UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

PSICOLOGÍA DE LA SALUD: HÁBITOS NEGATIVOS DE LA SALUD Y QUEJA SOMÁTICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A
P R E S E N T A N :

A L E J A N D R O G A R C Í A Á V I L A
A N A B E L M A R Í N H E R N Á N D E Z

DIRECTOR:
MTRO. ENRIQUE BERNABÉ CORTÉS VÁZQUEZ

DICTAMINADORAS:
MTRA. ESTHER MARÍA MARISELA RAMIREZ GUERRERO
LIC. JUANA OLVERA MÉNDEZ

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO **2008**

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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***, por darme la vida, por su apoyo y confianza, pero sobre todo, gracias por su ejemplo, consejos y amor que me ha hecho la mujer que soy el día de hoy.

LOS QUIERO….

A ***mis hermanas***, por estar a mi lado a cada momento compartiendo no solo este logro, si no todos mis sueños y cada anhelo "Gracias por el apoyo incondicional" y por la fuerza y confianza brindada, las quiero.

Alejandro G. A. Por ser parte de todo esto, por brindarme tu fuerza, entusiasmo, entereza, amistad, por compartir los momentos de felicidad y tristeza, por todo el tiempo compartido y por creer en mi e impulsarme a lograr mis sueños… Je t´aime Cn y Can.

A ***Adriana Y. Miramar G.*** (1984-2007) por enseñarme que el lazo de la hermandad no se encuentra únicamente en la sangre, por contagiarme tu entusiasmo e ilusión por la vida y por estar presente en mi vida con cada uno de tus consejos que aun hoy me acompañan y me acompañaran siempre.

A ***la familia García Ávila*** por abrirme las puertas de su hogar, por su confianza y su apoyo.

A ***Martha y Arturo*** por abrirme las puertas de su hogar y de sus corazones.

Gracias a mis amigos:

Efrén por escucharme no solo cuando lo necesito y por estar a mi lado a pesar de la distancia. T.Q.M.

Griss*,* por tu cariño, confianza, regaños, ternura, por tu apoyo y comprensión aún cuando quizá no siempre estás de a cuerdo con mis decisiones, por ser parte de mi vida. T.Q.M. ***Yazmin***, por escucharme, por tu cariño, por la confianza y por cada uno de los momentos que hemos pasado. T.QM.

Juan C. Montijo por estar presente desde el comienzo, por tus consejos y por siempre hablarme con la verdad T.Q.M. ***Cindy*** por mostrarme tu forma de luchar por lo que quieres y esa forma tan peculiar de ver la vida llena de sueños.

A ***Yesica Cruz Villegas*** por que desde que nos encontramos en este camino me has brindado tu apoyo, confianza y aliento TQM.

A ***Ivonne, Guillermo, Jorge A., Elías, Fernando P. y Omar P*.** Por estar ahí y por ser quienes son.

A mis profesores:

Marisela y Enrique por su tiempo, espacio y apoyo a lo largo de este trabajo.

Juanita Olvera por los conocimientos inculcados no solo en el aula, por su tiempo, confianza, apoyo, por la oportunidad ser parte de este proyecto, por la paciencia y por creer en nosotros para poder llegar a este punto. MUCHAS GRACIAS!!!!

A ***Laura Palomino***, por su cariño, por ser más que una profesora y regalarme un poquito de su tiempo sobre todo por su apoyo en los dos momentos mas difíciles de mi vida Mil Gracias!!!!

Y a todos aquellos profesores que dedicaron su tiempo a lo largo de mi estancia en la Facultad.

A la ***Universidad Nacional Autónoma de México***, por ser la institución en la que orgullosamente me forme no solo como profesional sino como persona, a la ***FES-Iztacala*** por que en ella encontré no solo conocimientos sino también los mejores momentos y las mejores personas de mi vida, Gracias!!!

atte.: Anabel Marín Hernández.

AGRADECIMIENTOS

A mis Padres:

Gracias por darme la vida, por su amor, por las sonrisas, por el sufrimiento, por las reprimendas y por el aliento .Gracias por el ejemplo de la honradez, humildad, del entusiasmo y la calidez, por los regaños y desacuerdos, por las verdades y descontentos, gracias por enseñarme a dar de intensa forma y nada esperar, por los consejos y las caídas, por enseñarme como es la vida.

Mamá

Por ser mi aire y mi motivación, se que el día de mañana que concluya mi vida sabré cual es en realidad el porque y para que hiciste tu gran sacrificio hacia mi, gracias por confiar siempre en mi, sobre todo por enseñarme la gran virtud de que en cualquier momento adverso – oscuro, se puede sonreír y seguir adelante. Mi eterna y muy sincera admiración y gratitud madre. Te quiero mucho. Esto es por ti.

A mis hermanos

-Memo:

Por estar siempre a mi lado en los momentos mas determinantes de mi vida , por tu protección y cuidado que desde pequeño y hasta hoy en día siempre me has brindado, por que me enseñaste que a veces se puede ser muy fuerte y a veces muy frágil , por enseñarme a nunca dejar de lado tus creencias y convicciones, sino a luchar por estas, pero sobre todo por que siempre has sabido escuchar mis locuras, mis lamentos, mis chistes y me has brindado siempre ese apoyo y calor de hermano, muy orgulloso me siento de ser tu hermano. Te quiero bro.

Bonne:

Por siempre contagiarme de tu alegría y tu ternura, gracias por tu apoyo siempre incondicional, de igual manera por enseñarme a luchar y a levantar la mirada ante cualquier situación, por siempre demostrarme que a toda hora y en todo momento podré contar y estar contigo, eres una gran hermana, te quiero.

-Ana Marín

Por que eres la mujer que se convirtió en mi vida, por que cada momento a tu lado siempre ha estado impregnado de ternura, alegría y armonía. Por levantarme y no dejarme caer en la oscuridad. Por enseñarme a disfrutar cada momento de la vida con intensidad. Por ser una mujer que ante todo defiende y tiene muy presentes sus valores y convicciones, cosa que admiro mucho de ti. Por tu sabiduría y enseñanzas de vida, determinantes, por que sin estas no estaría yo aquí. Por tu esencia humilde y tan llena de pasión que hicieron que me enamorara de ti eternamente. Pero sobre todo por dejarme ser tu acompañante en este interminable sendero y finalmente por dejar reposar mi corazón entre tus manos. Te amo CNYCAN.

-Familia Marín Hernández

-Definitivamente mi segunda familia, eternamente agradecido por su gran calor y toque humano, por hacerme sentir cada vez que visito su hogar como un miembro mas de su hermosa familia. Los quiero.

-A los amigos que se convirtieron en mis hermanos:

-Alejandro Gama, Fernando Piña, Elías Bernal, Omar Piña, Beto Téllez. Por que definitivamente he vivido los mejores momentos de mi vida a su lado, por aceptarme desde pequeño tal cual soy, por cada uno de sus consejos y enseñanzas de vida que implícita o explícitamente me han dado, por escucharme y dejarles compartir mis alegrías y mis tristezas. Por no juzgar las decisiones que he tomado en la vida, por apoyarme, motivarme y ofrecerme una mano para levantarme en los momentos mas adversos de la vida, lapsos de aprendizaje .Por hacerme pasar momentos tan chingones siempre cuando estoy a su lado, pero sobre todo les agradezco con toda mi alma el dejarme ser su siempre leal y muy humilde amigo; lealtad y humildad valores que desde pequeño aprendí a lado de ustedes. Los quiero, Skrts por siempre.

-Juan C. M. E

-Por tu gran amistad y sencillez que admiro de ti, desde el primer momento en que te conocí, por tu gran calor humano, sobre todo por tu sabiduría como persona y como profesional, por permitirme formar y trabajar un proyecto profesional a tu lado. Gracias juancho.

-A mis maestros, Juanita, Enrique y Marisela*:* por su tiempo, apoyo y confianza, hacia con nosotros a lo largo de este trabajo. Muchas gracias

-A la UNAM y FES-IZTACALA

Por enseñarme a tener una visión mas holistica de mi realidad, por dejarme expresar sin represión, sin restricción, mi voz, mi espíritu , también por darme la oportunidad, el privilegio, de pertenecer a la máxima casa de estudios de México, por dejarme portar con mucho orgullo sus colores, azul y oro en mi piel y en mi corazón. Por darme lo que soy y finalmente por hacerme entender y gritar:

"Por mi raza hablara el Espíritu".

Gracias totales .

Atte. ALEJANDRO GARCIA AVILA

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I

PSICOLOGÍA DE LA SALUD 4

1.1 Antecedentes 4

1.2 Bases Teóricas de la Psicología de la Salud 9
1.3 Definición de Psicología de la Salud 10
1.4 El Psicólogo en el área de la Salud 15

CAPÍTULO II

SALUD-ENFERMEDAD 19

2.1. Conceptos 19
2.2 Proceso Salud Enfermedad 22
2.3. Niveles de Prevención 28

CAPÍTULO III

HABITOS DE SALUD 32

3.1 Definición de hábitos de salud 32
3.2. Influencia de los hábitos sobre la salud 36
3.3 Hábitos positivos y negativos de la salud 45

CAPÍTULO IV

LA QUEJA SOMATICA 48

4.1 Clasificación del dolor 48
4.2 Aproximación a la queja somática 52
4.3 Las enfermedades crónico- degenerativa 59

CAPÍTULO V

MÉTODO 63

5.1 Objetivo General 63
5.2 Objetivos Específicos 63
5.3 Hipótesis 63
5.4 Sujetos 63
5.5 Escenario 64
5.6 Definición de Variables 64
5.7 Materiales e Instrumentos 65
5.8 Instrumento 65
5.9 Procedimiento 66

CAPÍTULO VI

RESULTADOS 68

CAPÍTULO VII

ANALISIS DE RESULTADOS 100

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES 101

REFERENCIAS 108

ANEXOS 120

RESUMEN

La presente investigación, es no experimental, descriptiva y de diseño transversal. Teniendo como principales objetivos: examinar si la queja somática influye en los hábitos negativos de salud a fin de conocer si la población modifica sus hábitos a partir de la queja somática, además de determinar si existe una relación significativa entre queja somática y los hábitos negativos de salud. Para recopilar los datos, se utilizaron los instrumentos de “Funcionamiento de la Salud” (FS) y “Funcionamiento Psicosocial” (FP). La muestra fue de 985 sujetos, cuya edad oscila entre los 17 a 77 años. Se aplico la Prueba chi cuadrada, utilizando en programa SPSS. Los resultados, refirieron que existe una relación significativa entre hábitos negativos de salud y queja somática, además que las personas no modifican sus hábitos a partir de la queja somática

INTRODUCCIÓN

Hoy en día sabemos que las enfermedades crónicas en su mayoría están determinadas por los comportamientos y que a su vez son una de las principales causas de muerte a nivel mundial; es a partir de esto que desde hace ya varios años se manifiesta la necesidad social y teórica, por conservar la salud y por prevenir la enfermedad. La insuficiencia y la dificultad del modelo biomédico por explicar el origen y desarrollo de ciertas enfermedades (cáncer hipertensión, diabetes, etcétera…). Hace que emerja y se le otorgue una gran relevancia a la Psicología de la Salud, surgiendo como una disciplina, abocada al papel de la prevención y enfocada más a la salud que a la enfermedad.

El presente trabajo surge a partir de la necesidad de encontrar respuestas a la mejora de la salud. Es por esto, que se desarrollo una serie de capítulos en los cuales, se ahonda en un análisis tanto en las temáticas, del proceso salud – enfermedad, la Psicología de la salud en general, así como también delimitando nuestro trabajo metodológico, en el área de correlación entre hábitos negativos de salud y la queja somática.

Empezamos con el Capítulo 1 destacando los aspectos generales de la psicología de la salud, iniciando con los antecedentes de esta, mencionándose las áreas de la psicología, que contribuyeron en el desarrollo de la psicología de la salud, a través de sus técnicas, progresos y deficiencias. Entendiendo así que el objetivo primordial de la Psicóloga de la Salud es el de identificar y dar tratamiento a los desordenes psicológicos, considerando la mente y el cuerpo del paciente, enfocándose a la interacción entre la persona, la enfermedad y el ambiente del sujeto, siempre dentro de la perspectiva biopsicosocial, incorporando así información psicológica, fisiológica y social; con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar estos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con

las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad.

Otro aspecto relevante abordado en este capítulo fue el referir la importancia del papel del psicólogo en el área de la salud, encontrando así que dicho papel que ejerce en el sector salud es vital, no solo para la evolución de la psicología misma, si no para un mejor desarrollo del sector salud. Dentro de las funciones que se le pueden atribuir se encuentran funciones tales como: la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados con la enfermedad, estudio de factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del servicio.

Dentro del Capítulo 2 mencionamos en un primer momento las concepciones o definiciones del proceso Salud – Enfermedad, es decir que no existe un estado de salud frente a un estado de enfermedad, sino que constituyen un proceso interactuante de salud-enfermedad sustentado en la propia manera como la sociedad se organiza, produce y distribuye la riqueza social; es decir, sobre la base de una sociedad dividida en clases sociales.

Así pues Salud y Enfermedad son conceptos relativos, ya que son manifestaciones de la vida, de un proceso dinámico y evolutivo sometido a múltiples influencias.

En el Capítulo 3 abordaremos las conceptualizaciones de hábitos de salud, así como también hacemos hincapié en la influencia de la salud, también mencionamos la definición de un habito positivo y negativo, en donde un hábito de salud positivo son aquellas conductas que de forma independiente contribuyen a la mejora y mantenimiento de la salud de un individuo. Un hábito negativo de

salud, sería entonces todas aquellas conductas de riesgo, que contribuyen al deterioro de la salud de un individuo.

Los hábitos se desarrollan inicialmente a través del proceso de reforzamiento con determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo a parecen de manera independiente manteniéndose con factores ambientales asociados. Sin embargo una característica de los hábitos de salud, es que son conductas aprendidas y, por ende se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje.

En cuanto al Capítulo 4 retomaremos todo lo relacionado con la variable del funcionamiento Psicosocial la queja somática. Iniciamos vislumbrando la definición y clasificaciones del dolor, viéndolo como una señal de alarma que ayuda a proteger el cuerpo de cualquier daño teniendo múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales; formando así para cada individuo un significado diferente para esta palabra. Estableciendo también dentro de este capítulo de una aproximación a la queja somática, mencionando que la somatización es un término usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales los pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable.

Para finalizar, en los siguientes capítulos 5 se presentará el método empleado para la investigación, en el capítulo 6 los resultados y el análisis de los mismos.

CAPITULO I
PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Antecedentes.

Para, Becoña, Vázquez y Oblitas, (2000), la Psicología de la Salud emerge por cinco razones principalmente:

1. El cambio en los términos Salud-Enfermedad.
2. La dificultad del modelo biomédico por explicar el origen y desarrollo de ciertas enfermedades (cáncer hipertensión, diabetes, etcétera…).
3. El cambio en los patrones de enfermedad, actualmente las enfermedades crónicas en su mayoría están determinadas por los comportamientos.
4. Las inversiones en salud, sin ver mejoría en ésta.
5. El aumento de la investigación y aplicación de la modificación de conducta a diversos trastornos, con la obtención de resultados favorables.

Sin embargo, los primeros trabajos de psicología de la salud se encuentran en el año 1900 con Watson quien realizó estudios de neurología y psicología en contraposición a la psiquiatría, abarcando tres aspectos 1) trabajos sobre retroalimentación y psicología familiar, 2) la detección de la relación entre la enfermedad y estilos de vida; y 3)demostración de que los conceptos psicodinámicos eran oscuros y no proporcionaban una alternativa, cuatro años después Stanley Hall, incluye en su trabajo aspectos preventivos y de higiene, en el año 1922 Wundt empieza a realizar estudios sobre el dolor, mientras que William James en “On vital Reserves: The Energies of men; The Gospel of Relaxation” incursionó en temas que se relacionaban con la condición de invalidez crónica y ejercicios espirituales para alcanzar el bienestar. (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

Ballester (1997), menciona que el primer acercamiento formal de la psicología al área de la salud se llevó a cabo en las facultades de medicina y que Watson fue de los primeros en considerar la importancia de dar formación psicológica a estudiantes de medicina para que éstos pudiesen percibir a sus pacientes de forma integral, en 1950 en la Universidad de Pittsburg se patrocinaron ocho conferencias sobre la relación de la Psicología con la Medicina, en ese mismo año se realizó toda una serie de investigaciones que arrojaban que el número de psicólogos que daban clases en las facultades de medicina iba en incremento, además de conferirles mas responsabilidades.

En el año de 1969, William Shofiel publicó un artículo en el que proponía a los psicólogos que profundizaran en la investigación, sobre temas de salud-enfermedad, con esto la APA (American Psychologycal Asociation) instituyo un grupo al cual denominaron como: Task Force on Health Research, cuyo objetivo consistía en recabar, organizar y difundir la información sobre el estado de la investigación de las conductas relacionadas con la salud, a la par surgen nuevas disciplinas para prevenir o modificar conductas nocivas , la Medicina conductual, la Psicología medica y la Medicina psicosomática son los antecesores de la Psicología de la Salud moderna (Bazan 1997, citado en Flores 2001)

En los años 60´s la medicina psicosomática cambia el enfoque a nuevas aproximaciones como lo son las interrelaciones entre los factores psicológicos y sociales, las funciones biológicas y fisiológicas, así como el desarrollo de la enfermedad, con lo anterior en los 70´s la <medicina conductual> la cual se basa en el conductismo y propone que la conducta es el resultado de los tipos de aprendizaje, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante, también en ésta época se demostró que los eventos psicológicos, particularmente las emociones tienen gran influencia sobre las funciones corporales, así se encontró que el vínculo entre la mente y el cuerpo es mas directo y penetrante. (Bellamy, 1995).

A finales de los 70´s, en 1978 cuando la división de psicología de la salud se introduce en el campo, sus principales antecedentes surgen a través de la necesidad de entender la interrelación existente entre la vida emocional y los procesos corporales, es así como aparece el campo de la medicina psicosomática, en la cual principalmente se encontraban inmersos médicos y psicoanalistas, sus primeras investigaciones tuvieron un enfoque psicoanalítico.

En los ochentas la psicología de la salud tuvo un rápido crecimiento en los países desarrollados, tales como Estados Unidos en 1984 en el que el psicólogo fue reconocido como parte del equipo médico, las actividades del equipo médico se encuentran dirigidas a la planeación de programas preventivos, a la investigación y enseñanza en facultades de medicina o al nivel de posgrado en psicología. Sin embargo, tal aceptación, desarrollo e inclusión del psicólogo al equipo médico, depende del apoyo que cada nación le de a la psicología como disciplina y como profesión. (Holtzman, 1993).

En países que se encuentran en desarrollo como lo es el caso de México en el que domina el modelo médico, la psicología se desarrolla lentamente y no se le permite al psicólogo la inserción al equipo médico.

Por otro lado, aun cuando el desarrollo de la psicología de la salud ha sido un tanto lento han surgido algunas disciplinas que se encuentran íntimamente relacionadas con ella, como: la salud conductual, la medicina conductual, la psicología médica entre otras; que tienen como objetivo el destacar la importancia del comportamiento como base de la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud (Latorre, 1994).

A continuación, revisaremos algunas de las disciplinas que se encuentran relacionadas de alguna forma con la psicología de la salud.

Medicina Conductual

Está definida como un campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de la ciencia médica y conductual relevantes a la salud-enfermedad, así como la aplicación de dichas técnicas para la prevención, tratamiento y rehabilitación.

Su campo de acción se encuentra en la obesidad, el dolor crónico, adherencia a los tratamientos médicos largos, diabetes, cáncer, conducta y asma; sus principales estrategias son: las técnicas de bioretroalimentación, métodos de autocontrol y las denominadas estrategias de afrontamiento (Salinas 1995)

Psicología Médica.

La psicología médica, según Merani (2004) se define como cualquier investigación psicológica de interés médico

Desde hace 20 años surge en algunos países una categoría de médicos que se interesan cada vez más por comprender a sus pacientes, esto a través de la comprensión de su personalidad así los trastornos que padecen, como resultado de dicha búsqueda surge la psicología médica, que se enfoca en las reacciones psicológicas de los pacientes atacados por una afección.

Dicha disciplina forma psicológicamente al médico para que pueda comprender mejor al paciente a quien trata, percibiéndolo en su contexto psicosocial, recurriendo así una concepción de la enfermedad humana que a menudo se opone a la enfermedad experimental o a la enfermedad espontánea de los animales (Schneider, 1985), la psicología médica utiliza a los principios psicológicos para el diagnóstico y evaluación de la enfermedad física centrándose en el contexto psicológico y social de la persona. (Pinkerton, Hughes y Wenrich, citados en Salinas 1995.).

Medicina Psicosomática

Según Schneider (1985). Es la relación etiopatogénica entre los conflictos emocionales y los trastornos somáticos funcionales, orgánicos e incluso lesionales. Otros autores como Weiner (1985), citado en Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) la definen como una aproximación a la enfermedad basada en la hipótesis y observación de los factores sociales y psicológicos que juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento de muchas enfermedades; también se centra en la enfermedad, utilizando modelos conceptuales subjetivos como las teorías psicodinámicas, por lo que ha sido ampliamente criticada ya que su metodología de investigación e intervención, es poco objetiva, de difícil generalización y sólo se practica con una población de uno.

Psicología Clínica

Se define como un subcampo de la psicología de la salud y sus antecedentes están relacionados con la inserción profesional del psicólogo en ambientes de atención a la salud física y mental y cuyo énfasis está en ayudar a pacientes en distrés; utilizando técnicas conductuales principalmente dirigidas a modificar la conducta del paciente en la dirección fijada por los objetivos del sistema y los cuidados del mismo (Salinas 1995.)
El mismo autor expone las principales áreas en las cuales interviene la Psicología Clínica de la Salud:

1. Aliviar el distrés del paciente.
2. Enseñanza de habilidades de entrevista y psicodiagnóstico al personal de salud, para mejorar su práctica profesional y mejorar la calidad de la atención médica.
3. Promover cambios en los ambientes hospitalarios.
4. Promover cambios de patrones de interacción familiar frente al enfermo.
5. Manejo adecuado de la enfermedad.

6. Mejorar las facilidades del uso de los servicios, la comodidad y satisfacer las necesidades de los pacientes.
7. Trabajar con los sentimientos del personal de salud para facilitar su relación terapéutica con pacientes específicos.

Dichas disciplinas tienen sus raíces en diversas bases teóricas, de las cuales abordaremos algunas a continuación.

1.2 Bases Teóricas de la Psicología de la Salud.

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

Como sabemos el principal objetivo de la Psicología de la Salud es identificar y dar tratamiento a los desordenes psicológicos, considerando la mente y el cuerpo del paciente, enfocándose a la interacción entre la persona, la enfermedad y el ambiente del sujeto, siempre dentro de la perspectiva biopsicosocial, incorporando así información psicológica, fisiológica y social. (Engel, 1971; citado En: Santacreu, 1991).

Por ello, resultaría imposible hablar de la Psicología de la Salud, omitiendo alguna de las bases teóricas siguientes, ya que dichas bases enriquecen a la psicología de la salud en alguna de las áreas que toma en cuenta para el tratamiento del paciente.

Algunas teorías sobre las cuales se basa la Psicología de la Salud son, las propuestas por Peterson, (1989); En: Stone, (1979), Lapowski, (1976); En: Stone, (1983), Ramírez y Cortés, (1999) y Maddux, Roberts, Sledden y Wriht, (1986), En: Sarafino, (1994), respectivamente:

Teoría del afrontamiento: La teoría del afrontamiento propuesta por Lazarus (1991), todavía representa el punto de vista predominante para estudiar las relaciones entre ser humano, estresores y conducta, dicha teoría se enfoca a la forma en que el individuo responde al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente, así mismo, estudia el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos. Esta teoría sugiere que el concepto de enfermedad evoluciona sistémica y predeciblemente.

Teoría Psicosomática: Dominada por los psicoanalistas, menciona que los estresores ambientales provocan un estado emocional individual y particular a la cultura, familia e individuo; dicho estado emocional determinará la ayuda fisiológica que requiera, obteniendo así que la enfermedad y su cura están ligados en si mismos, manteniendo la salud y enfermedad en un juego entre sistemas sociales, ambientales, cognitivos y fisiológicos. También puede ser entendida como la interacción entre los estresores biológicos, procesos simbólicos y las reacciones del cuerpo (Ramírez y Cortés 1999)

Teoría Humanística: Analiza la forma en la que los seres humanos desarrollan personalidades sanas y como llegan a esa meta, tiene como objetivo proporcionar herramientas para que el individuo reconozca los recursos internos con los que cuenta, como el desarrollo de su conciencia participativa y el poder de reconocimiento y comunicación de sus emociones, así como la formulación de alternativas y metas de vida.

Teoría de la salud conductual: Estudia las conductas guiadas hacia la salud o reforzadas a través de hallazgos de salud; se encuentra basada en el conductismo ya que para establecer ésta teoría se utilizó la teoría del aprendizaje, la cual propone que éste (aprendizaje), resulta del condicionamiento clásico, en el que el estímulo condicionado evoca una respuesta, o el condicionamiento operante en el que la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o castigo, también establece que las emociones influyen en las

funciones corporales y es a partir de estos hallazgos que surge el campo de la medicina conductual.

Teoría del Desarrollo: Define la capacidad para aprender, modificar la conducta, adaptarse a situaciones nuevas, permite establecer los factores del desarrollo relacionados a la salud. La aproximación del desarrollo comprende dos elementos principales, la intervención temprana que es básica para el mejoramiento del estado de salud con una orientación hacia el futuro, y el otro elemento es el análisis de problemas de cada fase del desarrollo.

