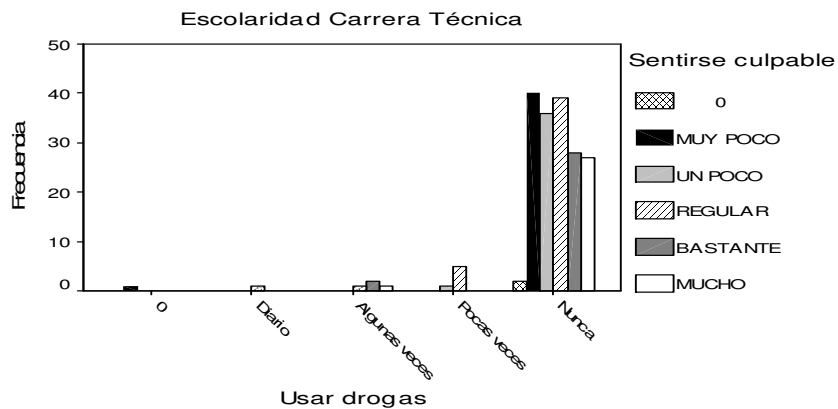


Figura 175. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y sentirse culpable, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 202. Usar drogas * Sentirse culpable *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	15.702	16	.474

Tabla 202. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad profesional.

Figura 176

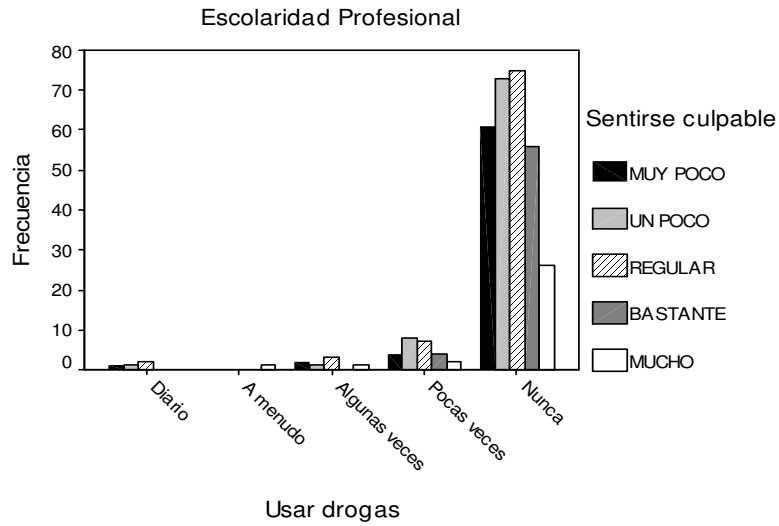


Figura 176. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y sentirse culpable, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 203. Usar drogas * Sentirse culpable *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	10.578	4	.032

Tabla 203. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad ninguna.

Figura 177

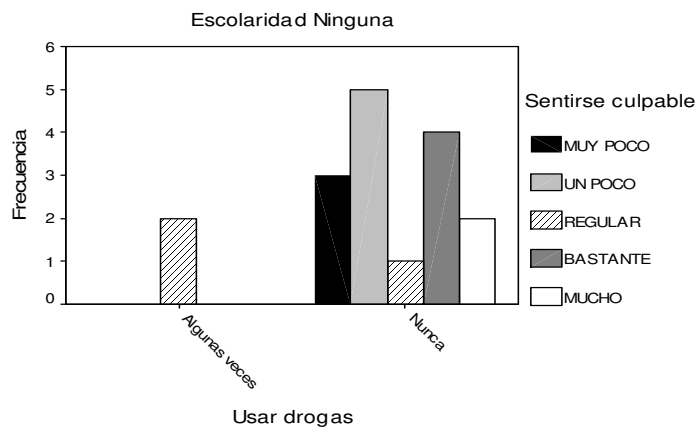


Figura 177. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y sentirse culpable, en personas con escolaridad ninguna.

Al aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables usar drogas, sentirse culpable y escolaridad, podemos observar que aquellas personas con escolaridad primaria (sig.= .001), preparatoria (sig.= .002) y ninguna (sig.= .032) si presentan diferencia significativas, lo que nos indica que la frecuencia con la que consumen drogas si influye en la intensidad con que llegan a experimentar algún sentimiento de culpabilidad, situación que no ocurre en aquellas personas con escolaridad secundaria (sig.= .153), carrera técnica (sig.= .274) y profesional (sig.= 474).