Sin embargo, debido a la diversidad del comportamiento humano y que en el caso de la salud influye un nuevo factor que es el biológico; el trabajo en este caso del psicólogo debe ser el evaluar las interacciones entre la persona, la enfermedad y el ambiente para poder formular un diagnóstico y estrategia de tratamiento, por tal motivo el especialista en esta área debe de trabajar bajo una perspectiva biopsicosocial, para incorporar información fisiológica, psicológica y social (Engel, 1977)

Como pudimos darnos cuenta la psicología de la salud tiene sus raíces en diferentes bases teóricas, lo que nos hace pensar que dificulta de alguna forma que el psicólogo dedicado a dicha área determine un papel vital en esta.

Sería imposible abordar a la psicología de la salud tomando en cuenta solo alguna de sus bases teóricas, ya que dejaríamos de lado algunos factores importantes para la psicología de la salud y que no son abordaos en todas las corrientes teóricas.

Ahora bien, una vez determinadas las diferentes bases teóricas sobre las cuales se rige la psicología de la salud podemos abordar las diferentes definiciones o vicisitudes de esta.

1.3 Definición de Psicología de la Salud

Una de las primeras vicisitudes para definir a la psicología de la salud fue realizada por (Stone 1979; citado En: Roa, 1995), al argumentar que “al hablar de psicología de la salud se tiene que englobar todos los conceptos teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en las diferentes ramas del sistema de salud” (pp.504).

Más adelante, varios autores también propusieron definiciones sobre esta como Taylor (1986); citado En: Latorre, (1994) que expone “la psicología de la salud es el campo dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud de una persona, el proceso por el que se llega a este, y como responde una persona cuando esta se enferma” (pp.20).

Por otra parte Holtzman, (1993) expone que: La psicología de la salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud. Comprende además el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física. (pp.142)

En España en la Universidad Autónoma de Madrid. Carroboles (1993); citado en Buela, Sierra y Carrobles, (1995) refiere que: la psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la alud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar estos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad.(pp.29)

En México, Rodríguez y Palacios (1989) la definen como: “la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud” (pp.94).

De esta manera se puede realizar una clasificación de las definiciones, en donde podemos ubicar las que enfatizan la prevención y tratamiento de las distintas enfermedades, como la expuesta por Carrobles (1993); y las que acentúan la promoción y mantenimiento de la salud como las formuladas por Taylor, Holtzman, Rodríguez y Palacios. Siendo la definición de Matarazzo (1980); reconocida como oficial internacionalmente, ya que es la que describe con una mayor exactitud las funciones del psicólogo en este ámbito, por ello es la definición que nosotros consideramos la más acertada y con una visión más amplia:

El conjunto de aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología dirigida a la promoción y el mantenimiento de la salud, prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de sus correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Ahora bien, basándose en lo anterior; Buela, Sierra y Carrobles (1995) menciona que la división de psicología de la salud de la APA ha establecido diez objetivos prioritarios para esta:

1.-Entender como las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques médicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.

2.- Comprender y evaluar la relación existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.

3.- Comprender la naturaleza de respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.

4.-Entender como los métodos conductuales y cognitivos pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.

5.-Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar programas dirigidos a incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.

6.-Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.

7.- Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y a las fuentes de problemas en lo que respecta a las relaciones medicó paciente se refiere.

8.- Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan estos para mejorar la eficiencia del tratamiento.

9.- Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.

10.- Descubrir y entender como las técnicas y los principios psicológicos pueden ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Concluyendo y de manera general, Becoña, Vázquez y Oblitas (2000). Mencionan que la psicología de la salud emerge principalmente por cinco razones:

1.-El cambio en la concepción de los términos salud y enfermedad.

2.-La dificultad del método biomédico por explicar el origen y desarrollo de ciertas enfermedades (cáncer, hipertensión, diabetes).
3.- El cambio en los patrones de enfermedad, actualmente las enfermedades crónicas en su mayoría están determinadas por los comportamientos.
4.- Las inversiones en salud, sin ver una mejoría en esta.
5.-El aumento de la investigación y aplicación de la modificación de la conducta a diversos trastornos, con la obtención de resultados favorables.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, es importante definir cual es el papel del psicólogo dentro del área de la psicología de la salud, ya que su papel debe tomarse en cuenta para el desempeño de la disciplina como tal.

1.4 El Psicólogo en el área de la Salud.

Como hemos podido darnos cuenta, al psicólogo de la salud se le pueden atribuir diversas funciones tales como: la promoción y mantenimiento de la salud, tratamiento de aspectos relacionados con la enfermedad, estudio de factores psicosociales que contribuyen a la salud, el estudio del impacto de las instituciones sanitarias, así como la elaboración de recomendaciones para el mejoramiento del servicio. (Matarazzo, 1980).

Por otro lado, la OMS, citada en Holtzman, (1993) en el periodo de 1984 a 1989 citó cuatro actividades en las cuales el Psicólogo de la Salud puede desempeñarse:

- El desarrollo de políticas de salud mental y la promoción, coordinación, evaluación y sostén de programas por todo el mundo.
- Mejor entendimiento de los factores psicosociales en la promoción de la salud y el desarrollo humano.
- Prevención, control de abuso del alcohol y drogas.
- La prevención y el tratamiento de desórdenes mentales y neurológicos

Los escenarios en que se puede desempeñar el psicólogo de la salud según Rodríguez y Rojas (1996), citados en Becoña, Vázquez y Oblitas (2000). Son: instituciones de enseñanza superior, centros de asistencia (clínicas, hospitales e institutos de salud en los tres niveles de atención), y en la práctica privada enfocada a la atención individual o de pequeños grupos.

En el área de evaluación y diagnóstico las estrategias utilizadas en psicología de la salud generalmente se encuentran determinadas por dos tradiciones, la primera es la procedente de la psicología de la salud cuya perspectiva se basa en las variables personales y los métodos utilizados son, las entrevistas, los autoinformes y las escalas de apreciación y la segunda la procedente de la medicina conductual, ésta toma en cuenta las variables moleculares (psicofisiologicas y conductuales, los métodos que propones tienen que ver con el registro mediante instrumentación y aparataje o la observación en situaciones controladas, Fernández (1996).

Por otro lado, en el área de promoción y mantenimiento de la salud, el psicólogo puede dar entrenamiento a las personas para que desarrollen habilidades y así puedan mejorar su etilo de vida, en dicho entrenamiento, se incluye, manejo de estrés, entrenamiento biofeedback y manejo de tiempo, así mismo dichos entrenamientos pueden dar mayores resultados al ser aplicados a grupos o comunidades. Sheridan y Radmacher, (1992).

En la promoción y mantenimiento se considera de suma importancia evitar la enfermedad, fomentando y manteniendo conductas o hábitos de la salud.

El área de prevención se refiere a los niveles de prevención primaria y secundaria; consiste en la reducción de factores de riesgo que se encuentran asociados a diversas enfermedades, también se incluyen programas dirigidos a personas que tiene conductas de alto riesgo, Morales (1999).

El tratamiento se encuentra íntimamente ligado a la prevención, ya que se refiere al tercer nivel de ésta última y se compone de diversas técnicas terapéuticas de corte conductual dirigidas a personas con alguna enfermedad.

En 1987 Tulkin, citado por Roa (1995), divide en seis las intervenciones del Psicólogo.

- Tratamientos alternativos no farmacológicos, que incluyen enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos.
- Tratamiento psicológico como intervención primaria, que se da cuando los tratamientos médico tradicionales fracasan.
- Tratamiento psicológico auxiliar, que se aplica cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos como el estrés.
- Afrontamiento a procedimientos médicos invasivos, como la quimioterapia, trasplantes de medula, etcétera.
- Adaptación a enfermedades crónicas, aquí las intervenciones incluyen estrategias para el manejo de dolor y estrés, adquisición de conductas de adaptación y afrontamiento, así como la modificación del estilo de vida.
- El cumplimiento, en el que se aplican estrategias encaminadas a que los pacientes se adhieran a los diversos tratamientos farmacológicos.

Basándonos en lo anterior, el psicólogo de la salud interviene utilizando principalmente técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, reforzamiento y autocontrol; en trastornos como: dolor crónico, asma, padecimientos gastrointestinales y psicosomáticos, hipertensión, cáncer, estrés, diabetes y cefaleas entre otros; el fin de su intervención es reducir malestares, ayudar al individuo a adaptarse a la enfermedad, cumplir con las indicaciones del médico y reducir la angustia.

Por último, su papel dentro de la investigación consiste en planear, diseñar y conducir estudios específicos sobre la incidencia de alguna enfermedad, de factores de riesgo o de hábitos de salud.

Salinas (1995). Detectó las principales tendencias y contribuciones de la investigación en psicología de la salud:

- Estudios relacionados con las conductas de salud: conducta autodestructiva, abuso de drogas, propensión a accidentes, conductas preventivas de enfermedad, papel del enfermo, ajuste a la enfermedad crónica.
- Estudios del sistema de cuidado de salud: procesos del cuidado de salud, ambientes de tratamiento, aparatos y proveedores del sistema de salud.
- Estudios sobre planeación y movilización de recursos de salud.
- Estudios sobre reducción de amenazas de salud: efectos ambientales y conductas de protección ante desastres.

Sin embargo, en muchas ocasiones la investigación no se vincula con la práctica, puede indagar naturaleza y propiedades de los procesos psicológicos pero se puede también dejar del lado la reflexión importante para insertarse en ésta área.
Para poder insertarse en el área de la psicología de la salud se considera necesario el conocer y tomar en cuenta los conceptos salud-enfermedad.

CAPÍTULO II
SALUD-ENFERMEDAD

2.1 Conceptos.

La concepción de la salud y de la enfermedad ha cambiado a lo largo del tiempo y de la cultura, es decir, no existe una definición universal; cada sociedad define a la salud y a la enfermedad de forma peculiar desde su punto de vista particular.

El término salud, proviene del latín *salus-utis* y significa el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, Perea (2004). La lucha del hombre por su salud ha sido una constante de todos los tiempos y en todas las culturas, durante un largo periodo de tiempo el concepto de salud ha estado ligado a la historia de la medicina y a la salud pública y la visión salud y enfermedad ha sido considerada de forma diferente según las diversas sociedades, (Foster y Anderson, 1978, citados en Perea 2004)

Por otro lado, la definición de salud según la OMS (Organización Mundial de la Salud), él termino salud se refiere no solo a la carencia de la enfermedad, sino a la posesión de un bienestar físico, social y mental completo, que debe ser extensible a toda la sociedad y que además se encuentra sujeta a un carácter subjetivo (me encuentro bien) así como a una evidencia objetiva de no padecer enfermedad o ser portador de signos de enfermedad.

La OMS, también define a la salud, como: la ausencia de enfermedad o invalidéz, unida al completo bienestar físico, psíquico y social.

Así mismo, el sentido de salud ha ido evolucionando en función del modelo histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos. En los primeros años de la historia se mantuvo, durante un largo periodo de tiempo, el pensamiento primitivo (mágico-religioso), centrado en la creencia de que la enfermedad era un castigo divino, aunque dicha actitud aún se mantiene en algunos lugares, tales como África, Asia, Australia y América.

Fueron las civilizaciones egipcia y mesopotámica las que iniciaron el primer cambio conceptual, pasando del sentido mágico religioso a un desarrollo de la higiene personal y pública. En la antigua civilización hebrea, la Ley Mosaica contiene uno de los primeros códigos sanitarios de la humanidad: prescribe ordenamientos estrictos sobre higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles, algunas de ellas todavía vigentes.

En la civilización romana el saneamiento del medio ambiente y el cuidado del cuerpo eran la principal preocupación sanitaria, reflejándose en la aplicación de los conocimientos con carácter urbanístico a la salud pública y construyendo grandes acuerdos para la dotación de aguas, como también para el alejamiento de las sustancias de desecho.

En el siglo XIX, con los avances en bacteriología, y en la primera mitad del siglo XX, con el descubrimiento de Fleming de la penicilina, la comercialización de los antibióticos, la creación de los centros de Seguridad Social y las campañas de vacunación, se abrieron nuevas perspectivas de optimismo en cuanto al riesgo de enfermedades transmisibles. No obstante, se comprobó el carácter multifactorial de la enfermedad ya que, entre otras, las condiciones sanitarias deficientes y las carencias nutricionales tenían gran influencia en la aparición y gravedad de los padecimientos, así como también una serie de factores psicosociales (Vargas y Palacios, 1993).

La Organización Mundial de la Salud en su Carta Magna (1946) define la salud como: Completo estado de bienestar físico, psíquico y social. Aunque ésta definición supuso una revolución en el sistema sanitario, ya que incluía junto con la dimensión física también la psíquica y social, no obstante ha sufrido numerosas criticas, fundamentalmente se ha calificado como absoluta estática y utópica. Algunos autores como Terris (1980), citado en Ballester, (1997) llegaron a proponer la eliminación del término completo formulando una definición de salud, como un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Hasta este momento son numerosas las definiciones que se han formulado sobre el concepto salud, encontrando un elemento en común entre todas, la formulación de la salud en términos positivos, es decir, actualmente ya no se entiende sólo como la ausencia de enfermedad.

Por otro lado, la enfermedad es un trastorno en la estructura o en la función del individuo, Saéz, Font, Pérez, Márquez, (2001).

Uno de los más grandes descubrimientos de la medicina fue conceptuar la enfermedad como fenómeno natural. Los primeros en saberlo fueron los egipcios, hace más de 4 000 años, pero algunos siglos después se olvidó. Entonces volvió a considerarse un acontecimiento sobrenatural, por más de 3000 años hasta hace 450 años, durante el renacimiento, cuando se entendió nuevamente este concepto.

En la época de las cavernas, antes de la formación de grupos sociales, la salud y enfermedad estaban en relación con la naturaleza; el hombre estaba en condiciones de inferioridad en relación al ambiente, siempre expuesto a accidentes, en lucha con el clima y con los demás seres vivientes haciendo que la enfermedad y la mortalidad tuviese índices muy altos.

Cuando la enfermedad se juzgaba sobrenatural, se atribuía a demonios o castigos divinos, por ello permanecía incomprensible al entendimiento humano, asustaba; sólo podía combatirse con rezos o brujería. En cambio, los fenómenos naturales pueden estudiarse, con lo que se logra progresar en estas ciencias.

Desgraciadamente, algunas personas aun atribuyen los padecimientos a hechiceros, hablan de sanciones divinas y tal ignorancia resulta fatal para el paciente, por el tiempo que ha perdido antes de utilizar el servicio médico capacitado.

Los ecólogos estiman a la enfermedad como un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo viviente, y otros más argumentan que la enfermedad es la falla de los mecanismos de adaptación del individuo, que origina trastornos de la anatomía y fisiología.

Con lo anterior podemos agregar una definición más de salud y enfermedad; para ello un paso muy importante en la identificación de la salud, lo constituyó el modelo científicos social, que demostró que no existe un estado de salud frente a un estado de enfermedad, sino que constituyen un proceso interactuante de salud-enfermedad sustentado en la propia manera como la sociedad se organiza, produce y distribuye la riqueza social; es decir, sobre la base de una sociedad dividida en clases sociales. (Gomezjara y Ávila, 1989).

2.2 Proceso Salud Enfermedad.

Los estados de salud y enfermedad representan como ya lo hemos explicado, dos grados extremos en la variación biológica del organismo con una imperceptible graduación intermediaria entre los dos polos (Vargas y Palacios 1993.) Ellos son la resultante del éxito o del fracaso del organismo humano para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones variables del ambiente de vida del hombre. Dos grandes tipos de factores generales influyen sobre nuestra capacidad de

tolerancia y de adaptación a los factores del ambiente: las imperfecciones biológicas (anatómicas, fisiológicas; hereditarias y congénitas) y los factores adversos a nuestra biología que pueden existir en el ambiente externo; adversos por su calidad o cantidad y en el sentido de incapacidad relativa o absoluta del organismo humano para adaptarse a ellos.

Son factores como la selección genética del grupo y las variaciones fisiológicas y psicológicas individuales las que nos permiten esa variación y esa adaptación gradual entre salud y enfermedad, y viceversa, además de todos los mecanismos defensivos específicos e inespecíficos que el organismo pone en juego frente a factores no tolerables por el organismo (ejemplos: las infecciones, las alergia o la arteriosclerosis).

La influencia de los factores biológicos-genéticos y la de los factores externos se ejerce a través de toda la vida del individuo. Primero, el hombre recibe por herencia biológica, cierto genotipo de sus padres que condiciona su constitución. El nacimiento es solo un incidente en el desarrollo de la constitución, que es un proceso permanente desde el momento de la fecundación hasta la muerte. Durante toda la vida intrauterina, el individuo depende exclusivamente de la madre. En la época prenatal, el organismo en desarrollo, y por la tanto la constitución, están sometidos a influencias no solo genéticas, sino que también externas, a través de la alimentación de la madre, infecciones, traumatismos, etcétera. Después del nacimiento, el individuo empieza a recibir ampliamente las influencias del ambiente externo tanto sobre su constitución física como psíquica.

Inevitablemente los riesgos y tensiones del ambiente adquieren importancia creciente a medida que el individuo se socializa; a esto se agregan los grandes cambios fisiológicos y las crisis emocionales de la vida. Para hacer frente a todo esto, el individuo depende de su constitución (heredada y adquirida) y de las ayudas artificiales de la ciencia y la sociedad (cultura, medicina, saneamiento, etcétera).

Se puede decir, que tanto los factores genéticos como los factores ambientales actúan simultáneamente, dando lugar a la constitución. Este es el producto de la interacción continua de fuerzas favorables o desfavorables sobre el genotipo. Dentro de los límites que este permite, la constitución se modifica en forma natural a través de toda nuestra vida. En el ambiente existen factores naturales que favorecen el proceso de salud y factores que lo perjudican desadaptando al individuo; ambos tipos de factores influyen sobre la constitución individual y determinan la experiencia en relación a salud y enfermedad. Antes del nacimiento el ambiente externo influye en nuestra constitución a través de la nutrición y de las infecciones de la madre; después del nacimiento, la constitución se desarrolla lentamente influida por todos los factores externos.

Tarde o temprano, la muerte pone punto final a la vida del individuo. Es lo único seguro que tenemos, por que inevitablemente sucede. Pero el acontecimiento puede acaecer antes o después, dependiendo de los riesgos ambientales y psicosociales que debamos afrontar en vida y de nuestra constitución. Perea (2004).

A hora bien, en la práctica, la salud del individuo depende de la forma en que satisfaga sus necesidades elementales de adaptación, lo cual en gran parte depende de lo que la organización social ofrezca. Al analizar las múltiples causas que producen la salud y la enfermedad, generalmente se encuentra que derivan de imperfecciones de la organización social humana.

Es por esto, que, actualmente el proceso de salud-enfermedad ha dejado de concebirse como algo exclusivamente biológico e individual.

Para Chavarría, (2005), la salud y la enfermedad se encuentran en relación directa, en unidad relativa y en oposición permanente, ambas coexisten en una totalidad formando los polos de un mismo proceso sin mantener una relación mecánica o lineal. La permanencia de uno de los polos puede ser con diferente

duración y de distintas manifestaciones, así como el tiempo y la forma como se manifiesta está determinada por diversas condiciones.

Por lo tanto, se puede definir al proceso de salud-enfermedad como un proceso difásico en el que se trata de mantener el equilibrio interno a través de mecanismos de regulación que incluso le permitan modificar el medio.

Generalmente, cuando hablamos de salud, exclusivamente la entendemos como el estado de equilibrio del hombre a nivel biopsicosocial y enfermedad por separado es el desequilibrio del organismo a nivel biológico, psicológico o social, San Martín (1998) considera a la enfermedad como un desequilibrio ecológico en el funcionamiento de un organismo vivo.

El estudio del proceso salud-enfermedad se hace desde su historia, es decir inicio, duración, evolución hasta su resolución en forma natural, esto se describe como una relación sistematizada de fenómenos que se inicia cuando el hombre en estado de salud se expone a una serie de factores desencadenantes de una enfermedad y se aplica a enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidente.

De acuerdo a Herreman (1984) el proceso salud – enfermedad implica:

-Salud y enfermedad, son conceptos relativos, ya que son manifestaciones de la vida, proceso dinámico y evolutivo sometido a múltiples influencias.

-El proceso salud-enfermedad ocurre de tal forma que los extremos pueden describirse en forma más o menos precisa: la salud absoluta y la enfermedad inequívoca. Sin embargo, los múltiples pasos intermedios tienen límites difícilmente precisables.

-La enfermedad puede considerarse como cualquier alteración de la integridad y funcionamiento orgánicos del individuo y sus causas pueden originarse en la esencia misma del individuo o del entorno.

-La salud puede considerarse como cualquier condición favorable, benéfica y satisfactoria de la integridad y funcionamiento del individuo y sus causas puede originarlas el individuo o el entorno.

Es decir, la salud parece ser estado ideal y utópico, al que el individuo tiende de modo natural. También puede señalarse con lo anterior que entonces, la vida humana es la constante lucha del individuo naturalmente enfermo por alcanzar un estado ideal representado por la salud. (Herreman, 1984)

Es un error partir de la salud como un estado ideal, por que ella al igual que la enfermedad es un conjunto de condiciones y situaciones, como proceso no existe la salud absoluta ni de un estado utópico, es decir, alguien puede estar sano de muchas de sus funciones y tener una caries, pero eso no lo define como totalmente enfermo y tampoco como totalmente sano, solamente estaríamos ante un individuo que esta sano de de muchas de sus funciones, incluidas las psicológicas desde luego, y tiene problemas con alguna de ellas. Entonces, tendríamos que hablar de sujetos naturalmente sanos y de su proceso. (Cortés y Ramírez 1998).

-La interpretación del proceso salud enfermedad está determinado por múltiples factores, tanto objetivos como subjetivos, como los biológicos, los psicológicos, los culturales, religiosos, sociales, políticos, ecológicos, etcétera. Con lo anterior queda claro que las normas y parámetros con los que se estipula en un momento dado que es la salud y enfermedad, depende directamente de la persona que esgrime el juicio.

-Por último la realidad de cada ser humano debe ser considerada ir y venir de la vida que, como péndulo, oscila entre la salud por un lado, y la enfermedad y muerte.

Por otra parte, el esquema de Leavell y Clark del proceso salud-enfermedad sigue teniendo gran importancia, ya que describe de una manera sistemática y completa el proceso salud-enfermedad y también resume las principales características de este, a continuación se presenta el esquema de Leavell y Clark, citados, En: López (2003).

<table>
<tr><td colspan="2">Periodo Pre patogénico</td><td colspan="5">Periodo Patogénico</td></tr>
<tr><td rowspan="6">Agente

Huésped

Ambiente</td><td rowspan="6">-Biológico
-Fisicoquímico
-Psicosocial

-Herencia
-Inmunidad
-Grupo étnico
-Edad, sexo
-Hábitos
-Ocupación

-Físico
-Biológico
-Socioeconómico
-Cultural</td><td colspan="4" rowspan="2"></td><td>Muerte</td></tr>
<tr><td>Invalidez</td></tr>
<tr><td colspan="3" rowspan="2"></td><td rowspan="2">Etapa avanzada</td><td rowspan="2">Gravedad</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2"></td><td rowspan="2">Etapa inicial Síntomas y Signos</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Incubación</td><td>Reacciones titulares</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">Interacción inicial Agente huésped</td><td colspan="4">Latencia sub clínica portador</td></tr>
</table>

Cuadro 1.- Historia Natural de la Enfermedad

Teniendo en cuenta el cuadro de Leavell y Clark del proceso salud-enfermedad, se pueden intervenir en cualquiera de las etapas del proceso a través de alguno de los niveles de prevención.

2.3 Niveles de Prevención.

La prevención agrupa el conjunto de las medidas destinadas a prevenir o evitar los riesgos, toda prevención correcta comprende un buen conocimiento global de la población, la identificación de los factores de riesgo de los individuos y una buena visión general de la epidemiología comunitaria.

La prevención es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de l a salud y la enfermedad. Conociendo la historia social de la salud-enfermedad, la epidemiología puede promover medidas t técnicas para prevenir la enfermedad y promover la salud (Sáez, Pérez, Font, Márquez, 2001).

Según el momento de la intervención podemos distinguir tres niveles de prevención:

1.- La prevención primaria dirigida a impedir o retardar la aparición de la enfermedad por procedimientos específicos. Tiene por objetivo la disminución de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección (Rochon, 1992, citado en Sáez, Pérez, Font, Márquez, 2001).

Por otra parte, Gomezjara y Ávila (1989), mencionan que el objeto de la prevención primaria es el fomento y la promoción de la salud, para evitar la iniciación de los procesos patológicos, mediante la educación para la salud y la protección específica contra algunos padecimientos.

De igual manera, Ardila (2000) la define como: el conjunto de actividades encaminadas a reducir el riesgo y la aparición de problemas de la salud, a propiciar y a reforzar factores protectores y las actitudes de la comunidad, que permiten la detección de los problemas y acceso a los servicios disponibles.

La OMS define a la prevención primaria como todas las acciones destinadas a disminuir la incidencia de una enfermedad en una población reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos.

2.- El segundo nivel, es la prevención secundaria la cual se dirige a detener el proceso patológico lo antes posible después de su aparición. Las técnicas esenciales son aquí el seguimiento y la vigilancia de prácticas de alto riesgo, así como la educación sanitaria sistemática y especifica. Está destinada a detectar, en un estadio precoz, las enfermedades que no pueden evitarse con la prevención primaria. El objetivo es la aplicación inmediata de los tratamientos y la protección de los individuos del entorno; la prevención secundaria debe aplicarse sobre bases epidemiológicas en poblaciones teóricamente sanas.