USAR DROGAS * REPROCHARSE A MENUDO * ESCOLARIDAD

Tabla 204. Usar drogas *Reprocharse a menudo *Escarlaridad

Crosstab

Count			Reprocharse a menudo					Total	
			0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Usar drogas	0		1				1	
		DIARIO			2	2		4	
		A MENUDO				1		1	
		POCAS VECES				1		4	
		NUNCA		47	32	36	17	11	143
Total		48	34	40	17	15	154		
SECUNDARIA	Usar drogas	DIARIO		1			1	2	
		ALGUNAS VECES					1	1	
		POCAS VECES			1		1	2	
		NUNCA		38	27	34	22	8	129
Total		39	28	34	25	9	135		
PREPARATORIA	Usar drogas	DIARIO		1	1	1		3	
		A MENUDO			1			1	
		ALGUNAS VECES					1	1	
		POCAS VECES		4	4	1		9	
		NUNCA		50	39	21	27	10	147
Total		55	45	23	28	11	162		
CARRERA TECNICA	Usar drogas	0		1				1	
		DIARIO				1		1	
		ALGUNAS VECES				2	1	1	
		POCAS VECES			1	3	2	6	
		NUNCA	2	55	27	49	24	15	172
Total	2	56	28	55	27	16	184		
PROFESIONAL	Usar drogas	DIARIO		1	1	2		4	
		A MENUDO		1				1	
		ALGUNAS VECES		1	2		3	1	7
		POCAS VECES		6	7	4	5	3	25
		NUNCA	2	84	65	60	55	25	291
Total	2	93	75	66	63	29	328		
NINGUNA	Usar drogas	ALGUNAS VECES				2		2	
		NUNCA	1	5		3	3	3	15
Total		1	5		5	3	3	17	

Tabla 204. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad.

Tabla 205. Usar drogas * Reprocharse a menudo *Escarlaridad Primaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
		38.944	16

Tabla 205. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad primaria.

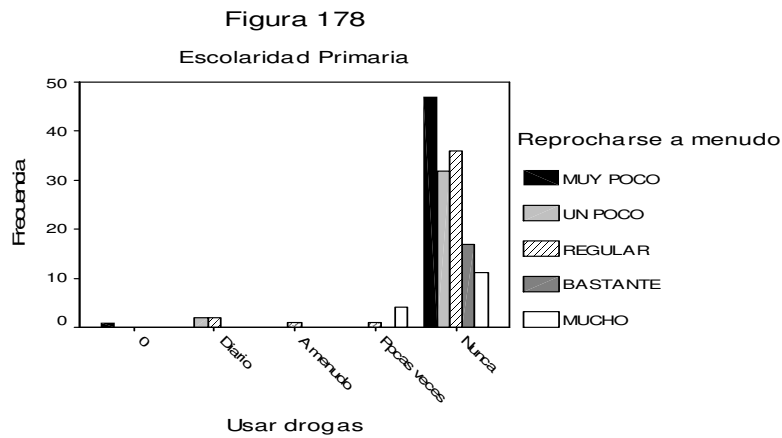


Figura 178. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad primaria.

Tabla 206. Usar drogas * Reprocharse a menudo *Escolaridad Secundaria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	14.020	12	.299

Tabla 206. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad secundaria.

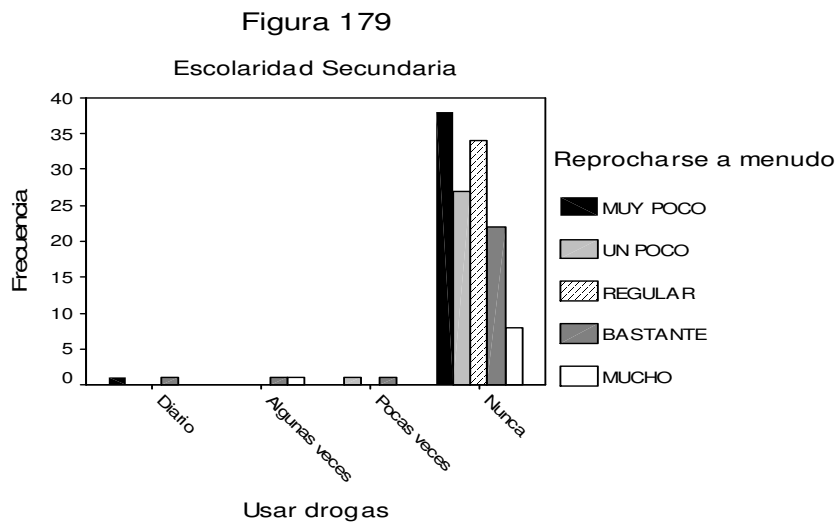


Figura 179. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad secundaria.

Tabla 207. Usar drogas * Reprocharse a menudo *Escolaridad Preparatoria

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	17.081	16	.380

Tabla 207. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad preparatoria.

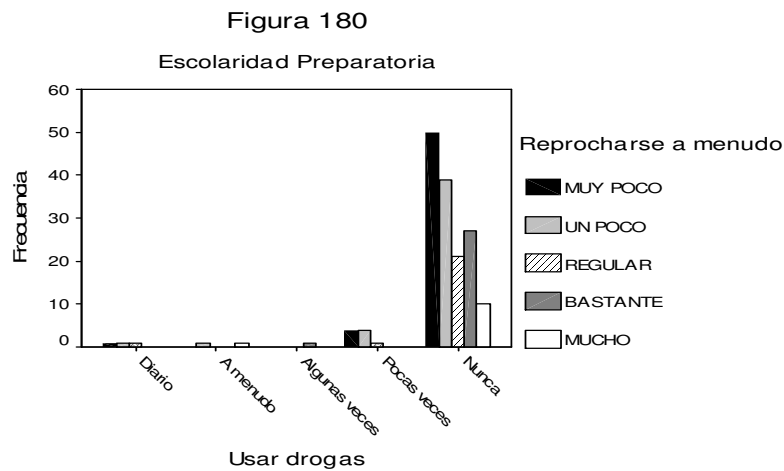


Figura 180. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad preparatoria.

Tabla 208. Usar drogas * Reprocharse a menudo *Escolaridad Carrera Técnica

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	13.556	20	.852

Tabla 208. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad carrera técnica.

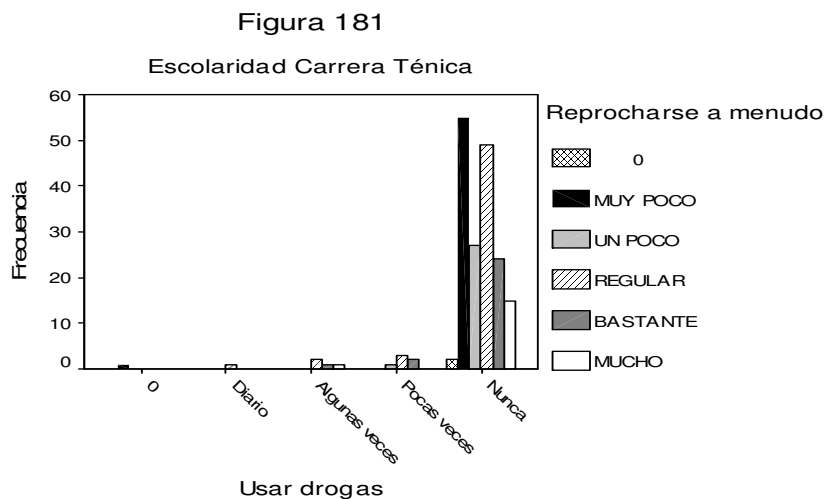


Figura 181. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad carrera técnica.

Tabla 209. Usar drogas * Reprocharse a menudo *Escolaridad Profesional

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	11.055	20	.945

Tabla 209. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad profesional.

Figura 182

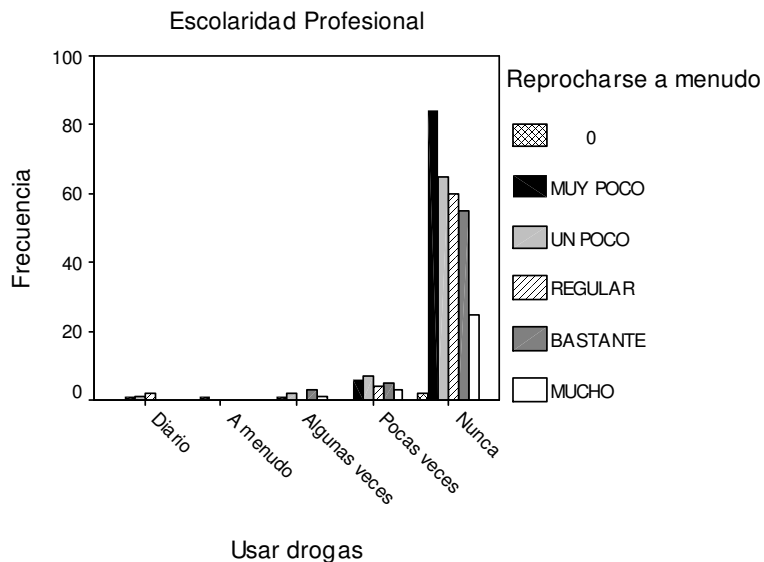


Figura 182. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad profesional.

Tabla 210. Usar drogas * Reprocharse a menudo *Escolaridad Ninguna

Pearson Chi - Square	Value	Df	Asymp. Sig (2 - sided)
	5.440	4	.245

Tabla 210. Resultado de la prueba Chi Cuadrada en relación a las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad ninguna.

Figura 183

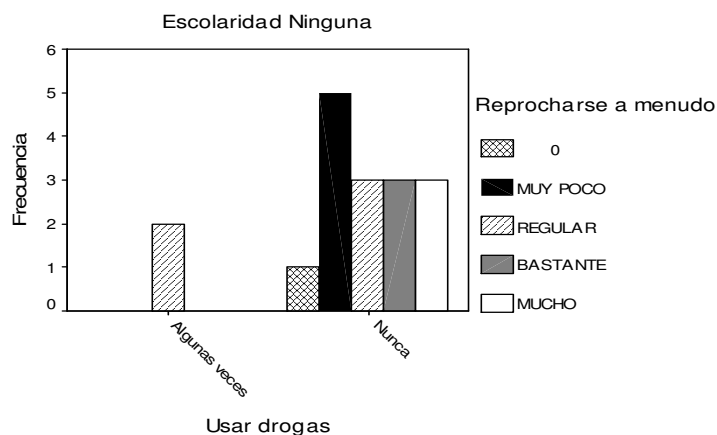


Figura 183. Muestra la frecuencia de la relación entre las variables usar drogas y reprocharse a menudo, en personas con escolaridad ninguna.