La OMS define la prevención secundaria como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencía de una enfermedad en una población, reduciendo la evolución y la duración de la enfermedad, Sáez, Pérez, Font y Márquez (2001).

Para Gomezjara y Ávila (1989). El objetivo de la prevención secundaria es limitar el progreso de los procesos morbosos y evitar sus complicaciones y secuelas o la invalidéz resultante. La acción básica para conseguirlo será principalmente la detección oportuna de dichos procesos, es decir, el uso de procedimientos que nos hagan conocer a tiempo “focos rojos de alarma” y efectuar el tratamiento correcto y oportuno que elimine o controle el daño.

Es decir, que la prevención secundaria se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que está se ha iniciado (mantenimiento de la salud), que a diferencia de la primaria su función primordial se encuentra en el seguimiento de la adherencia al tratamiento, es decir que el riesgo de que el daño o enfermedad incremente y sea cada vez menor.

La actividad principal del psicólogo debe ser crear, promover y activar conductas saludables y a su vez que éstas sean mantenidas por el paciente.

3.-Por lo que respecta a la prevención terciaria, un tanto discutida como tal, tiene como objetivo limitar problemas ya existentes preparando la rehabilitación física, social y mental del paciente y evitando, en una serie de acciones pospatogénicas, la repetición de un nuevo proceso patológico similar en el mismo individuo o en otros. Las acciones que pueden lograr la consecución de este objetivo son, entre otras, la vigilancia ulterior del paciente, el consejo genético, la rehabilitación misma, etcétera.

Sáez, Pérez, Font, Márquez (2001). Definen que el objetivo de la prevención terciaria es impedir las recaídas y reducir las complicaciones o las secuelas de las enfermedades o de los accidentes a partir del tratamiento y de la rehabilitación. En la prevención terciaria de hecho, se halla integrada en la asistencia médica y forma parte del tratamiento.

La OMS la define como todas las acciones destinadas a disminuir la prevalencía de las incapacidades crónicas en una población reduciendo al mínimo las invalideces funcionales consecutivas a la enfermedad.

Dentro de la prevención, la educación para la salud se convierte también en un punto importantísimo en el abordaje de la problemática salud-enfermedad. En la actualidad, la educación para la salud representa un conjunto de conocimientos y prácticas que se transmiten a la población a través de estrategias de enseñanza-aprendizaje, para que las personas por ellas mismas, puedan, voluntaria y conscientemente, modificar comportamientos individuales y/o sociales, y adoptar aquellos que favorecen la salud, Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996).

Un último tipo de prevención es el tratamiento, este incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica, Amigo, Fernández y Pérez (1998).

Dentro de esta actividad el psicólogo hace uso de las técnicas de intervención dependiendo del caso y de las habilidades del terapeuta.

Tulkin (1987; citado. En: Roa, 1995), divide las intervenciones en seis áreas:

1) Tratamientos alternativos no farmacológicos, incluye enfermedades que pueden ser aliviadas sin fármacos.
2) Tratamiento psicológico como intervención primaria, que se da cuando los tratamientos médicos fracasan.
3) Tratamiento psicológico auxiliar, se aplica cuando los trastornos se agravan por factores psicológicos.
4) Afrontamiento a procedimientos médicos intensivos.
5) Adaptación a enfermedades crónicas degenerativas y a todas sus implicaciones (biopsicosociales).
6) El cumplimiento de tratamientos (adhesión).

Como ya lo mencionamos, el proceso de salud-enfermedad se encuentra permeado por un conjunto de conocimientos y prácticas que son el resultado de una enseñanza aprendizaje ya sea individual o social, a partir de esto, abordaremos los hábitos de salud en el siguiente capítulo.

CAPITULO III
HABITOS DE SALUD

3.1 Definición de Hábitos de la Salud.

Según la definición del diccionario médico de bolsillo en su 24ª edición pag.356 un hábito se refiere a una práctica fija o constante establecida por la repetición frecuente.

Los hábitos de salud son todas aquéllas conductas que la gente practica para el mantenimiento de su salud, los hábitos de salud no son interdependientes, es decir, que no por que practique un hábito de salud se practican todos los hábitos de salud existentes. Las conductas de salud se van modificando con el tiempo y no son gobernadas en cada persona por una serie de actitudes, por ejemplo una chica que usa el cinturón de seguridad para protegerse, además cuida su peso para verse bien y no fuma pues es alérgica al cigarrillo, esto no quiere decir que los hábitos de salud que posee sean hábitos de salud que realmente estén involucrados en su estilo de vida (Harris y Guten 1979).

La principal razón de que los hábitos de salud no sean interdependientes es que es que las conductas están influenciadas por diferentes aspectos como el contenido de una dieta alta en grasas y que al mismo tiempo limita el consumo de sustancias como el alcohol, por otro lado, las razones por las cuales hay baja estabilidad en las conductas de salud es por la experiencia de estas. (Leventhal & Cleary, 1980).

El sedentarismo es un ejemplo de los hábitos de vida asociados con un mayor riesgo en la aparición de diversos problemas de salud, tales como: sobrepeso y cardiopatías, por ello , la promoción de la actividad física debe promocionarse como una necesidad, tanto entre las intervenciones dirigidas a reducir el riesgo de

enfermedades cardiovasculares en general y cardiopatías en particular, como de diabetes y trastornos del aparato locomotor, Cortés, Ramírez, Cabrera, Calderón, Watanabe, Barrientos y Lazcano(1989).

La prevención primaria debe ser tomada muy en serio para el fomento de hábitos saludable de salud y prevenir la aparición de comportamientos de riesgo con la finalidad de prevenir determinadas enfermedades.

Un ejemplo de ello, son los buenos hábitos alimenticios, higiénicos, vacunación, revisar la tención arterial, exámenes de azúcar y de colesterol en sangre, etcétera.

La prevención secundaria se puede encaminar al diagnostico y tratamiento precoz de la diabetes mellitus y su tratamiento con dieta y medicamento, según el caso. La terciaria sería la encaminada a rehabilitar lo más precozmente al individuo de la patología que sufre para reinsertarlo cuanto antes al medio social, familiar y laboral en el que se desarrolla (Encuesta de salud, 1997).

Los hábitos provienen de muy variadas fuentes, de múltiples experiencias, gran parte de ellas ajenas, a menudo a toda instrucción formal; regularmente, es en la familia en la que se adquiere la mayor parte de los hábitos de salud. Los hábitos de salud aprendidos en el transcurso de la vida tienen amplia relación con la educación higiénica, pues, esta es la suma de todas las experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y colectiva. (Villaseñor y Gómez, 1984). La educación de los hábitos de salud tiene como objetivo conseguir, conservar y mejorar la salud.

Esto está relacionado con la salud del individuo tendiente a crear mediante el conocimiento y la practica asidua de los hábitos de salud, las costumbres y la higiene, lo cual es de extraordinaria importancia, porque quien aprende a conservar y mejorar su salud, cuida y protege indirectamente la salud de los demás. (Stratton, 2001).

Una definición más de hábitos de salud es la dada por Hunt y colaboradores (1979) y se refiere a ellos como una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo, la cual es automática; esto es, en términos de la conducta, que los hábitos se desarrollan inicialmente a través del proceso de reforzamiento con determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo a parecen de manera independiente manteniéndose con factores ambientales asociados. Sin embargo, una característica de los hábitos de salud, es que son conductas aprendidas y, por ende se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje.

Respecto a los hábitos de salud se dice que dichas conductas se caracterizan por ser inestables y autónomas, esto se refiere a la escasa relación entre conductas de salud en una misma persona; en cuanto a la inestabilidad se hace referencia a que los hábitos de salud son generados y mantenidos por diferentes factores, según las personas y situaciones, los cuales cambian en función de la vida o con la relación a los comportamientos, Belar, Wilson y Hughes (1982). Por otro lado, los hábitos de salud están determinados por los factores interrelacionados, que son facores sociales y los intraindividuales o personales.

En los de origen social podemos encontrar las experiencias de socialización, vinculadas con el contexto familiar, esto es, que la educación que dan los padres esta permeada de verdaderos hábitos que tienden a perdurar por toda la vida, también están incluidos los valores asociados a una cultura, o el nivel socioeconómico, Leventhal y Cleary (1980). Por otro lado, los factores personales que controlan los hábitos de la salud se encuentran la auto percepción, los factores emocionales, las creencias y actitudes.

Latorre y Beneit, (1994) mencionan que los hábitos de salud, o conductas de salud incluyen comportamientos que potencian un estado de salud general, las conductas reductoras de riesgo son aquellas que minimizan el riesgo asociado con

enfermedades, sin embargo, se consideraran a ambas como hábitos de salud (Stone, 1982, En: Latorre y Beneit, 1994)

Para Cortés y Ramírez en (1998), un hábito, es todo comportamiento o condición relacionada a ello cultural o social que implique bienestar y salud tiene un contexto y un proceso que se manifiesta concretamente en ciertas circunstancias de manera objetiva, tales comportamientos siempre tienen un proceso previo y asistencia actual donde se preparan o se disponen el conjunto de circunstancias que darán como resultado lo que en su momento puede identificarse como comportamiento de salud.

Así pues, en las conductas de salud están incluidos todos aquéllos comportamientos de salud que promueven o potencian un estado de salud general, como por ejemplo seguir una dieta equilibrada. La importancia de las conductas de salud radica no solo en el proceso sino, en que pueden llegar a convertirse en hábitos.

Taylor, (1986), En: Latorre y Beneit, (1994). Menciona varios tipos de conducta de salud, en función de su grado de vinculación o dependencia con respecto al sistema de salud.

- Algunas conductas de salud dependen del acceso del individuo al sistema de salud, como es el caso de las vacunaciones o de los exámenes periódicos de salud. Dichas conductas no se pueden llevar de forma individual y privada ya que requieren de la intervención directa de los profesionales sanitarios.
- Las frecuentemente recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no solicitan por regla general la ayuda de estos para llevarlas a la practica, en estas se incluyen el seguir una dieta controlada, dejar de fumar y/o practicar algún deporte.

- Por último, se pueden llevar a cabo conductas de salud totalmente independientes del acceso a los sistemas de salud, por ejemplo, las conductas referidas a la seguridad vial o a la seguridad en el trabajo.

Es decir, que un hábito de salud, es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de una forma automática, esto es, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto (Latorre y Beneit, 1994).

Se puede decir, que se desarrollan inicialmente mientras son reforzados por determinadas consecuencias positivas, sin embargo, al paso del tiempo aparecen con independencia de los procesos de reforzamiento y se mantienen por factores ambivalentes con los que habitualmente se relacionan.

Por último, el programa de Psicología Aplicada a la salud, define a los hábitos, como: Son todas las manifestaciones que presenta una persona de una manera observable o no, es decir, es más fácil identificar conductas observables, que las no observables. Dichas conductas se ven reflejadas directa o indirectamente en la salud.

3.2. Influencia de los hábitos sobre la salud.

Los hábitos de salud están determinados por dos factores interrelacionados que son los factores sociales y los personales o intraindividuales.

Entre los determinantes de origen social sobresalen los siguientes:

-La serie de valores asociados a una cultura particular o aún grupo socioeconómico; es decir se trata de un cierto tipo de normas explícitas desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben ejercer los diferentes

miembros de una comunidad, así como influencias o presiones de los grupos de iguales (Leventhal y Cleary, 1980).

-Los determinados comportamientos que los padres inculcan, que gradualmente, se convertirán en verdaderos hábitos que tienen a perdurar toda la vida y que son excepcionalmente resistentes al cambio.

-En cuanto al acceso en lo que respecta al sistema sanitario, resulta evidente que desde participar en las campañas de vacunación, hasta someterse a exámenes periódicos, se trata de conductas que dependen del modelo y tipo de asistencia sanitaria a los que el individuo pueda acceder.

A partir de esto podemos observar, que los factores sociales ejercen una gran influencia en la adquisición y en el mantenimiento de los hábitos de salud.

Ahora, en relación con los factores intraindividuales que controlan los hábitos de salud se encuentra la autopercepción de síntomas, los factores emocionales y las creencias y actitudes.

Uno de los que tienen mayor importancia de estos es la autopercepción de síntomas: Se trata de un proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales como síntomas y en un paso inmediatamente posterior, continúan con el establecimiento de relaciones causales entre ellos ciertas conductas y hábitos, por ejemplo una persona puede interpretar cierto malestar en su garganta como un síntoma de determinado trastorno y relacionarlo con su habito de fumar como causante de ese trastorno.

Otro de los factores que también juegan un papel importante como implementador de las conductas de salud son los de tipo emocional. Así, muchos hábitos nocivos para la salud, como beber, fumar o comer en exceso, se encuentran asociadas a ciertas personas que padecen de estrés.

Finalmente, se encuentran las creencias y actitudes las cuales determinan significativamente la práctica de conductas de salud. La creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar padecer una enfermedad, son factores que aportan a la practica de una conducta de salud determinada.

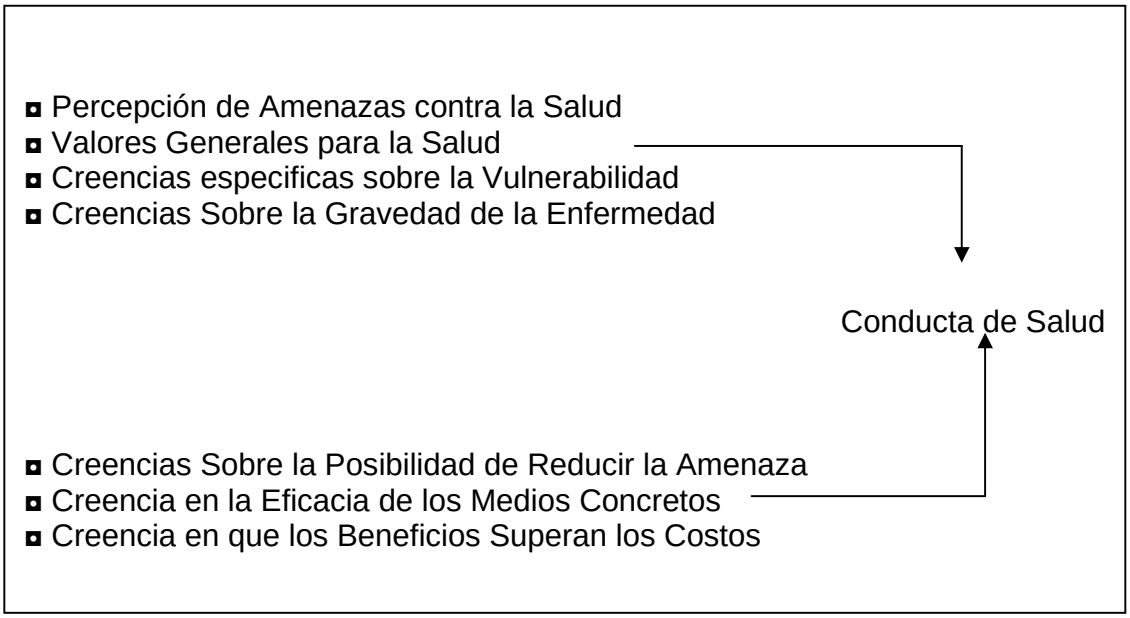
Ahora bien, podemos decir que existen varios tipos de hábitos de salud , algunos dependen del acceso del individuo al sistema de salud; es decir que los individuos requieran de una intervención directa de los profesionales de la salud (un ejemplo seria la aplicación de vacunas); otro tipo de conductas son aquellas recomendadas por los profesionales pero que los individuos no realizan (por ejemplo, ejercicio, dietas); y por último del sistema de salud las conductas que los individuos realizan independientemente (la seguridad vial y el utilizar el cinturón de seguridad),Taylor (1986).

Para poder explicar el porqué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud existen modelos que nos sirven de guía para poder ahondar en ello. Uno de ellos es el modelo de acción razonada, (Fisbhein, 1980 En: Wallston y Wallston, 1983), este modelo integra factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud, menciona que cierta conducta del sujeto es el resultado directo de la intención comportamental, es decir ,de algo tan sencillo que una persona intente llevar acabo, realmente la conducta. La intención del comportamiento dependerá a su vez de la conjunción de dos tipos de factores: las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y a las valoraciones subjetivas de dicho comportamiento; es decir se refiere, a las creencias, normativas, esto es, a lo que la persona cree que puedan pensar los otros, y la motivación que posee el individuo para manifestar o realizar el comportamiento.

Otro aspecto que también nos muestra este modelo es como el individuo puede abandonar un hábito negativo de salud (como el dejar de fumar o no empezar a hacerlo si cree que el fumar puede ser dañino para su salud, si piensa que los

demás esperan que el no fume y si esta muy motivado a hacerlo). Es así como este modelo en su aplicación ha tenido exitosos resultados en el control del tabaquismo, drogas, obesidad y planificación familiar, Wallston y Wallston (1983).

Otro modelo es el de representación esquemática el cual expone que los hábitos de salud están determinados por la percepción de vulnerabilidad de los individuos con respecto a una determinada enfermedad y por la creencia de que una medida de salud en particular es efectiva para reducir esa vulnerabilidad. Su utilidad viene dada, no solo por que permite explicar las razones por la que los individuos ponen en práctica conductas de salud, si no por que también puede predecir las circunstancias en las que las personas modificarán determinados hábitos perjudiciales para su salud. Sin embargo, el éxito en la aplicación de este modelo ha sido poco satisfactoria lo cual significa que a pesar de ser importante por sus aportaciones, no es suficiente para ayudar a implantar comportamientos que promocionen los hábitos saludables y a su vez favorezcan la salud, Rosenstock, (1996) (Ver cuadro2)



Cuadro 2.Representación esquemática del modelo de creencias sobre la salud.

Es necesario, considerar estos modelos que se enfocan al terreno de lo social, aunque no debemos olvidar las diferencias individuales en la practica de los hábitos de salud, en donde las dimensiones de la personalidad juegan un papel importante en los comportamientos de salud, Belloch (1989)

Podemos mencionar que a partir de todo esto, la importancia de la predisposición personal, las creencias, valores y actitudes sobre la salud no son del todo suficientes para llevar a cabos estos y determinar la práctica de hábitos saludables, si no que también es necesario tener presente factores que servirán para que estos se mejoren o reequilibren como son, la percepción de la enfermedad o la salud, variables sociales, ciclo vital, contexto social y cultural entre otros, Belloch (1989).

Es por esto que consideramos importante También el describir los estadios por los que pasa una persona para modificar un hábito dañino, no obstante puede ser funcional para explicar la adquisición de un hábito o conducta positiva, estas etapas o estadios nos permiten entender cuando ocurren los cambios, ya sea desde un nivel cognitivo o afectivo; de esta manera se establecen seis estadios, Becoña, Vazquez y Oblitas (2000):

1) La precontemplación; que está determinada por las creencias que tenga el sujeto de la importancia de cierta conducta (por ejemplo, seguir una dieta), en la cual se observa pocos deseos de llevarla acabo.

2) Contemplación aquí la persona comienza a ser consciente de llevar acabo cierta conducta para prevenir problemas, busca información y planea la ejecución dentro de los próximos seis meses.

3) Preparación para la acción, aquí el sujeto se ha planteado realizar la conducta, además de haber hecho un intento.

4) La acción: se da inicio a la conducta, llegando a lograrlo con éxito, el sujeto empieza a sentir los beneficios de la actividad física.

5) Mantenimiento: ésta fase implica la ejecución de dicha conducta durante un periodo de seis meses por lo menos, en donde puede que se de una recaída, por lo que el sujeto debe llevar acabo nuevas estrategias encaminada a prevenirla y afrontarla.

6) Finalización, la conducta aquí ya forma parte del repertorio del sujeto.

Si se contemplara de alguna manera lo anterior, muchas enfermedades podrían evitarse mediante ciertos hábitos de salud, como la realización actividad física o la modificación de hacia una dieta saludable, los cuales de alguna manera podrían integrarse a la vida diaria de cualquier persona, familia o comunidad, siendo la prevención la acción determinante para la reforma del cuidado de la salud pública.

Los hábitos de salud son un complemento imprescindible en la prevención de enfermedades algunos ejemplos de hábitos de salud según Stanford (1999) son:

-Realizar ejercicios físicos regulares. Se recomienda como mínimo 3 veces a la semana. Los tipos de ejercicios recomendados son aquellos que desarrollan la tolerancia cardiorrespiratoria o capacidad aeróbica (caminar, trotar, correr, ciclismo, natación, entre otros). Además, se deben practicar ejercicios que fomenten el desarrollo músculo-tendinoso (estiramientos, sentadillas o "sit-ups", entre otros). Los ejercicios físicos regulares y la actividad física ayudan a prevenir/evitar las enfermedades hipocinéticas (aquellas condiciones que podrían resultar de una vida sedentaria), tales como las enfermedades del corazón y de sus coronarias, la hipertensión, diabetes mellitus, osteoporosis, condiciones, dolores en la espalda baja, obesidad y otras. Más aún, éstos mejoran la capacidad para hacer trabajo físico, y la calidad de vida.

Cada tipo de actividad física será implementada de acuerdo a ciertos parámetros tales como la edad, el sexo, el peso, la altura.

-Práctica de hábitos alimenticios correctos. Las comidas deben ser balanceadas e incluir una variedad de alimentos. Comportamientos nutricionales apropiados incluyen desayunar siempre; reducir el consumo de alimentos altos en grasas saturadas/colesterol, azúcar y sal a niveles no perjudiciales a la salud; preferir el consumo de grasas poliinsaturadas, alimentos altos en fibra y almidones; mantener el peso ideal / deseable y el por ciento de grasa corporal en proporciones no peligrosas la salud, entre otras.

-Controlar efectivamente el estrés (las tensiones). Este es un aspecto muy importante para la salud mental y emocional. Para poder mantener una buena salud mental y emocional se sugiere: 1) adaptarse a situaciones de la vida que provocan frustraciones y problemas emocionales (mediante la práctica de ejercicios de relajación, meditación, descanso adecuado y ejercicios o actividades recreativas constructivas); y 2) eliminar las fuentes o causas de las tensiones, hasta donde sea posible.

-No fumar cigarrillos, cigarros, pipa ni mascar tabaco. En el tabaquismo no hay moderación. ¿Por qué no se debe fumar. Primeramente, el fumar esta relacionado con enfermedades del corazón / aterosclerosis coronaria, pulmonares, cáncer y otras. En adición, el mascar tabaco puede causar cáncer, problemas gastrointestinales y dentales. Más aún, se afecta de igual manera el no fumador expuesto constantemente y directamente al humo de los fumadores: se ha encontrado que el no fumador posee el mismo (o mayor) riesgo para obtener las enfermedades inducidas por el fumar al compararse con los fumadores regulares cuando el primero frecuentemente se encuentre inhalando involuntariamente el humo de los fumadores.

-Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas o, si se consumen, tomar con moderación. Sin embargo, el alcohólico potencial no debe tomar bebidas alcohólicas. El consumo regular de alcohol puede ocasionar: enfermedades en el

hígado (cirrosis) y otras condiciones físicas (diabetes mellitus y obesidad), deficiencias nutricionales, problemas psico-sociales, y accidentes de tránsito.

-Moderar o suprimir el consumo de bebidas que con- tengan cafeína (café cafeinado, té y gaseosas de cola). Aunque no se ha comprobado de manera conclusiva que la cafeína afecte físicamente o mentalmente a las personas, el riesgo para que se perjudique el estado de salud del individuo por su consumo se acrecenta en personas con condiciones cardíacas.

-Evitar el uso y abuso de drogas. Se sugiere sólo utilizar aquellas drogas controladas que son prescritas por su médico. El abuso en el consumo de drogas pude resultar en las siguientes condiciones: 1) adicción / dependencia, 2) la posibilidad de una sobredosis, 3) enfermedades, 4) problemas familiares y con la sociedad, 5) accidentes y 6) la muerte.

-Dormir las horas diarias que requiere el cuerpo para funcionar efectivamente y productivamente. Por lo general, (aunque existen variaciones individuales) el cuerpo requiere de siete (7) a ocho (8) horas de sueño nocturno. El no dormir lo suficiente esta asociado con accidentes (ejemplo, de transito), fatiga general y depresión.

-Utilizar medidas de seguridad y de precaución para evitar accidentes. Este comportamiento incluye lo siguiente:

- 1) obedecer las leyes de tránsito (tanto para los conductores de automóviles como para los peatones) y utilizar los cinturones de seguridad.
- 2) todo veneno potencial (medicamento, efectos de limpieza, insecticidas y otros) deben estar debidamente identificados o rotulados, cerrados y almacenados fuera del alcance de los niños.
- 3) almacenar los utensilios de la cocina en lugares seguros, donde los niños no puedan tomarlos.
- 4) mantener extinguidores y detectores de fuego en el hogar y, si es posible, en el automóvil.

- 5) no ingerir alcohol o drogas si se va a conducir y/o participar en actividades recreativas u ocupacionales potencialmente peligrosas.
- 6) identificar fuentes de peligro potencial en toda actividad y lugar a la cual usted asista, incluyendo su hogar.
- 7) evitar transitar por caminos, calles y entradas oscuras y/o desiertos.
- 8) descongelar los alimentos en el refrigerador (no a temperatura ambiental.
- 9) conocer sobre primeros auxilios y poseer un botiquín de primera ayuda, tanto en el hogar como en el automóvil.

-Escoger con cuidado su compañero(a) sexual.