Luego de aplicar la prueba estadística Chi Cuadrada a la relación de las variables usar drogas, reprocharse a menudo y escolaridad se obtuvieron diferencias significativas solamente en personas con escolaridad primaria (sig.= .001), es decir las personas con esta escolaridad reportan reprocharse a menudo cuando consumen drogas, situación que no ocurre en personas con escolaridad secundaria (sig.= .299), preparatoria (sig.= .380), carrera técnica (sig.= .852), profesional (sig.= .945) y ninguna (sig.= .245), por lo que en estos casos no existe una relación entre las variables mencionadas.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

A partir de la investigación realizada podemos considerar que la explicación de Manrique (1998), es acertada y que justamente el concepto de salud partió efectivamente de la concepción de enfermedad, pues es esta última la que nos ha generado limitaciones despertando de esta forma el interés por explicar las causas de esta situación; luego de la evolución que tuvo la concepción de salud – enfermedad, desde las prácticas rituales, aspectos religiosos y / o naturales; comienzan a tener lugar los primeros esbozos de la concepción que hoy tenemos sobre este proceso, apoyándose en forma importante de la contribución científica de diversas ciencias como la biología.

Sin embargo esta concepción ha ido sufriendo cambios pues hasta hace un siglo la creencia generalizada apuntaba a que las enfermedades eran fenómenos naturales, razón por la cual las personas no tenían responsabilidad en su adquisición ya que no era posible evitar el contagio de enfermedades, a partir de la medicina el concepto de salud comenzó a modificarse desde la concepción utópica que señalaba a la salud como “la ausencia de enfermedad”, hasta llegar al propuesto por la OMS, que definía a la salud como: un estado de bienestar completo, físico, mental y social; un estado muy complejo de lograr; ambas definiciones han dejado grandes huecos.

Como resultado la inoperancia de las definiciones se abrió la posibilidad de nuevas consideraciones al respecto como lo es la propuesta por Brannon (2000), al considerar a la salud, como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad. Sin embargo esta no ha sido la única propuesta pues a lo largo de las últimas décadas han surgido distintas no

solo desde posiciones científico – académicas y profesionales, sino también por otros agentes sociales que tienen hoy una conciencia de lo que implica la salud.

A la par de los cambios que ha sufrido la concepción de salud – enfermedad, también han tenido lugar algunos fenómenos que han generado que las miradas de las personas se dirijan a un aspecto que no había sido considerado como relevante, es decir el comportamiento; esta situación es el cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, situación que también ha dado lugar a otras situaciones, como lo son los elevados costos que generan los sistemas sanitarios; y como consecuencia de este escenario, el surgimiento del modelo biosicosocial, el cual destaca la relevancia del papel que juegan los aspectos no solo de índole orgánica sino cultural, social y psicológica en la conformación del proceso salud – enfermedad; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la variación de la salud – enfermedad, es superior al de los factores orgánicos.

Podemos clasificar a los factores implicados en el proceso salud – enfermedad en dos grupos: condicionantes y determinantes, dentro de los primeros encontramos aspectos psicológicos y biológicos; y en los últimos, aspectos sociales, culturales, políticos, económicos, de desarrollo y educativos entre otros. Es importante resaltar la relevancia del último factor mencionado, la educación, pues como lo menciona Vega (2002), el nivel escolar y el grado de los conocimientos alcanzados por los individuos, también provocan condiciones de mayor o menor riesgo de enfermar o ver mermada de alguna forma su salud, en relación con ciertos comportamientos conscientes y adquiridos que tienen que ver con prácticas de higiene y cuidado personal y de reconocimiento de situaciones que pueden favorecer la salud física y mental.

Debido a la importancia de este factor, es que decidimos llevar a cabo esta investigación a fin de conocer en que situaciones ejerce influencia y en cuales no ocurre; en combinación con el aspecto escolar actualmente es posible observar en

forma clara como la cultura determinan de forma explícita e implícita valores para determinar aspectos de salud y enfermedad, lo que en un primer momento es considerado enfermedad, luego puede implicar aspectos de salud o viceversa. No obstante, las personas no quieren aceptar que tienen un cierto grado de responsabilidad por las enfermedades que padecen, ya que es más fácil seguir realizando hábitos inadecuados para la salud, y así esperar a que las enfermedades aparezcan para acudir al médico y que éste les recete un medicamento para que su padecimiento desaparezca.

Lo anterior ocurre debido a que como lo mencionan Latorre y Beneit (1995), cuando una persona se encuentra sana, resulta más difícil que se involucre en conductas saludables, ya que normalmente suponen un esfuerzo, situación en que la ejercen una importante influencia los factores motivacionales. Además claro, de que los efectos negativos de los hábitos inadecuados generalmente se presentan a largo plazo y sus efectos placenteros en un corto tiempo, situación que comúnmente ocurre en sentido contrario con respecto a los hábitos positivos.

De esta manera, las actitudes y conductas del individuo frente a la salud y la enfermedad, son un aspecto que también influye en forma significativa en la forma en que las personas perciben y procuran un estado saludable, éstas son determinadas culturalmente y dan significado y contenido a todo lo que es sano y lo que no lo es. Así, las creencias, de que determinada conducta pudiera contribuir a evitar o provocar alguna enfermedad, así como la sensación de malestar por llevar a cabo una conducta considerada como negativa son factores que lejos de ser positivos pueden originar mayores conflictos, pues en ocasiones esas creencias conducen a la persona a experimentar una sensación de culpabilidad.

Dentro de las conductas negativas que con mayor frecuencia se presentan y que tienden a generar sentimientos de culpabilidad se encuentran los hábitos negativos alimenticios, de higiene, sexuales y de consumo de drogas tanto legales como ilegales; partiendo de estos hábitos y de la investigación realizada acerca de

la relación entre las variables hábitos negativos de la salud, culpabilidad y escolaridad realizamos un análisis estadístico, a partir del cual podemos concluir lo siguiente: comenzaremos con los hábitos alimenticios negativos en los que incluiremos el consumo de sal, la ingesta de alimentos entre comidas y el ingerir comida chatarra.

Con respecto al primer aspecto, los hábitos alimenticios negativos, podemos resaltar que a partir de los datos obtenidos en general si existe una relación entre el abuso en el consumo de sal, el experimentar sentimientos de culpabilidad, es decir, el pensar en fallas, sentirse culpable y reprocharse a menudo, y el grado de escolaridad, a pesar de que los efectos del abuso de este condimento no son conocidos ampliamente por la población actualmente ya han sido mas divulgados y se comienza a tener conciencia de sus consecuencias negativas que se encuentran vinculados con su abuso, como los problemas renales, enfermedades cardíacas, problemas gástricos y diversas patologías más, situación que consideramos ha generado la presencia de estos sentimientos de culpabilidad, pues ha pasado de una sustancia que, como aderezo ocasional es inocua, a una que con el abuso en un factor de riesgo para nuestra salud.

Por otra parte, con respecto a la relación entre beber cafeína, experimentar sentimientos de culpabilidad y escolaridad las personas reportaron sentirse culpables y reprocharse a menudo cuando realizan esta conducta, esta situación nos resultó un tanto llamativa, pues en general el abuso de cafeína no es considerado por muchas personas como dañino, pues creemos que existe una tendencia a considerar a la cafeína no como una droga, sino como un producto alimenticio, no obstante, el abuso de la cafeína se ha asociado a trastornos como úlceras y enfermedades del corazón, y como lo señala McCarthy (1996), las personas que consumen cafeína en exceso para permanecer despiertos o para sentir euforia podrían terminar en la sala de emergencias con mayor frecuencia de lo que se cree, consideramos que debido a que se ha comenzado a tener conciencia de esta situación es que las personas reportaron el sentirse culpables

al ingerir esta sustancia en exceso, no obstante, debido a la largas jornadas de trabajo a que la mayoría de las personas estamos sometidos la tendencia a consumir grandes cantidades de cafeína para mantenernos activos va en aumento, por lo que resulta necesario buscar nuevas formas de controlar el estrés y cansancio pues con un alto consumo de cafeína no solucionamos el problema de fondo y sometemos al cuerpo a una mayor carga de estrés.

En relación a las variables comer entre comidas e ingerir comida chatarra, en su relación con las variables: experimentar sentimientos de culpabilidad y escolaridad, encontramos una relación significativa, esta situación era esperada por nosotros ya que en la actualidad todo aquello que tiene que ver con la comida esta enmarcado por muchos estereotipos, pues el excederse en la ingesta de alimentos puede dar como resultado un aumento en la masa corporal lo que en nuestra sociedad es duramente reprochado, situación que ha orillado a muchos jóvenes y adultos a recurrir a conductas compensatorias para no subir de peso dando como resultado un aumento en la incidencia de trastornos alimenticios, situación que se ve agravada por el ritmo de vida de la sociedad, el cual difícilmente permite seguir un horario adecuado y una dieta equilibrada, lo que a la larga no solo desemboca en trastornos alimenticios sino en problemas gastrointestinales e incluso canceres, pues nos hemos olvidado que no solo importa la apariencia externa del cuerpo, sino, un equilibrio integral con el interior.

Un aspecto que resulta muy común es el consumo de alcohol ya sea de cerveza, vino, tequila, etcétera; a partir de los resultados obtenidos pudimos observar que las opiniones son divididas pues para muchas personas independientemente de su escolaridad la ingesta de alcohol no está relacionada con el experimentar algún sentimiento de culpa, dicha situación había sido considerada, debido a que en general gente tiende a pensar que mientras no se convierta en alcohólico "típico", las consecuencias de beber frecuentemente y en altas dosis no son alarmantes, y por otra parte, en el caso particular del alcohol, resulta aún más difícil detectarlo y controlarlo pues de acuerdo con Souza (1996),

su consumo moderado puede traer beneficios a la salud, además de que también cumple un papel importante en la cultura mexicana pues se utiliza con fines terapéuticos, alimenticios, con fines de estructuración y cohesión social, etcétera. Por ello es que en ocasiones resulta tan complejo que las personas se reconozcan como alcohólicas y que acepten controlar su consumo.