-Poseer una buena higiene personal. Esto incluye higiene corporal (piel, cabello, uñas), bucal / dental, ocular y auditiva. Por ejemplo, algunos hábitos higiénicos pueden ser: Tomar una ducha o baño diario, con atención particular a tus axilas, área púbica y pies, lavarte el cabello regularmente, lavarte las manos después de visitar los servicios sanitarios y antes de preparar los alimentos y de comer, usar cada día ropa interior limpia, lavarte los dientes frecuentemente, idealmente después de cada comida.

Observamos que el realizar o ejecutar hábitos saludables proporciona salud y previene el riesgo de contraer enfermedades, además incluir en la actividad física hábitos alimenticios adecuados y hábitos que promuevan el cuidado en la salud ocasionará un estado saludable en los individuos, de lo anterior deriva la importancia de promover y establecer hábitos positivos en la población , a través de programas de educación y promoción para la salud, dichos programas deberán estar adaptados a cada tipo de población considerando las características individuales de cada comunidad, así también por lo mismo se requiere un enfoque dirigido a las necesidades físicas, mentales, y sociales de la población, Serrano (1990).

Dada la importancia de la promoción de los hábitos de salud, debe hacerse una diferenciación de los hábitos que resultan positivos en la salud y aquellos que resultan de forma contraria.

3.3 Hábitos positivos y negativos de la salud.

A partir de todo lo mencionado, hasta el momento referente a los hábitos de salud, podemos definir como un hábito de salud positivo a aquellas conductas que de forma independiente contribuyen a la mejora y mantenimiento de la salud de un individuo. Un hábito negativo de salud, sería entonces todas aquellas conductas de riesgo, que contribuyen al deterioro de la salud de un individuo.

Los hábitos negativos para salud son factores que aumentan la probabilidad de aparecimiento de enfermedades. Existe una infinidad de hábitos negativos o nocivos para la salud, sin embargo, algunos son más comunes y más letales para la salud en comparación a otros. Así resolvemos abordar en ese curso los comportamientos que más son comunes en la población mundial.

El rápido crecimiento epidémico de las enfermedades degenerativas ya es responsable de aproximadamente 60% de las muertes en el mundo y eso está relacionado claramente los cambios en las calidades dietéticas, disminución del consumo de alimentos de origen vegetal y de actividades físicas de ocio. En las calles desaseadas de las ciudades de hoy, estamos viendo el aumento de enfermedades evitables causadas por dietas insalubres y hábitos de ocio inadecuados a las necesidades del cuerpo humano, (Gómez, 1996).

A continuación serán abordados de forma más detallada los comportamientos de riesgo que son más comunes y peligrosos:

-Bajo consumo de frutas, verduras y agua.
-Obesidad.

-Percepción de estrés excesivo.
-Abuso de bebidas alcohólicas.
-Tabaquismo.
-Automedicación.
-Comportamiento no preventivo.

Retomando la definición de Hunt y colaboradores (1979), podemos decir que los hábitos, tanto positivos como negativos se desarrollan inicialmente a través de los procesos de reforzamiento con consecuencias positivas, es decir son conductas a prendidas y por lo tanto pueden mantenerse o extinguirse siguiendo las leyes de aprendizaje.

Así también como lo menciona el diccionario medico de bolsillo 24° edición, podemos observar que a pesar de ser una conducta fija y que se repite con frecuencia ya sea para el mantenimiento o deterioro de la salud, cada una de dichas conductas no son interdependientes, es decir que un mismo individuo puede presentar conductas positivas o negativas al mismo tiempo y dentro de una misma situación, un ejemplo de ello es una persona que hace ejercicio constante y excesivo sin una dieta adecuada para lograr tal rendimiento, es así que un conducta que puede considerarse saludable se convierte en una de alto riesgo para el individuo.

Respecto a esto, Harris y Guten en (1979), mencionan que las conductas de salud pueden modificarse con el tiempo y que estas son gobernadas en cada persona por sus actitudes hacia determinado evento, como lo es la aparición de una enfermedad crónico degenerativa. Tal y como ya lo habíamos mencionado los factores sociales ejercen una gran influencia en la adquisición y en el mantenimiento de los hábitos de salud, en relación con los factores intraindividuales que controlan los hábitos de salud se encuentra la autopercepción de síntomas, los factores emocionales, las creencias y actitudes.

Actualmente, un estilo de vida positivo, o sea, con pocos comportamientos de riesgo para salud, parece ser el mejor seguro contra enfermedades, principalmente las crónico-degenerativas (diabetes, cáncer, enfermedades del corazón y de circulación, lesiones por esfuerzos repetitivos, depresión, ansiedad mayor, etcétera.

El estado de salud que posee cada individuo dependerá en gran medida de los tipos de comportamientos que efectúe éste. Podemos definir comportamiento como la descripción de la interacción con las personas y el ambiente. En este caso nos referimos al comportamiento de salud, es decir, a las acciones o formas de actuar y reaccionar que afectan a la salud personal y comunitaria. El único responsable y que puede modificar los comportamientos de riesgo (una acción que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes, amenaza la salud personal y la de otros, y ayuda a destruir el ambiente) hacia unos comportamientos saludables de bienestar /positivos (una acción que ayuda a prevenir la enfermedad y accidente, y promueve la salud individual y colectiva y/o mejora la calidad del ambiente) es el propio individuo y nadie más. Este es el que decide como cuidarse y si desea mantener una buena salud.

La realidad es que no es fácil cambiar una vieja costumbre que realizamos todos los días. Esto es un proceso de aprendizaje. Muchas personas se ven en la obligación de modificar sus hábitos cuando ya es muy tarde, cuando la enfermedad se adquiere. No obstante, nunca es tarde para algo bueno.

De esto la vital importancia de la adherencia al tratamiento, cuando se presenta una queja somática o un dolor crónico también es considerada como una conducta de alto riesgo ya que contribuye al deterioro de la salud del individuo y puede ser resultado de uno o varios hábitos negativos de la salud. A continuación vislumbraremos lo relacionado con la queja somática en el individuo.

CAPÍTULO IV
LA QUEJA SOMÁTICA

4.1 Clasificación del dolor

El dolor es una señal de alarma que ayuda a proteger el cuerpo de cualquier daño. Sherrington (1993) definió el dolor como un adjunto psicológico a un reflejo protector cuyo propósito es ocasionar que el tejido u órgano afectado se aleje de estímulos en potencias nocivas y lesionantes.

El dolor a diferencia de otras modalidades sensoriales, tiene una función esencial en nuestra supervivencia.

Cada individuo aprende el significado de la palabra dolor a través de la experiencia personal; tiene múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales. Esto hace que su definición sea difícil y que la terminología usada en relación al dolor sea fuente permanente de confusiones, dificultando la comunicación y comparación de resultados.

La International Association for the Study of Pain (IASP), en (1986), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable con daño tisular actual o potencial, descrito en términos de dicho daño.

Esta definición incorpora varios elementos: el dolor es una experiencia individual, una sensación, evoca una emoción y esta es desagradable. Habitualmente existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de mantenerse. Por otra parte, muchas personas refieren dolor en ausencia de daño tisular o causa fisiopatologica conocida; sin embargo, esta experiencia debe ser

aceptada como dolor, puesto que no hay manera de distinguirla de aquella debida a un daño tisular efectivo.

Para facilitar las comunicaciones e interpretación de los trabajos, la IASP (1986) ha desarrollado una taxonomía del dolor que lo describe en cinco rubros, (ver cuadro 3).

En la siguiente clasificación práctica basada en el origen, evolución y mecanismos. El dolor puede ser agudo o crónico, neoplásico y no neoplásico. Esta división tiene obvias implicancias en torno a la etiología, mecanismos, fisiopatología, sintomatología y función biológica. Sin embargo, quizás de mayor importancia son las implicancias de tipo diagnóstico y terapéutico.

Clasificacion del Dolor		
Origen	Evolución	Mecanismo
Oncológico	Agudo	Somático
		Neuropático
No oncológico	Crónico	Psicogénico
*Las categorías no son excluyentes		

Cuadro 3. Clasificación del dolor basado en origen, evolución y mecanismo

Dolor agudo. Aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no

necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo. Si bien los factores psicológicos tienen una importantísima influencia en la manera en que se experimenta el dolor agudo, con raras excepciones éste no obedece a causas psicopatológicas o ambientales Maciewicz y Martín (1991). Esto contrasta con el dolor crónico, en el que estos factores juegan un papel principal. El dolor agudo asociado a una enfermedad previene al individuo de que algo anda mal.

En algunos casos, el dolor limita la actividad, previniendo un daño mayor o ayudando a la curación. Sin embargo, el dolor agudo persistente e intenso puede ser deletéreo en sí mismo, con efectos potencialmente dañinos que se manifiestan con una respuesta neuroendocrina generalizada y a nivel de diversos sistemas.

-*Dolor crónico*: La persistencia del estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas, puede conducir al establecimiento de un dolor crónico. Bonica (1990), lo define como aquel dolor que persiste por más de un mes después del curso habitual de una enfermedad aguda o del tiempo razonable para que sane una herida, o aquel asociado a un proceso patológico crónico que causa dolor continuo o recurrente. El dolor crónico tiene efectos fisiológicos, psicológicos y conductuales sobre el paciente y su familia, además de un costo social enorme. Podría decirse que mientras el dolor agudo es un síntoma de una enfermedad o traumatismo, el dolor crónico constituye una enfermedad en sí mismo. La mayoría de los pacientes con dolor crónico no manifiestan las respuestas autonómicas y el patrón neuroendocrino característicos del dolor agudo, a menos que existan exacerbaciones. Cuando el dolor es continuo o casi continuo, la respuesta se extingue, apareciendo diversos cambios, muchos de ellos desencadenados por la inactividad que se observa frecuentemente en los pacientes con dolor crónico. Hay pérdida de masa y de coordinación muscular, osteoporosis, fibrosis y rigidez articular. La menor fuerza muscular puede llevar a

una alteración respiratoria restrictiva. Hay un aumento de la frecuencia cardiaca basal y una disminución de la reserva cardiaca.

En el sistema digestivo se observa una disminución de motilidad y secreción, constipación y desnutrición. Con frecuencia se observa retención urinaria e infección. También suele haber depresión, confusión, alteraciones del sueño y disfunción sexual. La respuesta inmunitaria está alterada por el estrés y la desnutrición. Estas consecuencias físicas y psicológicas, frecuentemente devastadoras, pueden observarse en prácticamente todos los pacientes con dolor crónico. Es obvio entonces que no se puede hablar de dolor crónico benigno, en contra posición al dolor asociado a cáncer, sino que es preferible referirse a dolor crónico no oncológico y dolor crónico oncológico. El dolor puede ser primariamente somático, neuropático y/o psicogénico:

- *Dolor somático* es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos. Estrictamente, debiera incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en describirlo. El dolor visceral, en cambio, es frecuentemente menos localizado y puede ser referido aun área cutánea que tiene la misma inervación. Por ejemplo, el estímulo de receptores en el miocardio activa aferentes viscerales que terminan en los cuatro primeros segmentos medulares torácicos; esta información converge sobre la misma neurona que recibe los estímulos cutáneos, por lo que el dolor es referido muchas veces al hombro y brazo izquierdos.

La activación crónica de estos elementos puede evocar dolor referido, efectos simpáticos locales, contracciones musculares segmentarías y cambios posturales.

- *Dolor neuropático*: es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa términos poco usuales para describirlo, por ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia). Estos términos se agrupan en el de hiperpatía y son característicos de una hipersensibilidad alterada.

-*Dolor psicogénico*: ocurre cuando el paciente describe problemas psicológicos como ansiedad o depresión en términos de daño tisular, verbalmente o a través de su comportamiento. Si bien el daño puede o pudo existir, el problema central es la amplificación y distorsión de esos impulsos periféricos por el estado psicológico.

4.2 Aproximación a la queja somática.

Ahora bien, la somatización acompaña a un amplio espectro de fenómenos clínicos. El paciente suele presentar numerosos síntomas referidos a distintas partes del cuerpo, función u órgano, que pueden parecer cualquier enfermedad orgánica. Con menos frecuencia presenta pocos síntomas. El síntoma más frecuente es el dolor, especialmente el que afecta a la espalda, el abdomen, pecho, pelvis, y las mialgias difusas. Asimismo, son habituales las quejas de mareo, fatiga, palpitaciones y sensación de falta de aire. Menos comunes son la pérdida o distorsión de una función corporal, es decir, los síntomas conversivos.

Los fenómenos de somatización pueden presentarse a cualquier edad. En contra de la opinión generalizada, no son excesivamente frecuentes en los ancianos. Múltiples estudios señalan que son más comunes en la mujer, aunque cada vez hay menos certeza a este respecto.

La tendencia a comunicar el malestar en forma de queja somática en lugar de queja psicológica está muy extendida en nuestra sociedad. En el mismo sentido, el progreso médico ha identificado enfermedades o lesiones que anteriormente se consideraban quejas funcionales (Bond, 1980)

Escobar y otros (1987) definen al somatizador como un individuo que repetidamente exhibe importantes quejas sugiriendo una enfermedad física, pero para las cuales se carece de una explicación médica.

Kirmayer y Robbins (1991) mencionan que somatización es un término usado para referirse a aquellas situaciones clínicas en las cuales los pacientes se presentan clínicamente con síntomas exclusivamente somáticos a pesar de existir a la vez problemas psicológicos o estrés emocional demostrable. Al respecto se ha indicado que la somatización implica formas de patología que tienen implicaciones psicológicas y psiquiátricas, (Fabrega 1990).

Todas las definiciones convergen en el hecho que la somatización es un fenómeno que ocurre cuando un paciente repetidamente busca cuidado médico, se queja de algún problema somático y no siempre existe una evidencia biológica de alguna enfermedad orgánica o patológica. La naturaleza de las causas parece ser básicamente emocional, social o psiquiátrica. A este respecto el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-III-R) en la descripción de los desórdenes somato formes puntualiza que existen características centrales en estos desórdenes, evidencia positiva o una fuerte presunción de que los síntomas están vinculados a factores o conflictos psicológicos, Asociación Americana de Psiquiatría (1987).

La revisión de la literatura, tanto teórica como aquella basada en hallazgos de investigación claramente sugiere que la somatización es un fenómeno complejo que incluye un patrón de búsqueda de ayuda médica.

Existen diferentes definiciones para el concepto de somatización, los cuales al ponerse juntos asumen la existencia de dificultades psicológicas y de vida como estresores de la experiencia de enfermedad. Los síntomas somáticos no son poco comunes en la población, pero la característica distintiva de la somatización reside en la frecuencia, severidad y persistencia de las presentaciones hechas por los pacientes, Lipowski (1988).

La somatización esta presente en el caso de una evidente enfermedad orgánica. Este término es aplicado cuando el paciente tiene una enfermedad orgánica verificable, pero amplifica los síntomas somáticos. En casos en los cuales, dado que la enfermedad está en su etapa inicial, ésta no puede ser diagnosticada y no existe una evidencia médica de la existencia de un problema orgánico aunque el individuo manifiesta molestias somáticas.

Por otra parte, la percepción subjetiva de la enfermedad es el resultado de factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales independientemente de la base genética, fisiológica o biológica de la enfermedad, Osterweis, Kleinman y Mechanic (1987). Como parte de lo sistemas de significados y normas sociales, el «sentirse enfermo» está fuertemente influido por la cultura, Kleinman,(1978).

La conducta del individuo quien repetidamente va al servicio médico buscando asistencia puede ser analizada y comprendida en un enfoque más integral si las quejas somáticas son consideradas como conductas que resultan del «sentirse enfermo». Básicamente el proceso de búsqueda de cuidado médico está caracterizado por la auto-percepción, la definición y las ideas y creencias sostenidas por los individuos de lo que está ocurriendo en sus cuerpos.

El sentirse enfermo es un concepto sociológico y antropológico desarrollado por Mechanic (1962), para ser aplicado al componente subjetivo de cada episodio de enfermedad. También lo define como el sentirse enfermo como las formas en las

cuales determinados síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados (o no actuados) por diferentes tipos de personas, Mechanic (1960).

Como Mechanic apunta (1978) diferentes patrones de «sentirse enfermo» pueden ser considerados desde dos puntos de vista que se complementan mutuamente: como producto de experiencias sociales y culturales y aprendizaje y como parte de un proceso de «hacer frente» en el cual el «sentirse enfermo» es un sólo aspecto de un repertorio de competencias que cada individuo realiza en orden a darle sentido y hacer más manejables experiencias nuevas e inestables.

La enfermedad como ya lo explicamos anteriormente es un concepto que proviene de la ciencia biomédica y se refiere al mal funcionamiento de procesos psicofisiológicos y biológicos y a deformaciones anatómicas objetivas, Ford (1983). Los médicos buscan una explicación orgánica de la enfermedad basados en este concepto biomédico. Este enfoque es limitado dado que excluye condiciones en las cuales, aunque no existe problemas orgánicos evidentes, los pacientes continúan sintiéndose mal y persisten en la búsqueda de atención médica. Este es el caso de los pacientes rotulados somatizadores quienes se perciban estando enfermos, teniendo un problema físico u orgánico. Esto significa que la enfermedad evaluada médicamente es sólo un aspecto de malestar del cuerpo. Como lo ha planteado Ford (1983) es la experiencia de la enfermedad que lleva a la persona a la búsqueda de un médico.

Los conceptos de sentirse enfermo y enfermedad evaluada médicamente son componentes importantes en el contexto de la salud aunque no siempre son contingentes: puede existir la evidencia médica de la enfermedad, pero el paciente sentirse bien y no tomar en consideración el consejo y prescripciones médicas y continuar llevando a cabo sus actividades normales. Esto es lo que Helman (1984) denominó enfermedad definida médicamente sin enfermedad percibida subjetivamente en la cual los exámenes encuentran anormalidades orgánicas, pero el paciente no se siente enfermo. Cuando esto último es el caso, el

tratamiento médico no es exitoso debido a las diferencias entre el enfoque médico y el modelo subjetivo del paciente acerca de lo que le ocurre. Por otro, lado es posible encontrar «enfermedad percibida subjetivamente sin enfermedad definida médicamente»; esta es, en algunos casos, la situación del recurrente somatizador de quien puede no existir un examen médico que muestre la existencia de algún problema orgánico, pero quien continúa experimentando una enfermedad discapacitante, Quill (1985). Consecuentemente, es posible decir que no siempre existe una correspondencia uno a uno y una relación consistente entre una cantidad demostrable de enfermedad y la tensión subjetiva experimentada por el paciente. Uno podría sugerir que en el caso de los pacientes recurrentes somatizadores no se encuentran satisfechos con el tratamiento recibido o hay algo que ellos buscan (por ejemplo, apoyo afectivo) que no se logra alcanzar a través de las visitas continuas al servicio médico.

La discrepancia entre la percepción subjetiva de la enfermedad y la evaluación médica de la misma puede causar una falta de compromiso, el abandono del tratamiento o visitas recurrentes a la consulta médica toda vez que el paciente no esta satisfecho con el tratamiento aún cuando el médico ha querido darle confianza.

La misma enfermedad puede crear reacciones subjetivas diferentes y dificultades funcionales Barsky (1982). Esto significa que *estar* y *sentirse* bien es más que tener o no tener una enfermedad orgánica específica. Pareciera que, en el caso particular de algunos pacientes somatizadores, la sola anormalidad es la intensidad en sí misma de las quejas y el rechazo del paciente a aceptar la confianza del médico y las explicaciones de que no existe enfermedad alguna.

La experiencia subjetiva de enfermedad está influida por factores socioculturales; es el contexto sociocultural en el cual el sujeto vive que le da guías en términos de que hacer cuando siente dolor o disconformidad, de cómo expresar estos sentimientos verbalmente y no-verbalmente, de quién requerir ayuda y de lo que

se espera de los roles y normas que deberían ser tomadas en cuenta para comportarse de acuerdo a las prescripciones de su sociedad en la que se encuentra inmerso. En este sentido cada cultura tiene su propio «lenguaje del dolor»; en algunos grupos se espera una expresión emocional del dolor y la disconformidad, pero en otros lo puesto es el caso, Kleinman (1982).

Ahora bien, la búsqueda de ayuda médica, la cual resulta de la experiencia de sentirse enfermo, es la fase última del proceso global de la experiencia subjetiva de la enfermedad. Este proceso comienza con una percepción de los cambios en las funciones del cuerpo; existe un darse cuenta que algo está ocurriendo en una forma que no es familiar y que es interpretada de acuerdo al marco de referencia del funcionamiento individual, Mechanic, Kleinman y Osterweis (1987). En este proceso cognitivo son interpretados los síntomas del cuerpo y el individuo le atribuye a ellos significados específicos, McHugh y Vallis (1985).

Helman (1984) se refiere a ocho experiencias subjetivas en el proceso de llegar a enfermar: 1) cambios percibidos en el cuerpo (por ejemplo pérdida de peso), 2) cambios en el funcionamiento normal esperado del cuerpo (ej. períodos menstruales más cortos o más largos), 3) emisiones del cuerpo inusuales, 4) cambios en el función límbica (ej. parálisis), 5) alteraciones en los principales sentidos (ej. falta de olfato), 6) síntomas físicos no confortables (ej. dolor de espalda), 7) estados afectivos inusuales (ej. depresión, rabia) y 8) alteraciones conductuales en la relación con otros (ej. conflictos frecuentes con la pareja).

La interpretación y significado que el individuo le atribuye a los síntomas o malestares son influidos por diferentes variables tales como las experiencias previas personales con el síntoma, las experiencias familiares o de otros significativos, modelos aprendidos, creencias y normas sociales. Todos estos factores no sólo influyen en la percepción del individuo, sino al mismo tiempo moldean cómo reaccionará a los síntomas como resultado de su proceso cognitivo.

La conducta que asume el individuo al percibirse enfermo es otra forma de enfrentar la experiencia de sentirse enfermo. Así como la percepción, el significado y la evaluación son moldeadas socioculturalmente, el modo de comportarse para enfrentar la enfermedad es también influida por el contexto sociocultural en el cual el individuo lleva a cabo su vida diaria. Si su conducta de enfermarse es sancionada positivamente, entonces se espera que el /ella asuma el rol de enfermo/a.

El rol de enfermo es un concepto definido por el sociólogo Parsons (1951) para indicar las expectativas sociales (deberes y derechos) atribuidos a la persona enferma. Estas expectativas son: 1) relevación de las responsabilidades diarias, 2) búsqueda de ayuda competente con el fin de resolver los problemas de salud y 3) conducta colaborativa para abandonar el rol de enfermo lo más pronto posible. A este respecto algunos autores hipotetizan que la conducta de enfermedad es una forma mediante la cual el individuo obtiene una ganancia secundaria, Bass y Benjamin (1993).

En síntesis, la experiencia de la enfermedad es moldeada por factores socioculturales; la manera en la cual el individuo percibe, define, evalúa (atribuye significados y causas a la enfermedad) y se comporta hacia la enfermedad (la comunica y busca ayuda) es el resultado del proceso de socialización y experiencia aprendida.

Dado que el médico y el paciente no siempre provienen de similares grupos socioculturales, puede existir un desacuerdo entre sus «modelos explicatorios».
Este hecho resulta en un abandono del tratamiento, falta de compromiso del paciente, insatisfacción del paciente y busca reiterada de nuevos médicos, todo lo cual representa una carga para el sistema de salud tanto como una frustración y pérdida de tiempo para el médico.

4.3 Las enfermedades crónico- degenerativas.

La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo. De acuerdo con otra definición, se trata de un proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible.

Las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, el VIH/SIDA, el Alzheimer, entre otras, se han incrementado de una forma significativa y constituyen las principales causas de mortalidad y padecimientos en la población de todo el mundo. El 50% de los orígenes de estas enfermedades se deben a factores psicológicos y comportamentales relacionados con aprendizajes y hábitos no saludables, tales como una alimentación inadecuada, un estilo de vida sedentario y falta de ejercicio; patrones irregulares en el comportamiento del sueño, tendencia a la ira, el coraje, la ansiedad, el estrés y la depresión, esquemas de pensamiento erróneos con respecto a la salud y enfermedad, entre otros, Nevarez (2006).

Ser diagnosticado con una enfermedad crónica como cáncer, diabetes o SIDA suele asociarse con una serie de temores, miedos, perplejidad, incomprensión, incertidumbre, entre otros aspectos. En suma, el diagnóstico de estas enfermedades supone sufrimiento en mayor o menor grado. A pesar del impacto psicológico que genera esta situación, el curso de la vida de los pacientes, y en cierto modo, el curso de la enfermedad, estará relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones ante el tratamiento y en relación al futuro. Si el afrontamiento de tales eventos privados/cognitivos supone respuestas literales de lo que esos miedos y preocupaciones "dicen o aconsejan hacer", se puede llegar a producir un

empobrecimiento vital que termina por incrementar considerablemente el sufrimiento personal.

La Psicología de la Salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónica las investigaciones, y el desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, el dolor crónico, la artritis, el asma, la diabetes, el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades reumáticas, la diabetes, el SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, entre otros. Por esto, en Psicología de la Salud y enfermedades crónicas las presentamos a profundidad.

La intervención psicológica en el comportamiento del paciente con una enfermedad crónica, a nivel cognitivo, emocional, conductual, social y espiritual, contribuye para un mejor afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente, permitiendo una readaptación rápida, con la finalidad de volver a una nueva faceta de vida igualmente satisfactoria, con la máxima calidad de vida que el curso de la enfermedad lo permita.

El diagnóstico de estas enfermedades cambia la forma en las que la persona se ve a sí mismo y a su vida, afecta profundamente su auto concepto, además de tener que adaptarse a las nuevas situaciones derivadas de su enfermedad. Dentro del marco de la Psicología de la Salud son cada vez más numerosas las investigaciones sobre los aspectos que influyen tanto en la etiología de muchas enfermedades crónicas (conductas de salud y prevención), como en el afrontamiento y adaptación de las mismas y con los cambios de hábitos o estilos de vida.

Las variables psicológicas inciden siempre, en alguna medida, de forma directa o indirecta, positiva o negativa, en todos los trastornos y enfermedades. Y a su vez, todos los trastornos y enfermedades, poseen repercusiones grandes o pequeñas, favorables o desfavorables en el ámbito psicológico, (Nevarez, 2006).

Entre las características comunes de las enfermedades crónicas están:

- Generalmente necesitan de un tiempo considerable para desarrollarse y manifestarse.
- Destruyen progresivamente los tejidos del o de los órganos que dañan.

- Todas ellas pueden complicarse severamente y desencadenar otro tipo de enfermedades, ya sea también crónicas o infecciosas.
- Son incapacitantes, no porque el enfermo tenga que dejar de hacer todas sus actividades, sino porque las limita severamente.
- Requieren de un control médico sistemático y permanente, lo que origina muchos gastos y problemas económicos, familiares, laborales y sociales.
- El costo de los tratamientos es alto, debido al consumo permanente de fármacos y la realización de estudios de control, así como de terapias y consultas médicas frecuentes.
- Algunas pueden prevenirse fácilmente al cambiar los estilos de vida adoptados.

Nevarez (2006), también menciona que, entre las enfermedades crónicas más conocidas están: el cáncer en cualquier parte del cuerpo; las enfermedades del corazón y del sistema cardiovascular como: la hipertensión arterial, la artereoesclerosis o los infartos; la diabetes en todos sus tipos, la osteoporosis y otros problemas óseos, la obesidad, los problemas cerebrovasculares, como la apoplejía o derrame cerebral, enfermedades pulmonares como el enfisema, enfermedades de las vías digestivas como la diverticulitis, las enfermedades reumáticas como la artritis y la osteoartritis; enfermedades renales como la nefritis, las hepáticas como la cirrosis y muchas otras más.

Las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbi-mortalidad en todos los grupos de edad, sobre todo a partir de los adultos jóvenes, aunque el cáncer es la excepción, ya que se puede presentar desde la infancia.

El impacto que tienen estas enfermedades es muy fuerte y rebasa al enfermo, ya que al padecerlas tienen repercusión en aspectos psicológicos, familiares, laborales y sociales, siendo los aspectos psicológicos de gran impacto en la evolución de la enfermedad.

Muchas de las enfermedades crónicas cuando se descubren están muy avanzadas y los enfermos y sus familiares, pasan por varias etapas psicológicas, que van desde el rechazo, la rabia, la racionalización, la depresión, la aceptación o resignación y la dependencia y en todas ellas y en muchos casos se requiere de ayuda médica psiquiátrica profesional para poder sobrellevarlas.

La psicología de la salud, contribuye a la prevención de las enfermedades agudas y crónicas. También se centra en temas como: la preparación psicológica del paciente en la fase pre y postoperatoria; el manejo psicoterapéutico del dolor y el estrés hospitalario; la disminución de los estados emocionales negativos que acompañan a las enfermedades crónicas, como la ansiedad, la depresión, la ira y la hostilidad, etcétera.; el manejo efectivo de las variables de apoyo psicosocial; el desarrollo de autoeficacia, autoestima y asertividad, y en un sin número de variables psicológicas que se ven afectadas en la situación de enfermedad y que retroalimentan negativamente el estado de salud del paciente.

Muchas personas se quejan de que la medicina no logra curar sus enfermedades, principalmente en casos de enfermos crónicos. Esto se debe a que muchas veces se deja de lado una parte muy importante de la enfermedad: los aspectos psicológicos, emocionales y sociales que están influyendo tanto en la etiología de la enfermedad como en su mantenimiento a lo largo del tiempo. (Jímenez, 1998).

Es decir, el estilo de vida que llevan los sujetos, y tal y como lo hemos mencionado anteriormente, resulta necesaria la recabación de datos biológicos, psicológicos y sociales que determinan la enfermedad y la interacción con la misma.

Es por ello que nuestro trabajo pretende establecer si existe una correlación entre la queja somática y los malos hábitos de salud.

CAPITULO V
MÉTODO

5.1 Objetivo General.

Se analizará si la queja somática influye en los hábitos negativos de salud a fin de conocer si la población modifica sus hábitos a partir de la queja somática.

5.2 Objetivos Específicos.

1. Se analizará si la queja somática influye en la disminución de hábitos negativos de la salud.

2. Determinar si existe una relación significativa entre la queja somática y los hábitos negativos de salud.

5.3 Hipótesis.

La presente investigación es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo, por lo que no se formulo hipótesis como tal y se considero a los datos por si mismos, partiendo de la variable independiente (queja somática) para identificar la variable dependiente (modificación de hábitos negativos de la salud) .

5.4 Sujetos.

Se tomo una muestra no probabilística de 985 sujetos que se encontraba entre los 17 y 77 años de edad, dicha edad fue establecida como criterio para ambos sexos.

La población estuvo conformada por:

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

5.5 Escenario.

- Sector salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados.
- Comunidades: sociedad de Colonos del Frac. 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.

5.6 Definición de Variables.

Se determinará la relación que existe entre la variable independiente y la variable dependiente en base a los reactivos que evalúan cada una de las variables .

VI: Queja somática.
VD: Hábitos negativos de salud.

5.7 Materiales e instrumentos.

Materiales:

- 985 formatos de los instrumentos “Funcionamiento psicosocial” y “Funcionamiento de la salud” (Ramírez y Cortes, 2000).
- Bolígrafos.

5.8 Instrumento.

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (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 la 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 hombres como a mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado, el rango de edad fue de 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 la presente investigación se utilizarán los siguientes reactivos de cada escala.

Instrumento: “Funcionamiento de la salud”.

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

Instrumento “Funcionamiento psicosocial”.

Escala	Reactivos
Queja somática	46,48,53

5.9 Procedimiento.

Diseño de investigación

La investigación será no experimental y se realizará un análisis no paramétrico de los datos.

Fases:

Fase No. 1

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 requieren. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplico una sola vez para cada sujeto.

Fase No.2

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

Fase No.3

Análisis de datos: Se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizo una prueba no paramétrica (Ji cuadrada y coeficiente de pearson) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

CAPITULO VI
RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis paramétrico, en el cual se utilizó la prueba chi cuadrada y el coeficiente de contingencia de pearson con el fin de determinar la relación entre variables categóricas; tomando como nivel de significancia .05.

Consideramos conveniente hacer una descripción general de la muestra N=985, de los cuales el 44% de la población (n=442) pertenecía al sexo masculino y el 55% (n=543) pertenecía al sexo femenino.

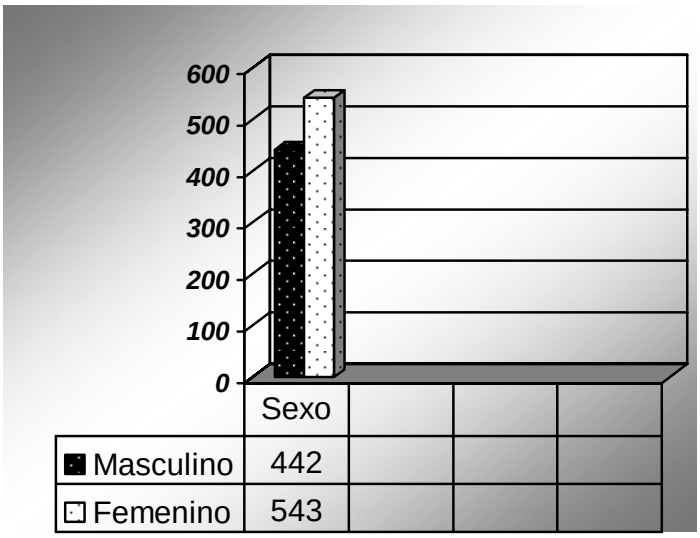
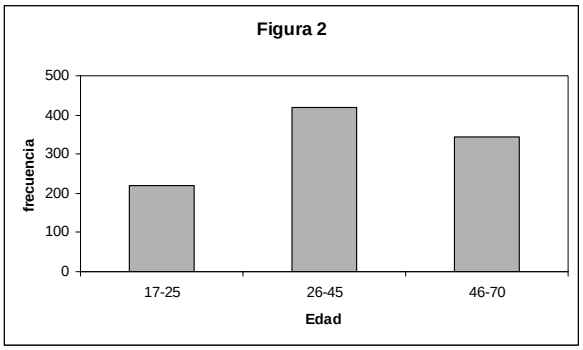


Figura1.Muestra la frecuencia en la población con respecto al sexo.

Por otro lado, la edad de la población fluctuaba entre los 17 a los 70 años. Dividida en tres grupos: 1, de 17 a 25 años; 2, de 26 a 45 años; y 3, de 46 a 70 años. (Ver figura 2).



En cuanto al nivel de estudios de la población, los datos nos indican que la mayor parte de los individuos encuestados tienen un grado de estudios a nivel profesional (329 personas) y en una mínima proporción no poseen ningún grado de estudios (17 personas). (Ver figura 3).

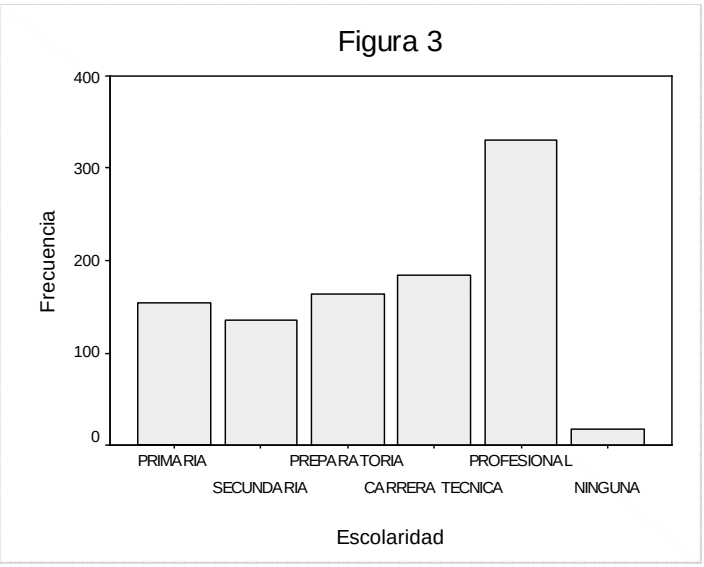


Figura 3. Representa la frecuencia del nivel escolar en la población participante.

Los datos obtenidos de las pruebas de Funcionamiento Psicosocial (FP) y Funcionamiento de Salud (FS), específicamente en las áreas hábitos negativos de salud y queja somática, respectivamente. Los datos fueron sometidos a un análisis estadístico y en este caso se utilizó la prueba Chi cuadrada. Los resultados obtenidos se muestran a continuación.

-Abusar de la sal en la comida / Que tan seguido siento un nudo en el estómago.

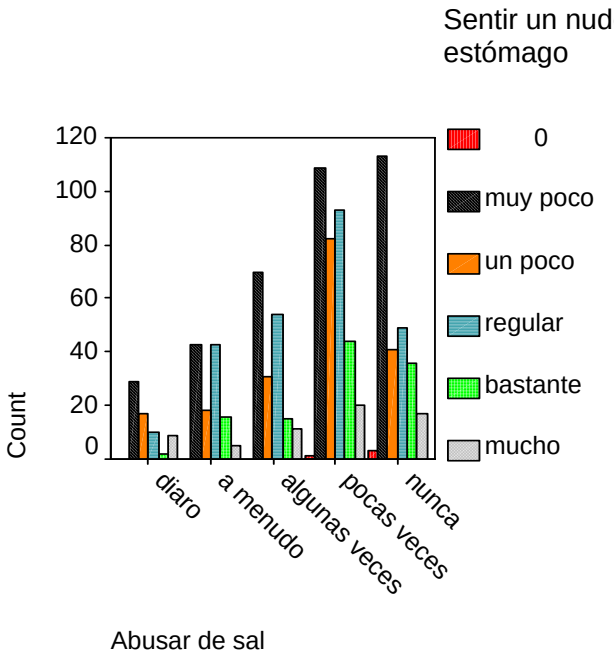


Figura 4: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a abusar de sal y que tan seguido sienten un nudo en el estómago FS (15) y FP (46).

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.724	20	.000
Likelihood Ratio	49.153	20	.000
Linear-by-Linear Association	.090	1	.765
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de abusar de la sal en la comida con el sentir un nudo en el estómago, se encontró una significancia de (sig. = .000), mostrando que el abusar de la sal tiene una influencia en el que tan seguido se siente un nudo en el estómago y viceversa.

-Abusar de la Sal / Sentirse Nervioso.

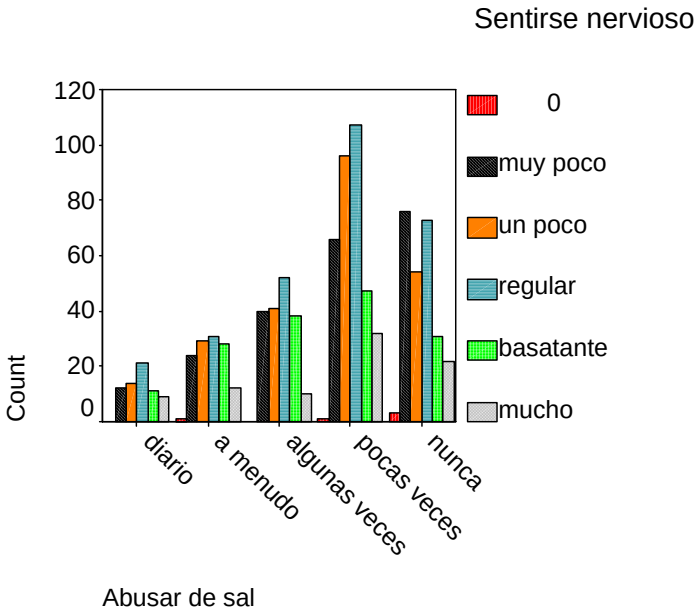


Figura 5: Las figuras representan la frecuencia de respuestas en cuanto a abusar de sal y sentirse nervioso.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.468	20	.049
Likelihood Ratio	31.438	20	.050
Linear-by-Linear Association	7.914	1	.005
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de abusar de la sal en la comida y sentirse nervioso, se encontró una significancia de (sig. = .049), mostrando que el abusar de la sal tiene una influencia en el sentirse nervioso y viceversa.

- Abusar de la Sal / Sentirse mareado.

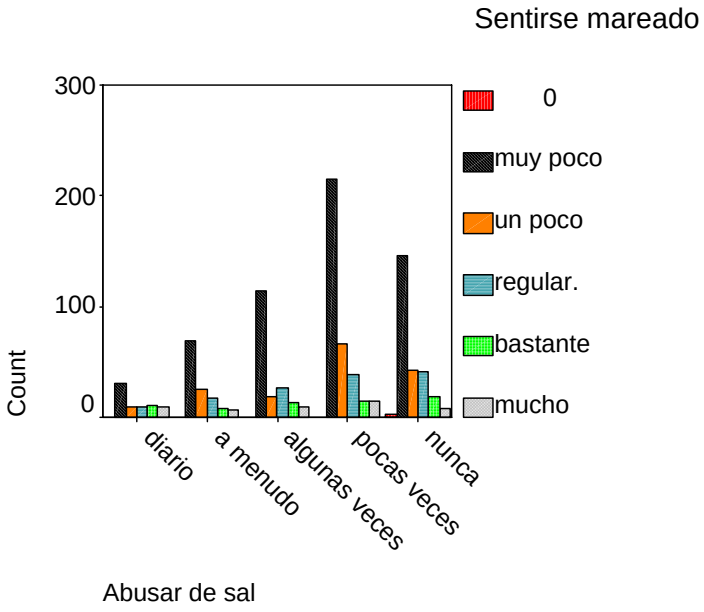


Figura 6: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a abusar de sal y sentirse mareado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.855	20	.002
Likelihood Ratio	39.376	20	.006
Linear-by-Linear Association	8.204	1	.004
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de abusar de la sal en la comida y sentirse mareado, se encontró una significancia de (sig. = .002), mostrando que el abusar de la sal tiene una influencia en el sentirse mareado y viceversa.

-Beber Cafeína / Sentir un nudo en el estómago.

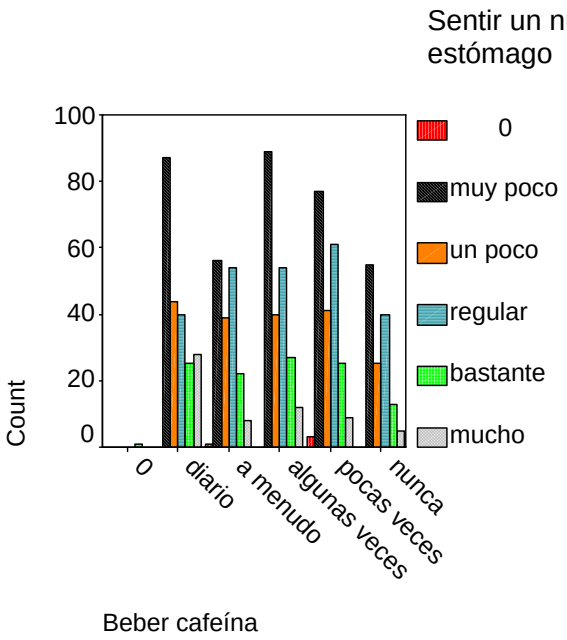


Figura 7: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a beber cafeína y sentir un nudo en el estómago.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.683[a]	25	.007
Likelihood Ratio	40.866	25	.024
Linear-by-Linear Association	3.174	1	.075
N of Valid Cases	981		

a.

Al relacionar el hábito negativo de beber cafeína y sentir un nudo en el estómago, se encontró una significancia de (sig. = .007), mostrando que beber cafeína tiene una influencia en el sentir un nudo en el estómago y viceversa.

-Beber cafeína / Sentirse nervioso.

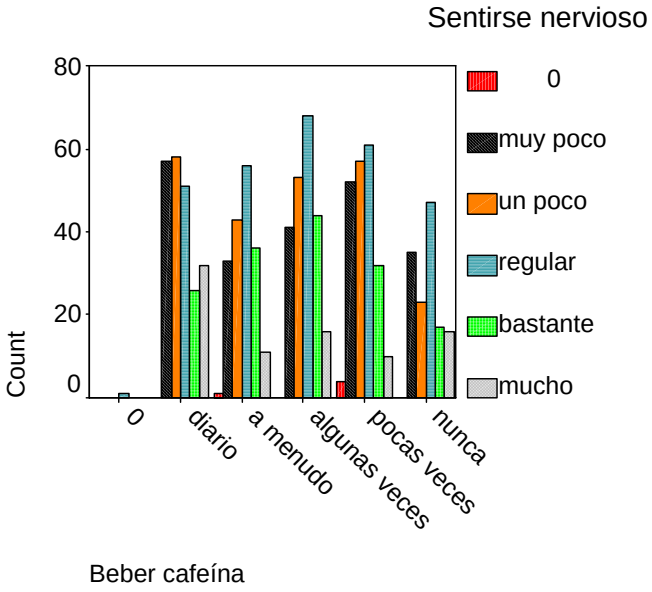


Figura 8: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a beber cafeína y sentirse nervioso.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	49.861	25	.002
Likelihood Ratio	49.879	25	.002
Linear-by-Linear Association	.623	1	.430
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de beber cafeína y sentirse nervioso, se encontró una significancia de (sig. = .002), mostrando que beber cafeína tiene una influencia en el sentirse nervioso y viceversa.

- Beber cafeína / Sentirse mareado.

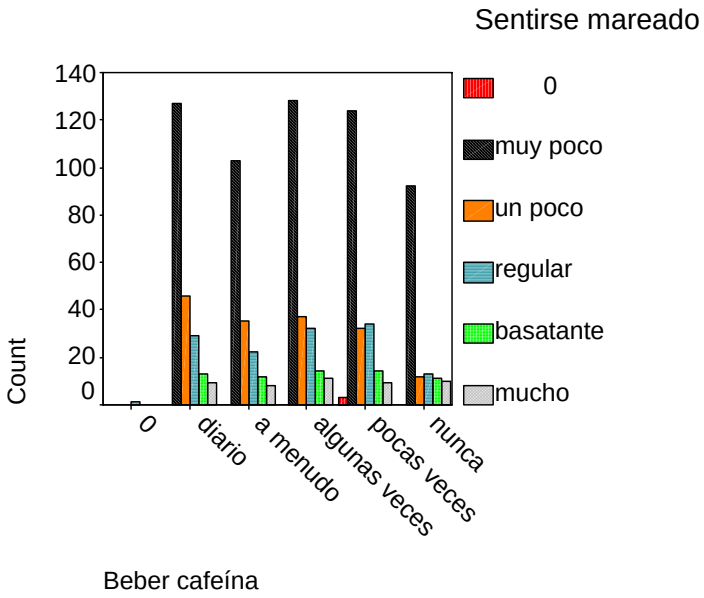


Figura 9: La figura representa la frecuencia de respuestas en cuanto a beber cafeína y sentirse mareado.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.349	25	.123
Likelihood Ratio	30.054	25	.222
Linear-by-Linear Association	.000	1	.992
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de beber cafeína y sentirse mareado, se encontró una significancia de (sig. = .123), mostrando que beber cafeína no tiene una influencia en el sentirse mareado y viceversa.

- Comer entre comidas / sentir un nudo en el estómago.

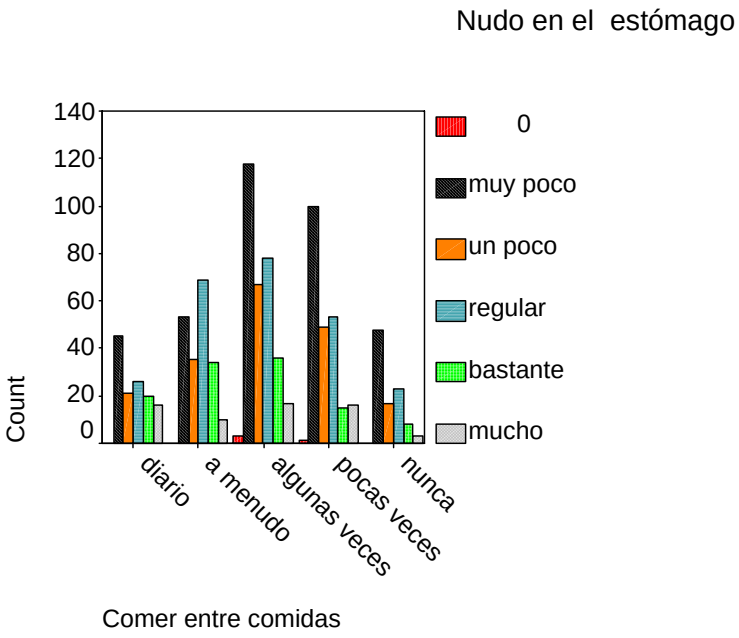


Figura 10: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a comer entre comidas y sentir un nudo en el estómago.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50.265	20	.000
Likelihood Ratio	50.288	20	.000
Linear-by-Linear Association	21.847	1	.000
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de comer entre comidas y sentir un nudo en el estómago, se encontró una significancia de (sig. = .000), mostrando que comer entre comidas tiene una influencia en el sentir un nudo en el estómago y viceversa.

-Comer entre comidas/sentirse nervioso.

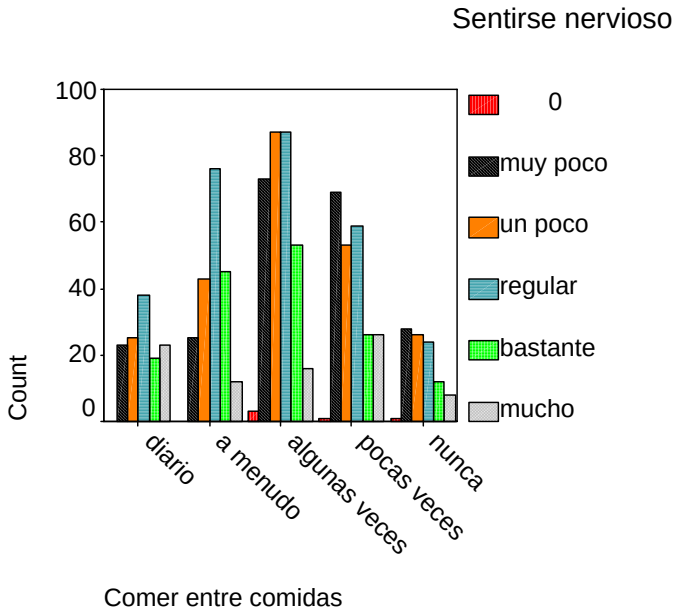


Figura 11: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a comer entre comidas y sentirse nervioso.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62.308	20	.000
Likelihood Ratio	62.068	20	.000
Linear-by-Linear Association	19.907	1	.000
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de comer entre comidas y sentirse nervioso, se encontró una significancia de (sig. = .000), mostrando que comer entre comidas tiene una influencia en el sentirse nervioso y viceversa.

-Comer entre comidas/sentirse mareado.