Con respecto al consumo de tabaco, y su relación con las variables culpabilidad y el grado de escolaridad pudimos observar una relación significativa, sin embargo, dicha relación no fue tan marcada como en otros casos, pues a pesar de que en la actualidad se tiene conocimiento de los efectos negativos que genera en la salud el fumar, esta actividad, de igual manera que el consumo de alcohol también esta relacionada con muchos aspectos culturales, pues además de ser una actividad permitida e incluso en ocasiones promovida por la sociedad, muchos adolescentes y jóvenes consideran que realizar esta conducta les hace parecer de mas edad y por lo tanto les permite acceder a otros círculos de amigos, situación que puede conducir a una adicción debido a los fuertes efectos estimulantes y adictivos que produce la nicotina (Goode, 1992); en nuestra opinión, es precisamente el hecho de que el tabaco sea una droga permitida y promovida debido a sus implicaciones culturales es lo que dado pauta al aumento en su consumo y como consecuencia al aumento de padecimientos relacionados con su consumo como lo es el enfisema pulmonar o cáncer, entre otros padecimientos.

Por otro lado, al referirnos consumo de drogas ilegales, estadísticamente no encontramos una relación con la variable culpabilidad y el grado de escolaridad, esta situación nos pareció llamativa, debido a que esta actividad es reprobada por la sociedad, sin embargo consideramos que esto se debió a que su consumo no es muy generalizado y que de serlo generalmente se tiende a mantenerlo en secreto; no obstante esta actividad se ha ido incrementando en los últimos años, de acuerdo con Goode (1992), en otras situaciones que han motivado este hecho, se encuentra la considerable variedad de drogas que existen

actualmente en el mercado y sumado a ello la facilidad con la que se logra su obtención, lo que ha provocado el aumento en la incidencia de violencia, accidentes y mortalidad en el mundo.

Finalmente a partir de los resultados pudimos observar que la conducta de manejar rápido no es productora de sentimientos de culpabilidad en ningún nivel de escolaridad, y debido a que esta conducta generalmente es acompañada de otra conducta como lo es el exceso en el consumo de alcohol o la ingesta de algún tipo de droga, suele atribuirse a la conducta que lo acompaña como responsable de las consecuencias; es importante tomar en cuenta que manejar a exceso de velocidad no solo aumenta la frecuencia sino la gravedad de los accidentes automovilísticos y que puede ocurrir sin ser acompañada de ninguna otra circunstancia sobre todo en jóvenes quienes gustan de la sensación que les genera la adrenalina de manejar a altas velocidades, pero es importante hacer conciencia de que un importante número de muertes innecesarias ocurren todos los días en carretera por la imprudencia de manejar a exceso de velocidad.

Como podemos observar, existe una gran variabilidad de opiniones, sin embargo, las conductas que en forma más marcada fueron consideradas como productoras de culpabilidad y en las cuales el grado de escolaridad tuvo una influencia fue en aquellas que involucraban la ingesta de comida y de alcohol, y en menor grado pero de forma significativa el consumo de cafeína y tabaco, en forma general podemos mencionar que las diferencias generalmente estuvieron marcadas por los extremos en los niveles de escolaridad, es decir: nivel profesional y ninguna escolaridad, en el caso específico de la ingesta de alimentos en los niveles más altos de escolaridad fue donde pudimos apreciar un reporte de culpabilidad más representativo que en los niveles más bajos, desde nuestro punto de vista esta situación tiene lugar debido a que es en estos niveles en los que la presión por el aspecto externo es más impactante debido a que tienen la posibilidad de acceder con más facilidad a los medios masivos de comunicación como la Internet en los cuales existe un constante bombardeo de mensajes que

hacen alusión la importancia de tener un cuerpo esbelto a toda costa pues igualan el valor de una persona con su imagen corporal.

Por otra parte, con respecto a las conductas de consumir alcohol y fumar la influencia de la escolaridad estuvo centrada en los niveles medios de escolaridad, es decir, en puntos extremos, profesional y ninguna escolaridad la tendencia fue no experimentar sentimientos de culpabilidad, consideramos que esta situación ocurre debido a que en los niveles más bajos el nivel de información a la que pueden tener acceso en ocasiones no es el suficiente para tener una idea clara de las implicaciones de fumar, asimismo en general podemos hablar de que sus jornadas de trabajo son extenuantes y que para muchas personas el fumar es una forma de liberar el estrés acumulado, situación que también se vive en el otro extremo pues es el estrés también es considerado un motivo para fumar, además como ya se mencionó, las implicaciones culturales y de estatutos que involucra el hecho de fumar.