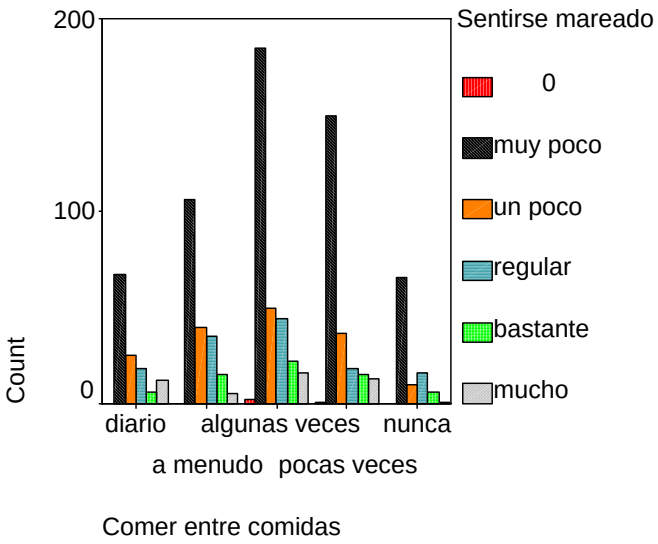


Figura 12: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a comer entre comidas y sentirse mareado.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.566	20	.038
Likelihood Ratio	35.342	20	.018
Linear-by-Linear Association	6.670	1	.010
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de comer entre comidas y sentirse mareado, se encontró una significancia de (sig. = .038), mostrando que comer entre comidas tiene una influencia en el sentirse mareado y viceversa.

-Consumir tabaco/ sentir nudo en el estómago.

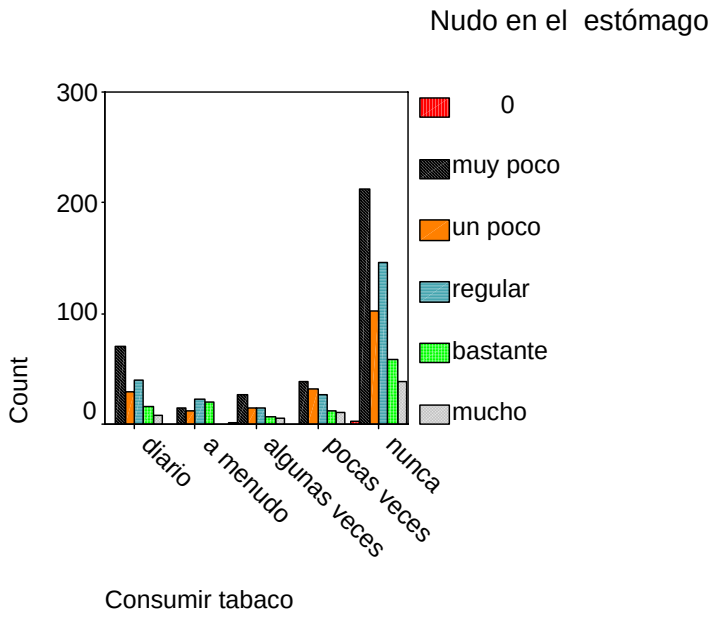


Figura 13: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a consumir tabaco y sentir un nudo en el estómago.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.100	20	.001
Likelihood Ratio	43.817	20	.002
Linear-by-Linear Association	.053	1	.818
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de consumir tabaco y sentir un nudo en el estómago, se encontró una significancia de (sig. = .001), mostrando que consumir tabaco tiene una influencia en el sentir un nudo en el estómago y viceversa.

-Consumir tabaco/ sentirse nervioso.

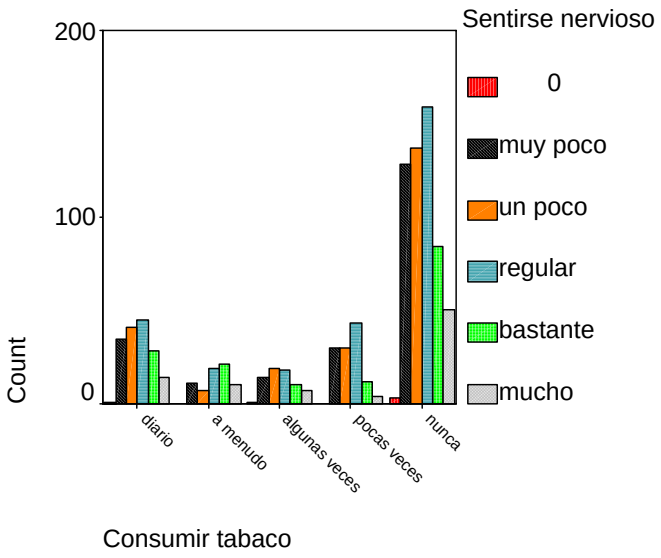


Figura 14: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a consumir tabaco y sentirse nervioso.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.160	20	.042
Likelihood Ratio	32.964	20	.034
Linear-by-Linear Association	2.318	1	.128
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de consumir tabaco y sentirse nervioso, se encontró una significancia de (sig. = .042), mostrando que consumir tabaco tiene una influencia en el sentirse nervioso y viceversa.

-Consumir Tabaco/ Sentirse Mareado.

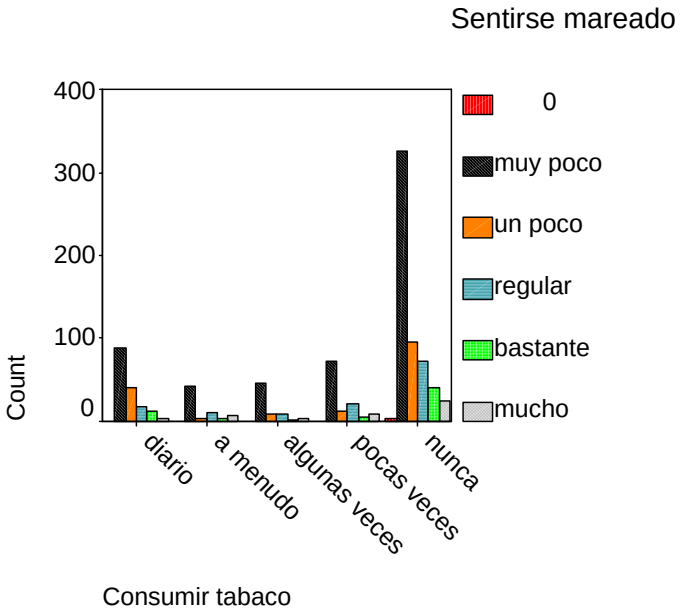


Figura 15: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a consumir tabaco y sentirse mareado.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.020	20	.043
Likelihood Ratio	33.618	20	.029
Linear-by-Linear Association	.001	1	.972
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de consumir tabaco y sentirse mareado, se encontró una significancia de (sig. = .043), mostrando que consumir tabaco tiene una influencia en el sentirse mareado y viceversa.

-Ingerir Comida Chatarra / Sentir nudo en el estómago.

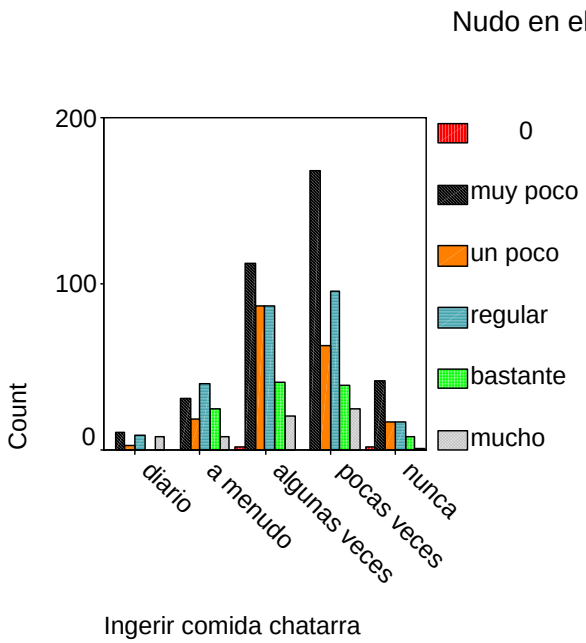


Figura 16. Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a ingerir comida chatarra y sentir un nudo en el estómago.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73.484	20	.000
Likelihood Ratio	67.684	20	.000
Linear-by-Linear Association	23.809	1	.000
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de consumir comida chatarra y sentir un nudo en el estómago, se encontró una significancia de (sig. = .000), mostrando que consumir comida chatarra tiene una influencia en el sentir un nudo en el estómago y viceversa.

-Ingerir Comida Chatarra /Sentirse nervioso.

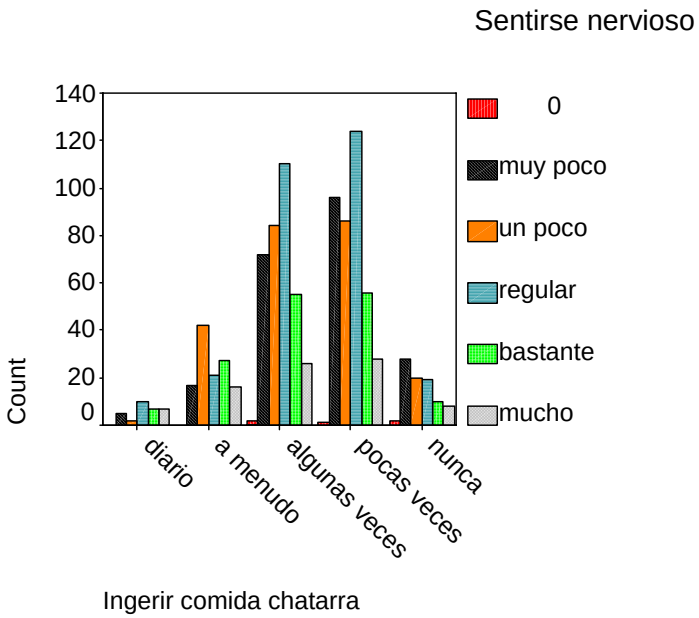


Figura 17. Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a ingerir comida chatarra y sentirse nervioso.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	52.548	20	.000
Likelihood Ratio	50.463	20	.000
Linear-by-Linear Association	15.682	1	.000
N of Valid Cases	981		

Al relacionar el hábito negativo de consumir comida chatarra y sentirse nervioso, se encontró una significancia de (sig. = .000), mostrando que consumir comida chatarra tiene una influencia en el sentirse nervioso.

-Ingerir comida chatarra / sentirse mareado.

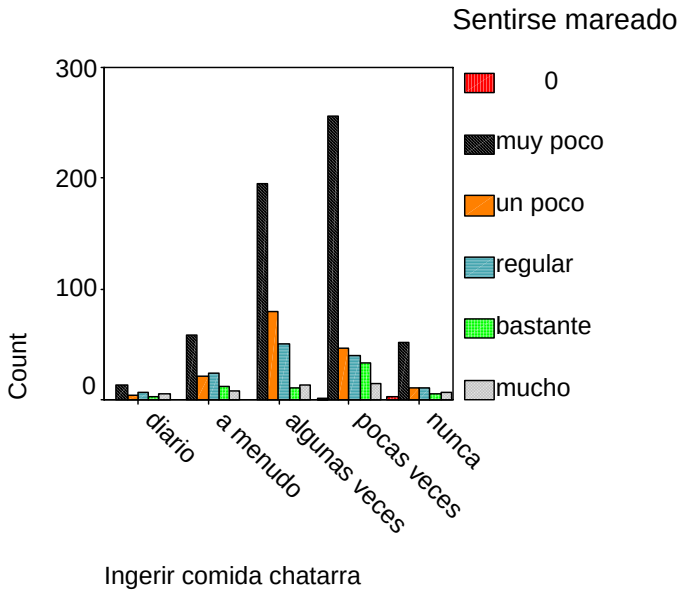


Figura 18: Representan la frecuencia de respuestas en cuanto a ingerir comida chatarra y que tan seguido sentirse mareado.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	66.124	20	.000
Likelihood Ratio	58.190	20	.000
Linear-by-Linear Association	10.806	1	.001
N of Valid Cases	981		

Al determinar la relación entre el hábito negativo ingerir comida chatarra con el sentirse mareado, se encontró una relación significativa de (sig. = .000), mostrando que el consumir comida chatarra de la sal tiene una influencia en el que tan seguido se sentirse mareado.

-Manejar sin respetar el limite de velocidad/ sentir un nudo en el estómago.

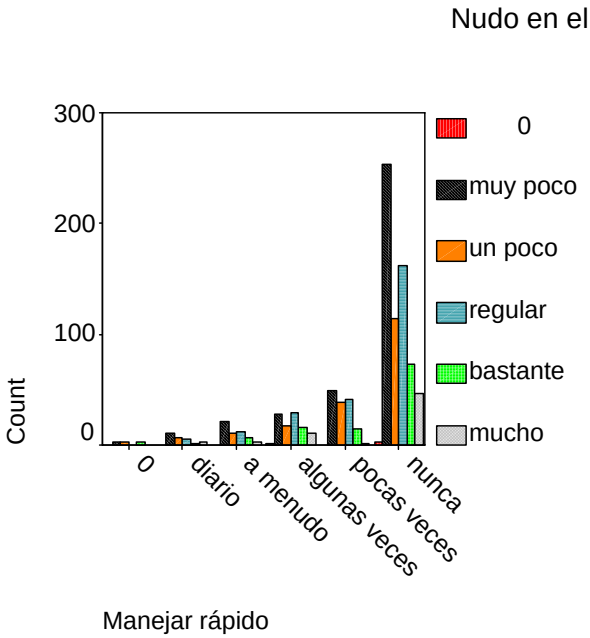


Figura 19: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a manejar rápido y que tan seguido siente un nudo en el estómago.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.716	25	.076
Likelihood Ratio	40.350	25	.027
Linear-by-Linear Association	.216	1	.642
N of Valid Cases	981		

Al relacionar entre el hábito negativo de manejar a alta velocidad con el sentir un nudo en el estómago, no se encontraron diferencias significativas (sig. = .076), entonces se puede argumentar a partir de esto que el conducir sin respetar el límite de velocidad no está relacionado con sentir un nudo en el estómago.

-Manejar sin respetar el límite de velocidad / Sentirse nervioso.

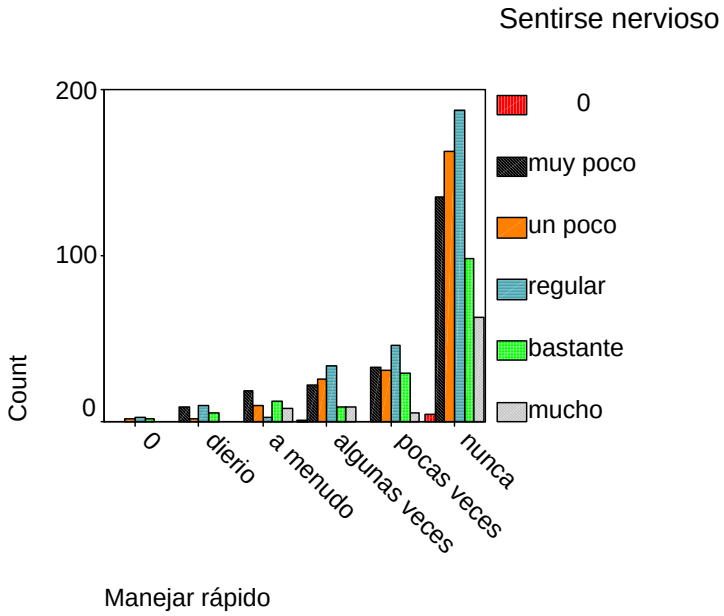


Figura 20: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a manejar rápido y sentir se nervioso con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.458	25	.007
Likelihood Ratio	56.395	25	.000
Linear-by-Linear Association	.659	1	.417
N of Valid Cases	981		

Al determinar la relación entre el hábito negativo de manejar a alta velocidad con el sentirse nervioso, se encontró una relación significativa (sig. = .007), lo cual sugiere indicar que el conducir a una alta velocidad está relacionado con el sentirse nervioso.

-Manejar sin respetar el límite de velocidad / Sentirse mareado.

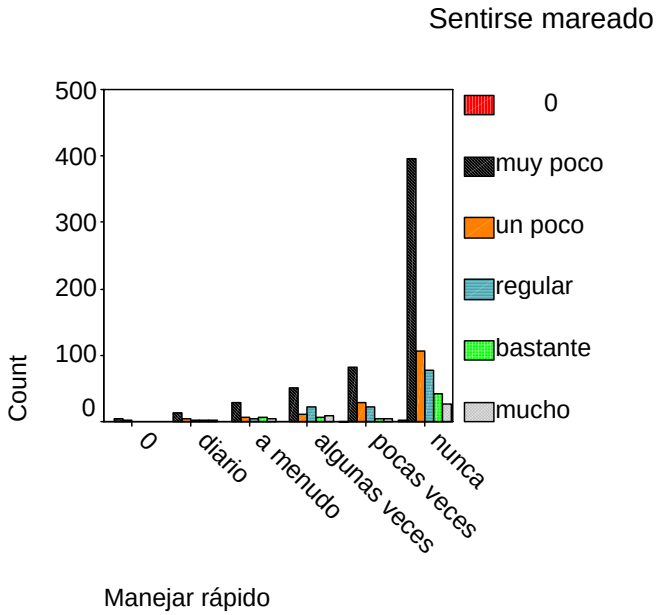


Figura 21: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a manejar sin respetar el límite de velocidad y sentirse mareado con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.398	25	.176
Likelihood Ratio	30.982	25	.190
Linear-by-Linear Association	5.079	1	.024
N of Valid Cases	981		

Al relacionar entre el hábito negativo de manejar sin respetar el límite de velocidad con el sentirse mareado, no se encontraron diferencias significativas (sig. = .176), por consiguiente, se puede argumentar a partir de esto que el conducir sin respetar el límite de velocidad no está relacionado con sentirse mareado.

-Tomar cerveza / Sentir un nudo en el estómago.

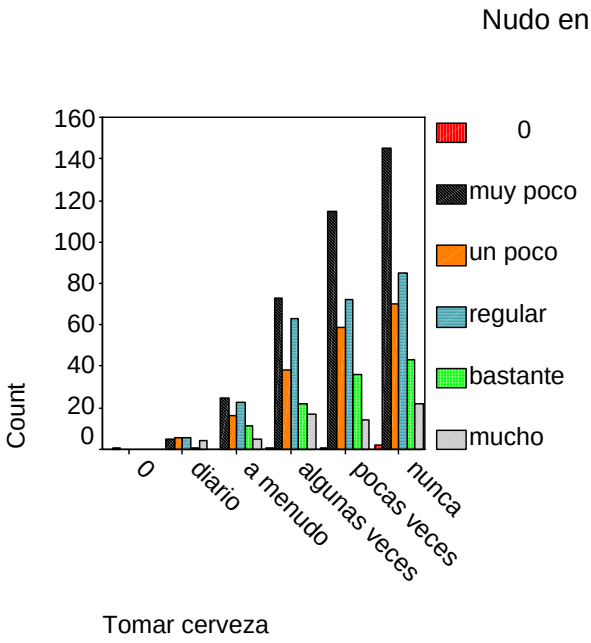


Figura 22: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a ingerir cerveza y sentir un nudo en el estómago, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.040	25	.841
Likelihood Ratio	17.488	25	.863
Linear-by-Linear Association	3.948	1	.047
N of Valid Cases	981		

Al relacionar entre el hábito negativo de tomar cerveza con el sentir un nudo en el estómago, no se encontraron diferencias significativas (sig. = .841), por consiguiente, se puede argumentar a partir de esto que el ingerir cerveza no está relacionado con sentir un nudo en el estómago.

-Tomar cerveza/Sentirse nervioso.

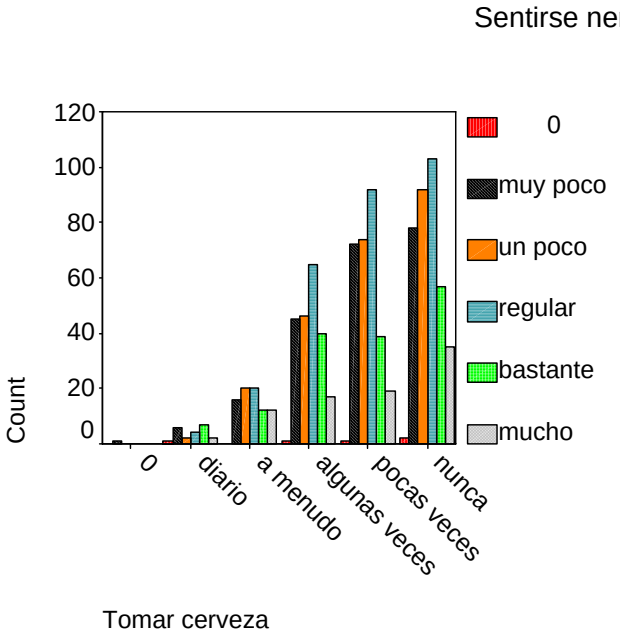


Figura 23: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a ingerir cerveza y sentirse nervioso, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.316	25	.251
Likelihood Ratio	24.287	25	.503
Linear-by-Linear Association	.607	1	.436
N of Valid Cases	981		

Al determinar la relación entre el hábito negativo de tomar cerveza con el sentirse nervioso, no se encontró una relación significativa (sig. = .251), lo cual sugiere indicar que el ingerir cerveza no está relacionado con el sentirse nervioso.

-Tomar cerveza/Sentirse mareado.

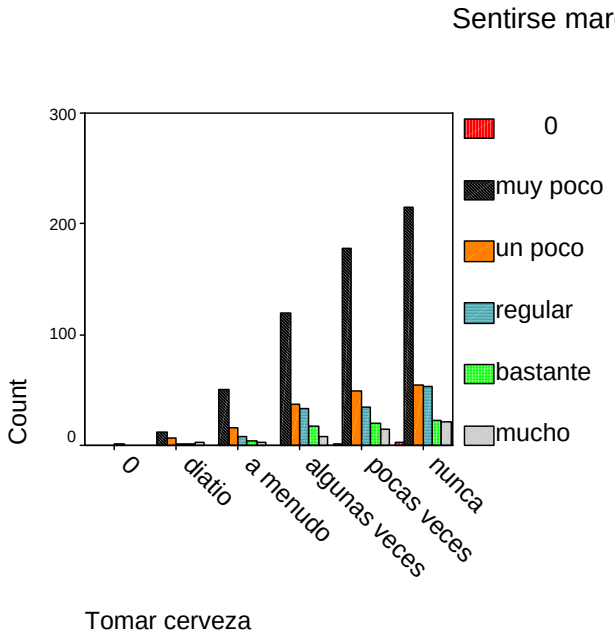


Figura 24: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a ingerir cerveza y sentirse mareado, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.421	25	.777
Likelihood Ratio	18.029	25	.841
Linear-by-Linear Association	.163	1	.686
N of Valid Cases	981		

Al relacionar entre el hábito negativo de tomar cerveza con el sentirse mareado, no se encontraron relaciones significativas (sig. = .777), por consiguiente, se puede argumentar que no hay correlación entre variables.

-Tomar vino, jerez, anís o rompope / Sentir un nudo en el estómago.

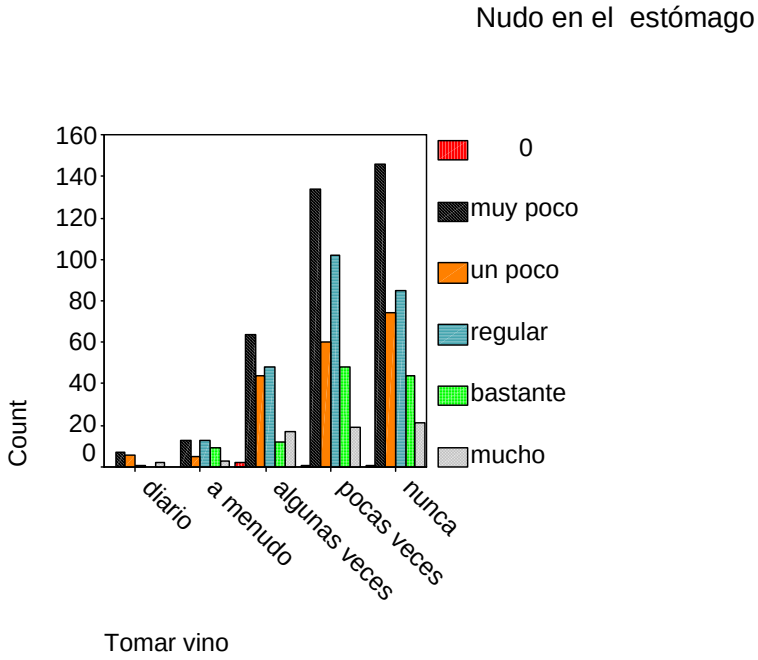


Figura 25: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a tomar vino, jerez, anís o rompope y sentir un nudo en el estómago, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.746	20	.059
Likelihood Ratio	32.519	20	.038
Linear-by-Linear Association	.924	1	.336
N of Valid Cases	981		

Al relacionar entre el hábito negativo de tomar vino, jerez, anís o rompope con el sentir un nudo en el estómago, no se encontraron relaciones significativas (sig. = .059), por consiguiente, se puede argumentar a partir de esto que el ingerir vino, jerez, anís o rompope no esta relacionado con sentir un nudo en el estómago.

-Tomar vino, jerez, anís o rompope / Sentirse nervioso.

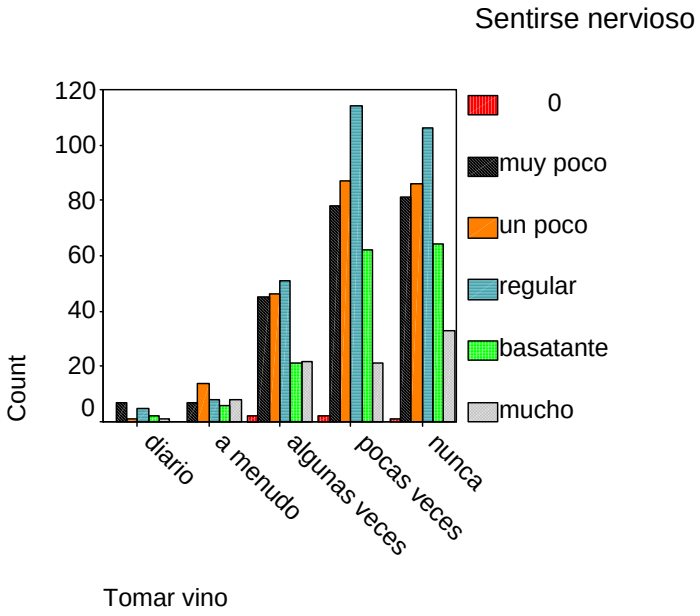


Figura 26: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a tomar vino, jerez, anís o rompope y sentirse nervioso, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26.548	20	.148
Likelihood Ratio	26.252	20	.158
Linear-by-Linear Association	.278	1	.598
N of Valid Cases	981		

Al determinar la relación entre el hábito negativo de tomar vino, jerez, anís o rompope con el sentirse nervioso, no se encontró una relación significativa (sig. = .148), lo cual sugiere indicar que el ingerir este tipo de bebidas no está relacionado con el sentirse nervioso.

-Tomar vino, jerez, anís o rompope / Sentirse mareado.

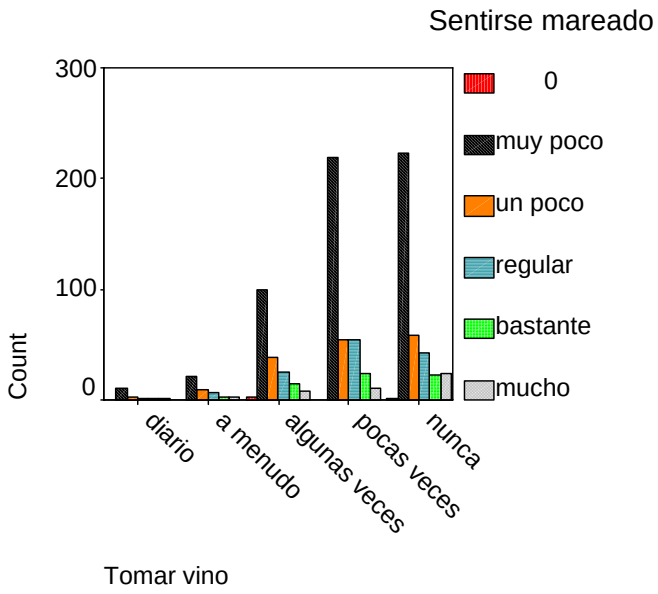


Figura 27: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a tomar vino, jerez, anís o rompope y sentirse mareado, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	18.136	20	.578
Likelihood Ratio	18.161	20	.577
Linear-by-Linear Association	.234	1	.629
N of Valid Cases	981		

Al relacionar entre el hábito negativo de tomar vino, jerez, anís o rompope con el sentirse mareado, no se encontraron relaciones significativas (sig. = .578), por consiguiente, se puede argumentar que el ingerir este tipo de bebidas no está relacionado con el sentirse mareado.

-Tomar tequila, ron, brandy u otros / Sentir un nudo en el estómago.

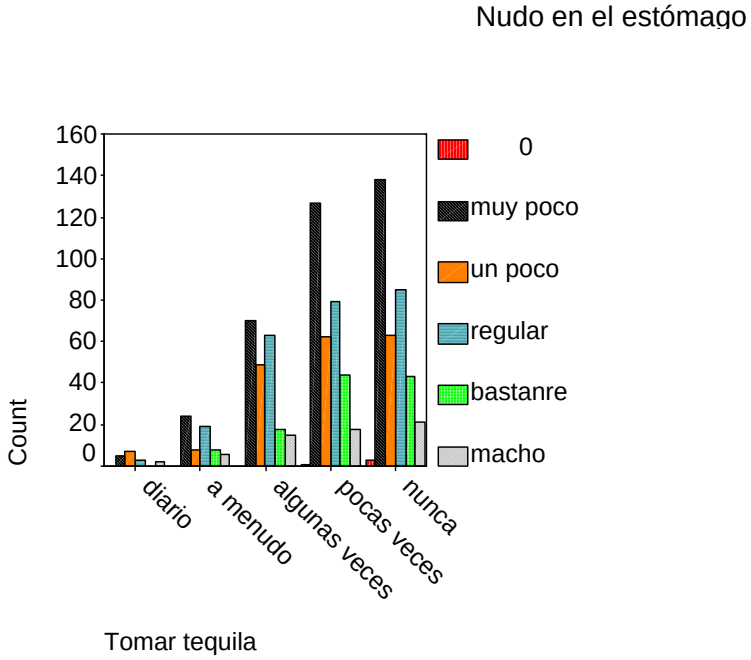


Figura 28: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a tomar tequila, ron, brandy u otros y sentir un nudo en el estómago, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.454	20	.316
Likelihood Ratio	24.285	20	.230
Linear-by-Linear Association	1.100	1	.294
N of Valid Cases	981		

Al determinar la relación entre el hábito negativo de tomar tequila, ron, brandy u otros con el sentir un nudo en el estomago, no se encontró una relación significativa (sig. = .316), lo cual sugiere que el ingerir este tipo de bebidas no esta relacionado con el sentir un nudo en el estómago.

-Tomar tequila, ron, brandy u otros / Sentirse nervioso.

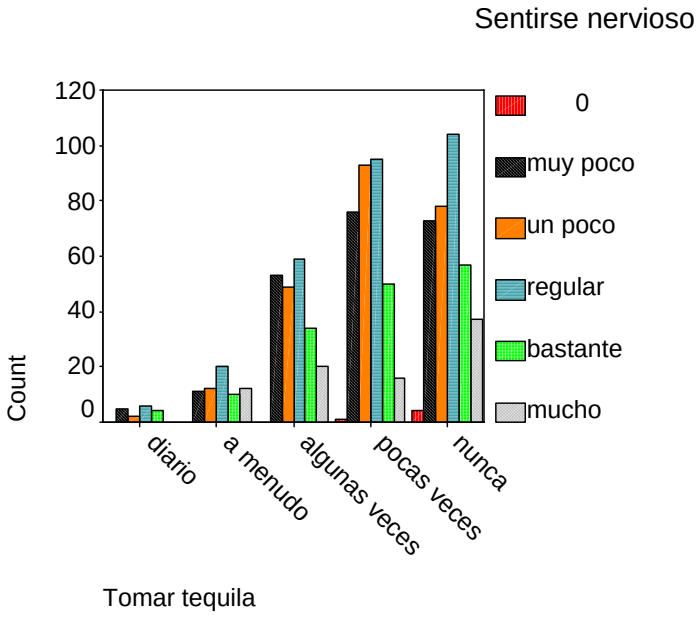


Figura 29: La figura representa la frecuencia de respuestas en cuanto a tomar tequila, ron, brandy u otros y sentirse nervioso, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28.645	20	.095
Likelihood Ratio	30.301	20	.065
Linear-by-Linear Association	.165	1	.685
N of Valid Cases	981		

Al determinar la relación entre el hábito negativo de tomar tequila, ron, brandi u otros con el sentirse nervioso, no se encontró una relación significativa (sig. = .095), lo cual sugiere indicar que el ingerir este tipo de bebidas (tequila, ron, brandy u otros) no esta relacionado con el sentirse nervioso.

-Tomar tequila, ron, brandy u otros / Sentirse mareado.

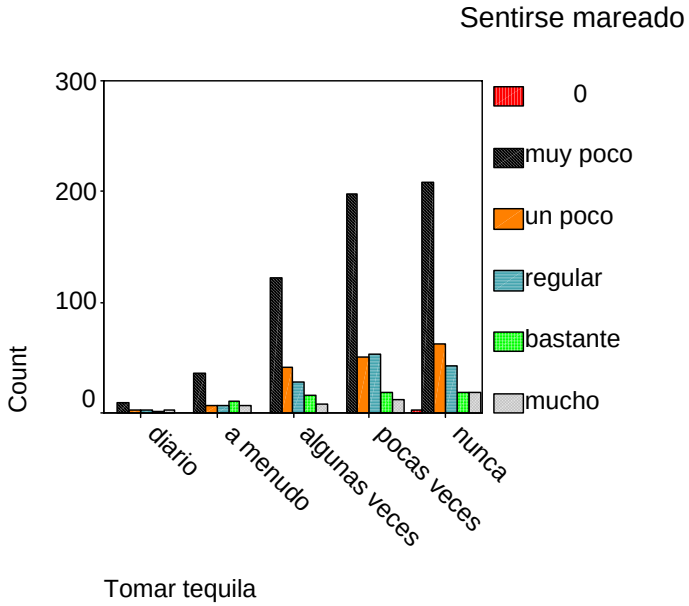


Figura 30: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a tomar tequila, ron, brandy u otros y sentirse mareado, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.420	20	.050
Likelihood Ratio	28.438	20	.099
Linear-by-Linear Association	3.902	1	.048
N of Valid Cases	981		

Al establecer la relación entre el hábito negativo de tomar tequila, ron, brandi u otros con el sentirse mareado, se encontró una relación significativa (sig. = .050), lo cual sugiere indicar que el ingerir este tipo de bebidas (tequila, ron, brandy u otros) esta relacionado con el sentirse mareado.

- Usar Drogas / Sentir un nudo en el estómago.

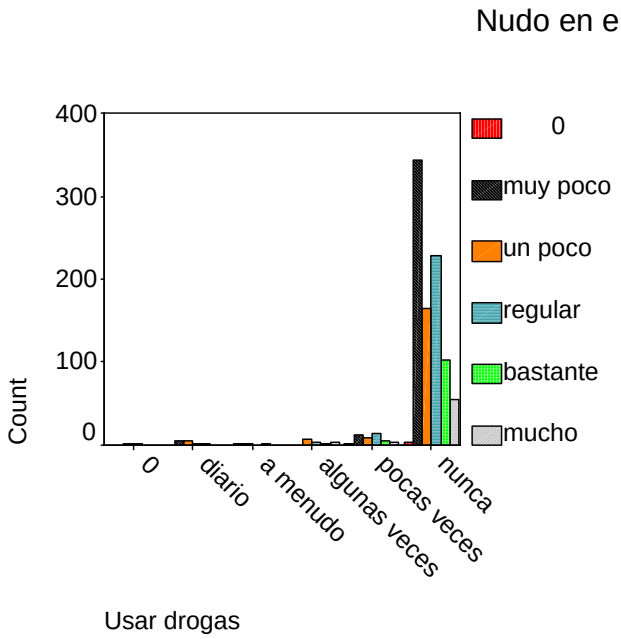


Figura 31: Representa la frecuencia de respuestas en cuanto a usar algún tipo de droga y sentir un nudo en el estómago, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37.039	25	.057
Likelihood Ratio	38.122	25	.045
Linear-by-Linear Association	.395	1	.530
N of Valid Cases	981		

Al establecer la relación entre el hábito negativo de usar algún tipo de droga con el sentir un nudo en el estómago, no se encontró una relación significativa (sig. = .057), lo cual sugiere indicar que el administrarse algún tipo de droga no está relacionado con el sentir un nudo en el estómago.

-Usar Drogas / Sentirse Nervioso.

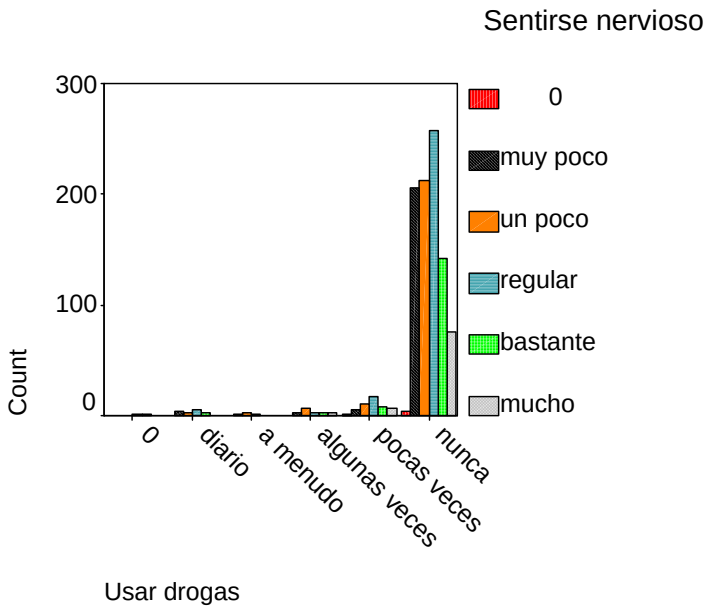


Figura 32: La figura representa la frecuencia de respuestas en cuanto a usar algún tipo de droga y sentirse nervioso, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.012	25	.797
Likelihood Ratio	20.562	25	.717
Linear-by-Linear Association	.095	1	.758
N of Valid Cases	981		

Al relacionar entre el hábito negativo de consumir algún tipo de droga con el sentirse nerviosos, no se encontraron relaciones significativas (sig. = .797), por consiguiente, se puede argumentar que el administrarse algún tipo de droga no está relacionado con el sentirse nervioso.

-Usar Drogas / Sentirse mareado.

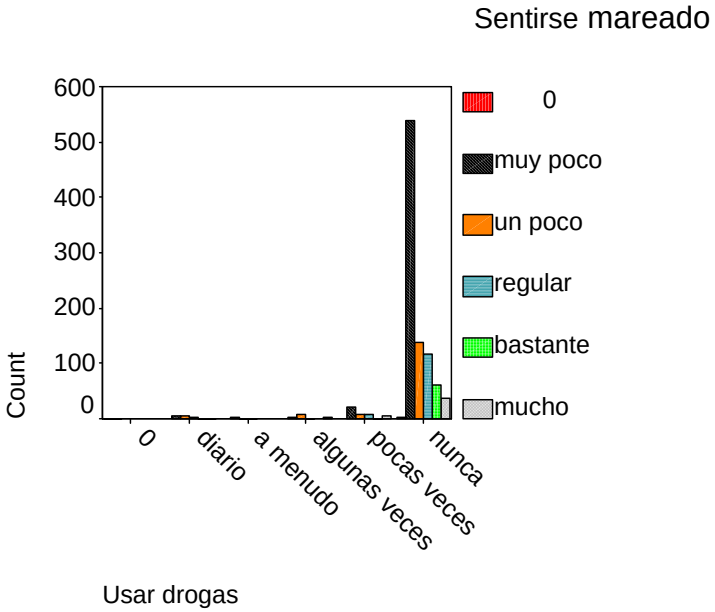


Figura 33: Representan la frecuencia de respuestas en cuanto a usar algún tipo de droga y sentirse mareado, con los correspondientes reactivos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	205.834	25	.000
Likelihood Ratio	46.319	25	.006
Linear-by-Linear Association	2.329	1	.127
N of Valid Cases	981		

Al establecer la relación entre el hábito negativo de usar algún tipo de droga con el sentirse mareado, se encontró una relación significativa (sig. = .000), lo cual sugiere indicar que el administrarse algún tipo de droga está relacionado con el sentirse mareado.

CAPÍTULO VII
ANALISIS DE RESULTADOS

Se encontró que aquellas personas que frecuentemente sienten un nudo en el estómago, se sienten nerviosos y se sienten mareados, tienden a abusar de la sal en la comida. (ver figuras 4,5 y 6).

En cuanto a las personas que consumen cafeína, se encontró que frecuentemente se sienten nerviosos, y sienten un nudo en el estómago, sin embargo, dicho hábito no se relaciona con el sentirse mareado. (ver figuras 7, 8 y 9).

Por otro lado, las personas que tienen el hábito de comer entre comidas influye en el qué tan seguido se siente un nudo en el estómago, que se sienten nerviosos y en aquellos que se sienten mareados. (ver figuras 10, 11 y 12).

A si mismo, los hábitos negativos de consumir tabaco y consumir comida chatarra se encuentran relacionados con el sentir un nudo en el estómago, sentirse nerviosos y el sentirse mareados. (ver figuras 13, 14,15, 16, 17 y 18).

También, se encontró que el manejar sin respetar el límite de velocidad no se relaciona con el sentir un nudo en el estómago, ni con el sentirse mareado; pero sí con el sentirse nervioso. (ver figuras 19, 20 y 21).

El tomar cerveza y el tomar vino, jerez, anís o rompope no se relacionan con el sentir un nudo en el estómago, sentirse nervioso o sentirse mareado; sin embargo, el tomar tequila, ron, brandy u otros, a pesar de no relacionarse con sentir un nudo en el estómago o sentirse nervioso si se relaciona con el sentirse mareado. (ver figuras 22 a la 30).

Al hacer un análisis de la relación entre el usar drogas, el sentir un nudo en el estomago, sentirse nervioso y sentirse mareado encontramos que no existe dicha relación con los dos primeras y si con el sentirse mareado. (figuras 31,32 y 33).

CAPÍTULO VIII
CONCLUSIONES

De acuerdo a la revisión teórica la psicología de la salud es una de las áreas de especialización que surge como respuesta a muchas y muy variadas demandas de salud; por lo que consideramos que la definición de Matarazzo (1980) como la más adecuada para describir dicha área conjunto de contribuciones educativas científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y mantenimiento de la enfermedad , la correlación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y al análisis y mejora del sistema sanitario y formación de política sanitaria, algunas de las funciones de la psicología de la salud son: la promoción de la salud, la prevención, la evaluación, el mantenimiento y tratamiento de las enfermedades.

Cabe destacar, de acuerdo a lo ya mencionado en este trabajo que, la concepción de la salud y de la enfermedad ha cambiado a lo largo del tiempo y de la cultura, es decir, no existe una definición universal; cada sociedad define a la salud y a la enfermedad de forma peculiar desde su punto de vista particular. Es decir, que el sentido de salud ha ido evolucionando en función del modelo histórico, de las culturas, del sistema social y del nivel de conocimientos.

Actualmente, son numerosas las definiciones que se han formulado sobre el concepto salud, encontrando un elemento en común entre todas, la formulación de la salud en términos positivos, es decir, actualmente ya no se entiende sólo como la ausencia de enfermedad, si no que se toma en cuenta a esta última para hablar de un proceso interactuante de salud-enfermedad, por lo que estamos de acuerdo con lo mencionado por Chavarría (2005), la salud y la enfermedad se encuentran en relación directa, en unidad relativa y en oposición permanente, ambas coexisten en una totalidad formando los polos de un mismo proceso sin mantener una relación mecánica o lineal. La permanencia de uno de los polos puede ser con

diferente duración y de distintas manifestaciones, así como el tiempo y la forma como se manifiesta está determinada por diversas condiciones.

En nuestra opinión es mucho mejor el prevenir las enfermedades por medio de la modificación de hábitos, a esto puede ayudar el psicólogo por medio de estrategias de enseñanza-aprendizaje, para que las personas por ellas mismas, puedan, voluntaria y conscientemente, modificar comportamientos individuales y/o sociales, y adoptar aquellos que favorecen la salud, tal y como lo mencionan (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

También se relaciona con lo dicho por Stratton (2001). La salud del individuo tendiente a crear mediante el conocimiento y la practica asidua de los hábitos de salud, las costumbres y la higiene, lo cual es de extraordinaria importancia, porque quien aprende a conservar y mejorar su salud, cuida y protege indirectamente la salud de los demás.

Hay que mencionar que los hábitos de salud son todas aquellas conductas que la gente practica para el mantenimiento de su salud y que dichos hábitos de salud no son interdependientes, es decir, que no por que practique un hábito de salud se practican todos los hábitos de salud existentes.

Agregaremos, que los hábitos practicados por el individuo o grupo social tiene rasgos particulares, es decir se manifiesta de distintas formas, por ello los hábitos, saludables o no siempre son variables en algún aspecto, por lo que siempre interactúan entre si como parte de un proceso; al igual que la salud y la enfermedad y pueden ser resultado de una o varias causas tanto del individuo como del ambiente en el que se desenvuelve.

Una definición mas de hábitos de salud es la dada por Hunt y Cols., 1979 y se refiere a ellos como una conducta relacionada con la salud, que esta firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo, la cual es

automática; esto es, en términos de la conducta, que los hábitos se desarrollan inicialmente a través del proceso de reforzamiento con determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo a parecen de manera independiente manteniéndose con factores ambientales asociados. Sin embargo una característica de los hábitos de salud, es que son conductas aprendidas y, por ende se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje.

Al hablar de la prevención de la enfermedad por medio de la modificación de hábitos, nos referimos a que dichos hábitos no saludables sino siempre, generalmente llevan a una enfermedad, ya que tal y como ya lo mencionamos, en la actualidad la mayoría de las enfermedades crónicas están determinadas por los comportamientos. Y tal como se puede observar en el presente trabajo, la salud tiene su origen en aspectos no solo comportamentales, sino biopsicosociales y por tanto no es fácil que las personas sean poseedoras de una salud integral, por ello se han realizado diversos investigaciones que abordan dicho tema y propones soluciones para el mejoramiento de la salud y sin embargo, esto no ha sido suficiente, ya que las enfermedades crónicas o no siguen incrementando.

Respecto a esto Latorre y Beneit, (1994), dice que un hábito de salud, es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de una forma automática, esto es, sin que exista una clara conciencia de ello por parte del sujeto.

Actualmente se sugiere la utilización de algunas técnicas tales como: relajación, reestructuración cognitiva, reforzamiento y autocontrol; en trastornos como: dolor crónico, asma, padecimientos gastrointestinales y psicosomáticos, hipertensión, cáncer, estrés, diabetes y cefaleas entre otros; el fin de su intervención es reducir malestares, ayudar al individuo a adaptarse a la enfermedad, cumplir con las indicaciones del médico así como reducir la angustia; sin embargo, consideramos,

que a pesar de ser muy útiles dichas técnicas no se puede dejar del lado el aspecto biológico y social, ya que caeríamos en lo que se ha venido cayendo: en la fragmentación del individuo como un ser solo biológico, o solo psicológico o solo social.

El estado de salud que posee cada individuo dependerá en gran medida de los tipos de comportamientos que efectúe éste, la realidad es que no es fácil cambiar una vieja costumbre que realizamos todos los días. Esto es un proceso de aprendizaje, muchas personas se ven en la obligación de modificar sus hábitos cuando ya es muy tarde, cuando la enfermedad se adquiere.

De esto la vital importancia de la adherencia al tratamiento, cuando se presenta una queja somática o un dolor crónico también es considerada como una conducta de alto riesgo ya que contribuye al deterioro de la salud del individuo y puede ser resultado de uno o varios hábitos negativos de la salud.

Cabe mencionar que cada individuo tiene un significado diferente de la palabra dolor (queja somática) a través de la experiencia personal; tiene múltiples causas, diversas características anatómicas y fisiopatológicas, y variadas interrelaciones con aspectos psicológicos y culturales, además existen diferentes clasificaciones de dolor, tales como. Dolor agudo, el dolor crónico, el dolor somático, el dolor neuropático, y el psicogénico.

Sherrington (1993) definió el dolor como un adjunto psicológico a un reflejo protector cuyo propósito es ocasionar que el tejido u órgano afectado se aleje de estímulos en potencias nocivas y lesionantes.

A partir de nuestra revisión teórica podemos definir a la queja somática como: Una señal de alarma que ayuda a proteger el cuerpo de cualquier daño.

El presente trabajo tuvo como principal objetivo, examinar si la queja somática influye en los hábitos negativos de salud a fin de conocer si la población modifica sus hábitos a partir de la queja somática, además de determinar si existe una relación significativa entre queja somática y los hábitos negativos de salud, encontrando lo siguiente:

Tal y como lo menciona Stanford (1999) los hábitos de salud son un complemento imprescindible en la prevención de enfermedades crónico degenerativas, sin embargo encontramos una relación significante entre varios hábitos negativos y la presencia de quejas somáticas.

Un ejemplo de ello es que las personas que frecuentemente sienten un nudo en el estomago, se sienten nerviosos y se sienten mareados, tienden a abusar de la sal en la comida y el consumo de comida chatarra. Respecto a esto Stanford (1999). ; dice que para una buena salud las comidas deben ser balanceadas e incluir una variedad de alimentos. Además de tener comportamientos nutricionales apropiados que incluyen desayunar siempre; reducir el consumo de alimentos altos en grasas saturadas/colesterol, azúcar y sal a niveles no perjudiciales a la salud; preferir el consumo de grasas polinisaturadas, alimentos altos en fibra y almidones; mantener el peso ideal / deseable y el por ciento de grasa corporal en proporciones no peligrosas para la salud, entre otras; tales como el evitar comer entre comidas, ya que dicho hábito también arrojo un resultado significante a la queja somática dentro de nuestro trabajo.

Por otro lado, el hábito negativo de consumir tabaco se encuentro relacionado con los reactivos utilizados para evaluar la queja somática, esto indica que las personas enfermas o con malestar siguen fumando a pesar de saber que el fumar esta relacionado con enfermedades del corazón / arterosclerosis coronaria, pulmonares, cáncer y otras.

En cuanto a las personas que consumen cafeína, se encontró que frecuentemente se sienten nerviosos, y sienten un nudo en el estómago, sin embargo, dicho hábito no se relaciona con el sentirse mareado, tal y como mencionamos en nuestra base teórica, aún cuando no se ha comprobado que el consumo de bebidas que contienen cafeína afecte de manera conclusiva físicamente o mentalmente a las personas, el riesgo para que se perjudique el estado de salud del individuo por su consumo se aumenta en personas cardíacas, o propensas a dichos males.