Finalmente podemos concluir que aunque en ocasiones el nivel educativo tuvo cierta influencia, en general el grado de culpabilidad estuvo presente en cada grado de escolaridad en menor o mayor proporción. Por otro lado la influencia del aspecto social tuvo un gran peso pues como ya se menciona las relaciones más significativas se presentaron en conductas que la sociedad tienden a juzgar con mayor frecuencia, como lo es, el alto consumo de alimentos, así como de alcohol y aunque en menor grado de tabaco, pese a que conductas como manejar a exceso de velocidad y consumir drogas también traen graves consecuencias al bienestar de los individuos. Por ello, es importante que se tenga conciencia de las implicaciones de realizar conductas como las ya mencionadas, pues de una u otra forma pueden generarnos consecuencias negativas sobre todo cuando se realizan en exceso e incluso esas consecuencias pueden afectar a terceros.

Referencias bibliográficas:

- Ardila, R. (1992). *Salud y psicología*, número especial, Avances en Psicología clínica latinoamericana, 10. Universidad Nacional de Colombia.
- Ballester, R. (1997). *Introducción a la psicología de la salud*. España: Promolibro.
- Bazan, G. (1997). "*Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto de miocardio. Aplicación de la tecnología conductual*". Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México., México.
- Becoña, E., Oblitas, L. y Vázquez, F. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza y Valdés.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. España: Síntesis.
- Belar, C. y Deardorff, W. (1995). *Clinical Health Psychology in Medical Settings*. Washington: American Psychological Association.
- Bellamy, C. (1995). *Desarrollo duradero en el ámbito de la salud*. Promoción y educación. En revista internacional de promoción de la salud y educación para la salud. Vol. 11, N.4
- Beneit, M. (1994). *Conductas de salud*. En Valle, P (1994). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen.
- Brannon, L. (2000). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo Thomson learning.

- Casacuerta, D. (2000). *Qué es una emoción*. Barcelona: Crítica.
- Castilla, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Crítica
- Castillo, P. (2001). Reporte de trabajo profesional: *“El psicólogo como promotor de la educación para la salud”*. Reporte de trabajo profesional no publicado, Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala, Edo. México., México.
- Cheshire, C. y Solomon, R. (1994). *¿Qué es una emoción?* Barcelona: Crítica.
- Chelsney, T. (1993). *American Psychological Association – Health Psychology Division*.
- Coplamar, (1985). *Necesidades esenciales en México situación actual y perspectivas en el año 2000*. México: Siglo XXI.
- CONASIDA, (2007). (En Red). Disponible en.
<http://www.salud.gob.mx/conasida/>
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia, lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Díaz, M. (2001). *“Psicología de la salud en México. Estilos de vida y hábitos de salud”*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.,
- Floréz, L. (2004). *Psicología de la salud*. (En Red). Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/bv/>

- Goode, E. (1992). *La adicción a las drogas en los jóvenes*. Buenos Aires: Hormé.
- Gómez, D. (1996). *Salud y prevención. Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*. España: Universidad santiago de Compostela.
- Hernández, G. y Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. En: *La psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa UNAM.
- Higashida, B. (1995). *Cuide de su salud*. México: Mc Graw – Hill.
- Latorre, J. y Beneit, P. (1995). *Conocimiento y comprensión de la enfermedad. Ciencias psicosociales aplicadas*. Madrid: Síntesis.
- Madden, J. (1996). *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: Manual moderno.
- Manrique, F. (1998). *Psicología de la salud*. España: Promolibro.
- Matarazzo, J. (1982). *Behavioral health's challenge to academia, scientific and professional psycholy*. *American Psychologist*. 1982. 37, 1-14.
- Mayle, P. y Robins, A. (1995). *Aún no queremos ser padres. Guía ilustrada para el control de la natalidad*. Barcelona: Grijalbo.
- Oliva, P. (2001). *El libro de la salud*. México: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). *Tabaquismo*, (En Red): Disponible en: <http://www.who.int/topics/smoking/es/>

- Ortega, O. (1990). *“Análisis del perfil y del ejercicio profesional del psicólogo en el campo de la salud: su formación profesional y perspectivas”*. Tesina de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México.,
- Osorio, M. (1997). *“Programa de afrontamiento para pacientes pediátricos con leucemia: la perspectiva de la psicología de la salud”*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México., México.
- Pelicioni, M. (1999). *As Interrelações Entre a Educação, Saúde e Meio Ambiente*. In: *Revista O Biológico*, Vol. 61, Nº 2, pp. 1-4.
- Prokop, C. y Bradley, L. (1981). *Contributions to behavioral medicine*. Medical Psychology. New York: Academia Press.
- Ramírez, E. (1996). *Psicología pediátrica*. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México., México.
- Rico, F. y Ruiz, L. (1990). *Tabaquismo. Su repercusión en aparatos y sistemas*. México: Trillas.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa UNAM.
- Rodríguez, J. (1995). *Habilidades sociales y salud. Conceptos básicos en la psicología de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M. (2000). *“La influencia de lo psicológico en la salud y el bienestar”*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México., México.