Por otra parte, aún cuando parece no existir relación en cuanto a la queja somática y el consumo de cerveza, vino, jerez, anís o rompope nuestro trabajo arrojo solo una relación significativa entre el consumo de tequila, ron, brandy u otros; con el sentirse mareado lo que probablemente significa que aun cuando no se consumen las primeras bebidas si existe un consumo de alcohol aunque lo ideal sería abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas o, si se consumen, tomar con moderación. Sin embargo, el consumo regular de alcohol puede ocasionar: enfermedades en el hígado (cirrosis) y otras condiciones físicas (diabetes mellitusy obesidad), deficiencias nutricionales, problemas psico-sociales, y accidentes de tránsito.

Existe una infinidad de hábitos negativos nocivos para la salud, sin embargo, algunos son más comunes y más letales para la salud en comparación a otros, uno de ellos es el manejar sin respetar el límite de velocidad en el presente encontramos que solo existe significancia con el sentirse nervioso y que no se encuentra relacionado con el sentir un nudo en el estómago o sentirse mareado.

Dentro de los que consideramos más nocivos es el abuso de drogas, aunque al hacer un análisis de la relación entre el usar drogas, el sentir un nudo en el estómago, sentirse nervioso y sentirse mareado encontramos que no existe dicha relación con las dos primeras y sí con el sentirse mareado.

Respecto a lo anterior, Stanford (1999), propone evitar el uso y abuso de drogas, sugiere solo utilizar aquellas drogas controladas que son prescritas por su médico. El abuso en el consumo de drogas pude resultar en las siguientes condiciones: 1) adicción / dependencia, 2) la posibilidad de una sobredosis, 3) enfermedades, 4) problemas familiares y con la sociedad, 5) accidentes y 6) la muerte.

Con todo lo anterior, podemos observar que no existe una modificación de hábitos negativos de salud aun cuando se presenta la queja somática o bien la enfermedad.

Tomando en cuenta lo ya mencionado, respecto a que la queja somática es una advertencia o una señal de alarma que ayuda a proteger el cuerpo de cualquier daño y que los hábitos son conductas aprendidas y por lo tanto, pueden mantenerse y/o extinguirse de acuerdo a las consecuencias de dicha conducta , la reacción esperada sería que las personas se alejasen de eso que les está haciendo daño o bien apegarse al tratamiento que su enfermedad o queja requiere, en este caso sus malos hábitos de salud y no lo hacen; desde nuestro punto de vista es por que para ellos no existe una consciencia de que hay relación entre uno y otro.

Es decir, como la consecuencia a dicha conducta no es inmediata no se relaciona a los malos hábitos de salud.

Por último, hacemos hincapié en que el psicólogo debe poner principal atención en la educación para evitar tener hábitos no saludables y de esta forma reducir el índice de enfermedades crónico degenerativas en nuestro país.

Referencias

.

American Psychiatric Association DSM-III-R. (1987). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders.*** (Third Edition-Revised).

Amigo, Fernández y Pérez. (1998). ***Manual de psicología de la salud***. Madrid. Pirámide.

Ardila, R. (2000). Prevención primaria en psicología de la salud. En: L. Oblitas y E. Becoña , ***Psicología de la salud***.(19- 27) México: Plaza y Valdez.

Ballester, R. (1997). Historia y cristalización de la psicología de la salud como disciplina. En: ***Introducción a la psicología de la salud***.(207-242) España.: Promolibro.

Barsky, A. (1979). ***Patients who amplify bodily sensations***. En: Ann internal medic; 91.

Bass, C. and Benjamin, S. (1993). ***The management of chronic somatisation***. En : Br Journal Psychiatric; 123 (472-480).

Bazan, (1997). En: Florez, L. (2001). ***Psicología de la salud. psicología (en red)***. Disponible en: www, psicología.com/biblioteca.

Becoña, E. Vázquez, F., Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: E. Becoña y L. Oblitas .***Psicología de la salud***. (11-51) México, D.F.: Plaza y Valdés.

Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En: L. Oblitas. ***Psicología de la salud.*** (67-109). México: Plaza y Valdés.

Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas. (Ed), ***Psicología de la salud.*** (11-47). México: Plaza y Valdés.

Belar, C. D., Wilson, E. y Hughes, H; (1982). Health psychology training in doctoral psychology programs. ***Health psychology***. Vol I.3. New York.

Bellamy, C.,(1995). ***Desarrollo*** duradero en el ámbito de salud. Promoción y educación***.*** En: ***Revista internacional de promoción de la salud y educación para la salud.*** Vol. 11 No. 4, (17-37).

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

Bond, M. (1980). ***Dolor, su naturaleza, análisis y tratamiento***. Buenos aires: Inter-medica, 1980.

Bonica, J. J (1990). Definitions and taxonomy of pain. ***The management of pain***. Philadelphia. Lea and Febiger. (18-27).

Buela, C. G. Caballo, V. E y Sierra, J. C (1996). ***Manual de evaluación en Psicología clínica y de la salud***. (25-33). España. Siglo XXI.

Buela, G., Sierra, J. C y Carboles, J., A. (1995). Psicología clínica y de la salud En: Caballo, V. (1991) ***Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta***. (14-39). Madrid: Siglo Veintiuno.

Carboles (1993) En: Buela, Sierra y Carboles, (1995). ***Psicología clínica y de la salud***. Madrid, Siglo XXI.

Chavarría, L., Cervantes, M., L., Bautista, J. U. (2005). ***Generalidades: carrera de enfermería.*** Tlalnepantla, Edo. de Méx. : UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztcala, reimpr. 200.

Cortés, L. F., Ramírez, M. D, Cabrera, J. I, Calderón, J. A, Watanabe, P Barrientos, M. A y Lazcano, E. (1989). ***La condición física y el deporte para la salud en México. Creencia y desarrollo***. Vol. XV. Num. 87.

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

Crain & Crain. (1987). En: Ramírez, G. E. M. M. y Cortés, E. B. (1999). ***Mecanograma.*** pág. (79-101).

Diccionario médico de bolsillo. Dorland. 24 edición. Interamericana. Mc Graw Hill, pág, 356.

Encuesta de salud. (1997). ***Encuesta de salud de Canarias***, gobierno de canarias.

Engel, (1971); En: Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y Psicología de la Salud: Marcos teóricos y modelos***. Revista de Psicología de la Salud.***

Engel, G., L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. En: Oblitas, L., A., Becoña, E. (2000). ***Psicología de la salud***. Plaza y Valdés., México.

Engel, G., L. (1977). The need for a new medical model. ***A challenge for biomedicine. Sciencie*** (1996).

Escobar, J (1987). ***Cross-cultural aspects of the somatization trait***. En: Comunidad de hospitales psiquiátricos. España,38, (174-180).

Escobar, J (1987). ***Somatization in the community***. En: Archivo general de psiquiatría. España, 44, (713-718).

Fabrega, H.(1990). ***The concept of somatization as a cultural and historical product***. En: Medicina psicosomática. Barcelona, 52, (653-672).

Fisbhein. (1980). En: Wallston, K. A y Wallston, B.S. (1983). ***Social psychology of hrealthand illnes***. Sauns aand cols. New Jersey.

Florez, L. (2001). Psicología de la salud. ***Psicología en red***. En: www.psicología.com/biblioteca.

Ford, C., V. (1983). The somatization disorders. ***Illness as a way of life***. Elsevier biomedical. New York.

Foster y Anderson. (1978). En: Perea, Q., R. (2004). ***Educación para la salud (reto de nuestro tiempo)*** Ed. Diaz de Santos. España.

Gómez, D. E. (1996). Salud y prevención en la sociedad del bienestar. En: D.E., Gómez y X.L., Saburido (EDS). ***Salud y prevención: nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica.*** (17-33). España: Pirámide.

Gomezjara, F., y Ávila, R. (1989). ***Salud comunitaria, teoría y técnica***. Eds. Porrua, México.

Helman, C. (1984). ***Culture, health and illness.*** John Wright & Sons Ltd. U.S.A.

Herreman, C. (1984). ***Medicina humanística***. México. Interamericana.

Harris y Guten, (1979). Health related behavior and health promotion. ***Psychology health***. Cap 6.

Holtzman, W. (1993). Psychology and health around the world, En. Palacios, J. y Lucio, E. (Eds) ***1er. Congreso internacional de psicología y salud***. UNAM, México.

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

International association for the study of pain. (1986). Subcommittee on taxonomy. ***Classification of chronic pain.*** 3. (3-12) y (216-221).

Jiménez, C. (1998). Concepto, definición y desarrollo histórico de la psicología de la salud. En: ***Ciencias psicosociales aplicadas a la salud***. España: Universidad e Cordoba, Escuela universitaria de enfermería.

Karoly, (1985) En: Fernández, (1996). ***Evaluación en psicología de la salud: algunos problemas metodológicos***. Carsullo M. (Ed.) Evaluación psicológica en el campo de la salud.

Katon, W., Kleinman, A., Rosen, G. (1982). ***Depression and somatization: a review.*** En Americal journal of medical. 72, (127-135).

Kirmayer, L. (1984). ***Culture, affect and somatization. Part 1***. En: Transcult psychiatric res, 21, (159-188).

Kirmayer, L. (1985). ***Somatization and the social construction of illness experience***. En: Illness behavior. A multidisciplinary model. Plenum press, New York, 111.

Kirmayer, L. , Robbins, J. (1991). ***Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-ocurrence, and sociodemographics characteristics***. En: Journal of nervous mental disorder ,179, (647-655).

Kleinman, A. (1978). ***Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research***. En: Ann intern medic; 88, (251-258).

Kleinman, A. (1982). ***Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China.*** En: Cultural medical psychiatry. 6, (117-190).

Lapowski, 1976; En: Stone, G. C. (1983). ***Procedimgs of the national working conference on education and training in health psychology***. Health psychology; 2.

Latorre, J. (1994). Psicología de la salud: Introducción y conceptos básicos. En: J. Latorre y P. Beneit. ***Psicología de la salud***. (17-25). Argentina. Lumen.

Latorre, J. (1994). Psicología de la salud: Introducción y conceptos basicos. En: J. Latotorre y P. Beneit (Eds.), ***Psicología de la salud***.(13-27). Argentina. Lumen.

Lazarus, R. S. (1991). ***Estrés y procesos cognitivos***. (34- 52) Mexico : Planeta : Roca.

Leavell y Clark. En: López, R., F. (2003). ***Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas***. Eds. Manual moderno. México D.F.

Leventhal,H. & Cleary,P.D (1980).The smoking problem: Review of the research an theory in behavioral risk modification. ***Psychological bulletin***. 88, (370 – 304).

Lipowski, Z.J (1990). ***Somatization and depression***. En: Psychosomatics. 31, (13-21).

Lipowski, Z.J. (1988). ***Somatization: The concept and its clinical application***. En: American journal psychiatric; 145, (1358-1368).

Maciewicz, R, Martin, J .B (1991). ***Pain:*** **pathophysiology *and* management**. En: Wilson, J. D, Braunwald E, Isselbacher, K. J, Petersdorf, R. G, Martin, J. B, Fauci, A. S, Root, R. K (Eds). Principles of internal medicine. McGraw-Hill, New York.

Maddux, Roberts, Sledden y Wriht, (1986). En : Sarafino, E., P. (1994). ***Health psychology: Biopsychosocial interactions***. New York, Jhon Wiley & Sons.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for new health psychology. ***American psychologist***. No.35 En: Ballester, R. (1997). Historia y cristalización de la psicología de la salud como disciplina. ***Introducción a la psicología de la salud***. (207-242) España. Promolibro.

McHugh, S. and Vallis, M. (1985). Illness behaviour: Operationalization of the biopsychological model. En: ***Illness behaviour. A multidisciplinary model.*** Plenum press, New York; (1-31).

Mechanic, D. (1962). ***The concept of illness behavior***. En : Journal chronical disorder; 15, (189-194).

Mechanic, D. (1972). ***Social psychologic factors affecting the presentation of bodily complaints***. En: New england journal medic; 286, (132-140.)

Mechanic, D. (1978). ***Medical sociology***. The Free press. A division of macmillan publishing Co., Inc New York.

Mechanic, D. (1995). ***Sociological dimensions of illness behavior.*** En: Sociologic scientific medic ; 41, (1207-1216).

Mechanic, D. and Volkart, E. (1960). ***Illness behaviour and medical diagnoses.*** En: Journal health human behavior . 1, (86-94).

Mechanic, D.(1980). ***The experience and reporting of common physical complaints.*** En: Journal health social behavior; 21,(146-155).

Merani, A. (2004). ***Diccionario de psicología.*** México, Grijalbo, pag, 135.

Morales, C., F. (1999). La psicología en la atención primaria de la Salud. ***Introducción a la psicología de la salud***. Paidós, Buenos Aires. 1ª edición.

Nevarez, M. S. (2006). ***Enfermedades crónico- degenerativas***. En: Revista salud pública y nutrición. COHIFFA. Edición especial. 11.

OMS (1990). En: Holtzman, W. (1993) Psychology and health around the world, En. Palacios, J. y Lucio, E. ***1er. Congreso internacional de psicología y salud***. UNAM, México.

Osterweis, M. Kleinman, A. and Mechanic, D. (1987). Illness behavior and the experience of pain***.*** En: ***Pain disability***. National academy press.Washington, D.C.

Osterweis, M., Kleinman, A., and Mechanic D.(1987). Illness behavior and the experience of pain. En: ***Pain disability. National academy press***,Washington, D.C.

Parsons, C. and Wakeley. (1991). ***Pat. Idioms of distress: Somatic responses to distress in everyday life.*** En: Cultural medical psychiatry; 15, (111-132).

Parsons, T. (1951). ***The social system, Glencoe, Illinois***: The Free Press.

Perea, Q., R. (2004). ***Educación para la salud (reto de nuestro tiempo)*** Ed. Diaz de Santos. España.

Peterson, 1989; En: Stone, G. C. (1979). Psychology and the health system. In G.C. Stone, F. Cohen y N. E Adler (Eds.) ***Health psychology.*** San Francisco, C.A. Jossey Bass

Pinkerton, S. (1982). Behavioral medicine: Clinical applications. En: Salinas, J. (1995). ***El psicólogo en la atención a la salud***. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Méx., México.

Quill, T. (1985). ***Somatization disorder***. En: Journal american medical asociation. 254,(3075-3080).

Ramírez, G. E. M.M. y Cortés, E. B. (1999)***. Mecanograma.*** pág. (79-101).

Roa., A. (1995). Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. ***Evaluación en psicología clínica y de la salud***. (502-569). España. CEPE.

Rochon, R. (1992). En: Saéz, P., Font, P., Pérez, R., Marques, F. (2001) ***Promoción y educación para la salud, conceptos, metodología, programas***. Eds. Milenio.

Rodríguez, G. y Rojas, R. (1996). En: Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: L. Oblitas. (Ed), ***Psicología de la salud.*** México: plaza y valdés

Rodríguez, G. y Rojas, R. (1996). ***Psicología de la salud en américa latina***. Facultad de psicología, UNAM.

Rodríguez, G., y Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en méxico. En: J. Urbina (Ed), ***El psicólogo: formación y ejercicio***. (473-481). México, D.F.: UNAM.

Rosenstock, L. M (1996). ***Why people use health servicies***. Milbank memorial fundt.Texas. Quartely.

Saéz, P., Font, P., Pérez, R., Marques, F. (2001). ***Promoción y educación para la salud, conceptos, metodología, programas***. Eds. Milenio

Salinas, J. (1995). ***El psicólogo en la atención a la salud***. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. Campus Iztacala. Edo. Méx., México.

San Martín, H. (1998). La calidad de vida y el bienestar social. ***Tratado general de la salud en las sociedades humanas***. Ediciones científicas. La prensa médica mexicana S.A. de C.V.

Santacreu, J. (1991). Psicología clínica y psicología de la salud: Marcos teóricos y modelos***. Revista de psicología de la salud.***

Schneider. P. (1985). El campo de la psicología medica. En: ***Psicología aplicada a la práctica médica***. Argentina, Buenos Aires. Paidós.

Serrano, G.M.I, (1990). Hacia una salud mas dinámica. ***Educación para la salud y participacion comunitaria. Una perspectiva metodológica***. Ed. Diaz de Santos, S.A. Madrid.

Sheridan. C y Radmacher, S. (1992). ***Health psychology, the biomedical model***. USA. Wiley.

Sherrington, (1993). En: Bond, M. (1980). ***Dolor, su naturaleza, análisis y tratamiento***. Buenos aires: Inter-medica.

Stanford, (1999). Estudio realizado por la universidad de Stanford en el cuidado de la salud. En: The world health report (1999). ***Making a diffrence***. World health organization.

Stone, (1979). En: Roa., A. (1995). Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. ***Evaluación en psicología clínica y de la salud***. (502-569). España. : CEPE.

Stone, G. C. (1979). Psychology and the health system. In G.C. Stone, F. Cohen y N. E Adler (Eds.) ***Health psychology.*** San Francisco, C.A. Jossey Bass.

Stone, G. C. (1982). En: En: J. Latorre y P. Beneit (1994). ***Psicología de la salud***. (17-25). Argentina.:Lumen.

Stone, G. C. (1983). Procedimgs of the national working conference on education and training in health psychology. ***Health psychology 2.***

Stratton, R (2001). ***Fundación mexicana para la salud***.

Taylor .(1986). En: Latorre, P., J., M. & Beneit, M., P., J. (1994) ***Psicología de la salud.*** Lumen. Argentina.

Taylor, S.E. (1986). ***Health psychology***. Nueva York. Edit. Ramdom House.

Terris. (1980). En: Ballester (1997). Historia y cristalización de la psicología de la salud como disciplina. En: ***Introducción a la psicología de la salud***.(207-242) España.: Promolibro.

Tulkin .(1987) . En: Roa., A. (1995) Marco teórico conceptual de la psicología de la salud. ***Evaluación en psicología clínica y de la salud.*** (502-569). España. CEPE.

Vargas, A., Palacios, V. (1993). ***Educación para la salud***, Eds. McGraw-hill. México.

Villaseñor, F. y Gómez, D. F. (1984). La educación higiénica. ***Manual de educación higiénica***. Trillas. México.

Wallston, K., A. And Wallston, B., S. (1983). ***Social psychology of health and illines.*** Saundes and Cols. New Jersey

Weiner (1985). En: Becoña, E. Vázquez, F., Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En: E. Becoña y L. Oblitas (Eds.), ***Psicología de la salud***. (11-51) méxico, D.F.: Plaza y Valdés.

ANEXOS

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas **con una cruz** en los cuadros numerados, NO MARQUE LOS CUADROS VACIOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA. Sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responda sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

Solo marque un número para cada respuesta

Los datos que usted aporte serán TOTALMENTE CONFIDENCIALES y solo con fines de investigación.

Le agradecemos su interés y cooperación

Marque con una cruz

SEXO	masculino	femenino	EDAD _____

¿Qué servicio médico utiliza usted?

SSA	IMSS	ISSSTE	SERVICIO PRIVADO	OTROS

¿Cuál es su grado de escolaridad? Aún cuando no lo haya concluido.

primaria	secundaria	preparatoria	carrera técnica	profesional	ninguna

1.- La última vez que se enfermó, ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

1 media	2 moderada	3 seria	4 muy seria

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

NO probablemente No regular probablemente si SI

1 2 3 4 5

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

El año pasado ¿Qué tan seguido realizó las siguientes acciones?

Diario A menudo Algunas veces Pocas veces Nunca

1 2 3 4 5

							HP	HN
15.	¿Abusar de la sal en la comida?	1	2	3	4	5		☐
16.	¿Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5		☐
17.	¿Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5	☐	
18.	¿Caminar a diario con fuerza y energía?	1	2	3	4	5	☐	
19.	¿Comer entre comidas?	1	2	3	4	5		☐
20.	¿Comer menos?	1	2	3	4	5	☐	
21.	¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?	1	2	3	4	5	☐	
22.	¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa?	1	2	3	4	5		☐
23.	¿Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5	☐	
24.	¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?	1	2	3	4	5	☐	
25.	¿Ingerir alimentos nutritivos?	1	2	3	4	5	☐	
26.	¿Ingerir comida chatarra?	1	2	3	4	5		☐
27.	¿Ingerir vitaminas?	1	2	3	4	5	☐	
28.	¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?	1	2	3	4	5	☐	
29.	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5		☐
30.	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5	☐	
31.	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5	☐	
32.	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5	☐	
33.	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5		☐
34.	¿Tomar vino, jerez, anís, rompope?	1	2	3	4	5		☐
35.	¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros?	1	2	3	4	5		☐

36.	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5		
37.	¿Usar el hilo dental?	1	2	3	4	5		
38.	¿Usar su cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5		

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Pésima 1 Mala 2 Regular 3 Bien 4 Excelente 5

39.	¿Como ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5		SR
40.	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5		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 1 Un poco 2 Regular 3 Mucho 4 Totalmente 5

42.	**Si tiene una enfermedad crónica**, ¿Qué tanto limita sus actividades? **(Si no** tiene una enfermedad crónica**, no** responda esta pregunta)	1	2	3	4	5		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 1 Un poco 2 Regular 3 Casi 4 SI 5

							EA	VS	VL	CP	CS	HI
46.	Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo	1	2	3	4	5						
47.	Atiendo y cuido mi salud	1	2	3	4	5						
48.	Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud	1	2	3	4	5						
49.	Confío en el juicio de los doctores	1	2	3	4	5						
50.	Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud	1	2	3	4	5						
51.	Es bueno el sistema de salud de mi país	1	2	3	4	5						

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

El año pasado, ¿En cual de las siguientes situaciones se encontró?
Marque **0** (NO) si NO le ocurrió Marque **1** (SI) si SI le ocurrió
Por cada situación que **SI** le haya ocurrido, marque qué tanta tensión sintió. Seleccione el número que más se acerque a su respuesta. Si marca **NO,** deje sin marcar los números siguientes de ese mismo renglón.

Nada tenso 1 **Muy poco tenso 2** **Poco tenso 3** **Muy tenso 4** **Totalmente tenso 5**

		NO	SI						EP
1.	Adquirió una casa nueva	0	1	1	2	3	4	5	
2.	Algún amigo tuvo problemas serios	0	1	1	2	3	4	5	
3.	Algún hijo se fue de la casa	0	1	1	2	3	4	5	
4.	Cambió de casa o departamento	0	1	1	2	3	4	5	
5.	Cambió de trabajo	0	1	1	2	3	4	5	
6.	Dejó el trabajo o lo despidieron	0	1	1	2	3	4	5	
7.	Enfermedad grave de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5	
8.	Muerte de un familiar o amigo	0	1	1	2	3	4	5	
9.	Nacimiento de un hijo	0	1	1	2	3	4	5	
10.	Problemas con el jefe o compañeros	0	1	1	2	3	4	5	
11.	Problemas con la esposa (o) o familiares	0	1	1	2	3	4	5	
12.	Problemas financieros	0	1	1	2	3	4	5	
13.	Se cambió de ciudad	0	1	1	2	3	4	5	
14.	Su hijo (a) empezó o dejó la escuela	0	1	1	2	3	4	5	
15.	Su hijo (a) tuvo problemas	0	1	1	2	3	4	5	

16.	Tuvo problemas legales	0	1		1	2	3	4	5	
17.	Usted sufrió una enfermedad	0	1		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?	1	2	3	4	5	☐ EG

En las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo **estrés o tensión**.

Me describe **Me describe**

Muy mal **Un poco** **Regular** **Bastante** **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.	Procuro 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			

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

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

TS = | | = | | | |

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

Muy poco Un poco Regular Bastante Muy a menudo

1	**2**	**3**	**4**	**5**

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

Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las **últimas dos semanas**

Muy poco Un poco Regular Bastante Mucho

1	**2**	**3**	**4**	**5**

							CA	CU	LM	EE	QS	DC	SV
38.	¿Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5							
39.	¿Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5							
40.	¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5							
41.	¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5							
42.	¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5							
43.	¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5							
44.	¿Qué tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5							
45.	¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su	1	2	3	4	5							

	vida?					
46.	¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5
47.	¿Qué tan seguido ha tenido “miedo de lo peor”?	1	2	3	4	5
48.	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5
49.	¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5
50.	¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5
51.	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5
52.	¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5
53.	¿Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5
54.	¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	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

TT = =

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación

FUNCIONAMIENTO DE SALUD

RESPUESTA A ENFERMEDAD		
AA	AUTOAYUDA	4, 7, 12
AP	AYUDA PROFESIONA	6, 9, 14
AM	AYUDA AMIGOS	3, 10, 13
AE	AYUDA ESPIRITUAL	2, 5, 11
PT	PASO DEL TIEMPO	8
HABITOS DE SALUD		
HP	HABITOS POSITIVOS	17, 18, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 37, 38
HN	HABITOS NEGATIVOS	15, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 34, 35, 36.
HISTORIA DE SALUD		
ST	SALUD TOTAL	40
SR	SALUD RECIENTE	39
EC	ENFERMEDAD CRONI.	41
IE	IMPEDIMENTO ENF. C.	42
USO DEL SECTOR SALUD		
VD	VISITA DOCTOR	43
TN	TRATAMIENTO HOSPI.	44
TE	TRATAMIENTO EMER.	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8

CREENCIAS Y ACTITUDES SALUDABLES		
EA	AUTOEFICIENCIA	50, 61, 62, 64
VS	VIGILANCIA SALUD	46, 47, 53, 59, 65
VL	VALORES DE SALUD	52, 55, 63, 68
CP	CONFIANZA AL PER.	49, 56, 57, 58
CS	CONFIANZA SISTEMA	51, 66, 67
HI	HIPOCONDRIA	48, 54, 60, 69

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

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