- Rodríguez, M. (2003). *Cafeína, los expertos advierten*. (En Red). Disponible en: <http://www.webmd.com/content/article/128/117157.htm>
- Rojas, S. (1990). *Crisis, salud, enfermedad y práctica médica*. México: Plaza y Valdez.
- Sáez, S. y Guayta, R. (2004). *Métodos y medios en promoción, educación para la salud*. Barcelona: UOC.
- Sánchez, M. (1994). *Economía, cultura y salud*. México: Méndez editores.
- Sarafino, E. (1994). *Health psychology biosychosocial interactions*. New York: Jhon Wiley & sons.
- Sherman, R. y Thompson R (1999). *Bulimia*. México: Trillas.
- Simón, M. (1999). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Souza, A. (1998). *Alcoholismo conceptos básicos*. México: Manual Moderno.
- Taylor, S. (1986). *Healt Psychology*. New York: Random House.
- Taylor, S. (1990). *Healt Psychology. Theory, Science and field*. New York: American Psychologist. Jan 40 – 50.
- Terris, M. (1987). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México: Siglo XXI.

- Tinahones, F. (2003). *Anorexia y bulimia, una experiencia clínica*. Madrid: Días de santos.
- Turk, y Kems, (1985). *Assessment in healt psychology: A cognitive – behavior perspective*. New York: John Wiley & Sons.
- Vega, M. (2002). *“Psicología de la salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable”*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México., México.
- Velazco, R. (1992). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México: Trillas.
- Velásquez, M. (2001). *“Psicología de la salud: estrés y afrontamiento”*. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. México., México.
- Werner, R., Pelicioni, M. y Chiattonne, H. (2002). *La psicología de la salud latinoamericana hacia la promoción de la salud*. Internacional. Journal of Clinical and Health Psychology 2 (1). Dic. 2003. (En Red). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/>

AMERIS

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas **con una cruz** en los cuadros numerados, **NO MARQUE LOS CUADROS VACIOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA**. Sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responda sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

Solo marque un número para cada respuesta

Los datos que usted aporte serán **TOTALMENTE CONFIDENCIALES** y solo con fines de investigación.

Le agradecemos su interés y cooperación

Marque con una cruz

SEXO	<input type="checkbox"/> masculino	<input type="checkbox"/> femenino	EDAD	_____
------	------------------------------------	-----------------------------------	------	-------

¿Qué servicio médico utiliza usted?

<input type="checkbox"/> SSA	<input type="checkbox"/> IMSS	<input type="checkbox"/> ISSSTE	<input type="checkbox"/> SERVICIO PRIVADO	<input type="checkbox"/> OTROS
------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---	--------------------------------

¿Cuál es su grado de escolaridad? Aún cuando no lo haya concluido.

<input type="checkbox"/> primaria	<input type="checkbox"/> secundaria	<input type="checkbox"/> preparatoria	<input type="checkbox"/> carrera técnica	<input type="checkbox"/> profesional	<input type="checkbox"/> ninguna
-----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------

1.- La última vez que se enfermó, ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

<input type="checkbox"/> 1 media	<input type="checkbox"/> 2 moderada	<input type="checkbox"/> 3 seria	<input type="checkbox"/> 4 muy seria
----------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------

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

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Pésima Mala Regular Bien Excelente

	1	2	3	4	5		
39.	¿Como ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?						SR
40.	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?						ST

41. ¿Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que haya durado más de seis meses) (marque si o no)

0. NO ---- vaya a la pregunta 43

1. SI ---- vaya a la pregunta 42

EC

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Nada Un poco Regular Mucho Totalmente

	1	2	3	4	5		
42.	Si tiene una enfermedad crónica, ¿Qué tanto limita sus actividades? (Si no tiene una enfermedad crónica, no responda esta pregunta)						IE

El año pasado, ¿Cuántas veces llevó a cabo las siguientes actividades? (marque la **LETRA** a la respuesta apropiada)

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

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

NO Un poco Regular Casi SI

1 2 3 4 5

46.	Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo	1	2	3	4	5	EA	VS	VL	CP	CS	HI
47.	Atiendo y cuido mi salud	1	2	3	4	5						
48.	Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud	1	2	3	4	5						
49.	Confío en el juicio de los doctores	1	2	3	4	5						
50.	Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud	1	2	3	4	5						
51.	Es bueno el sistema de salud de mi país	1	2	3	4	5						
52.	Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida	1	2	3	4	5						

NE

Nada **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**

1 **2** **3** **4** **5**

18. ¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo? EG

	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

En las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo **estrés o tensión**.

Me describe muy mal **Un poco** **Regular** **Bastante** **Me describe muy bien**

1 **2** **3** **4** **5**

HA

19..	Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5	
20.	Mantengo la calma	1	2	3	4	5	
21.	Procuero controlar la situación	1	2	3	4	5	
22.	Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5	
23.	Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5	
24.	Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5	

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

Ninguno **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**

1 **2** **3** **4** **5**

AO AI AT

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

Nada satisfecho **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy satisfecho**

1 **2** **3** **4** **5**

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

Ninguno **Un poco** **Regular** **Bastante** **Mucho**

1 **2** **3** **4** **5**

AO AI AT

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

Nada satisfecho **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy satisfecho**

1 **2** **3** **4** **5**

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

Muy poco **Un poco** **Regular** **Bastante** **Muy a menudo**

1 **2** **3** **4** **5**

AO AI AT

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

55.	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5
56.	¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
57.	¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5
58.	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5

<input type="text"/>					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>

TT = =

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación