



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

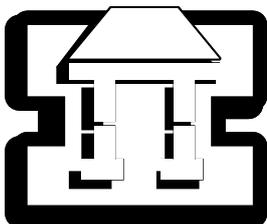
**PSICOLOGIA DE LA SALUD: SATISFACCION DE VIDA Y
HABITOS POSITIVOS DE LA SALUD**

TESIS EMPÍRICA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ALVARO ARMANDO HERNANDEZ GAONA**

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

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



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

Dios.

Gracias por permitirme cumplir con una meta más en mi vida, por darme fuerza y fortaleza en los momentos difíciles de mi vida y gracias a eso salir adelante en todo lo que se me presentó.

Gracias.

A mis padres.

El más sincero agradecimiento por el inmenso apoyo y confianza que en mí depositaron para que sus esfuerzos y sacrificios no fueran en vano, gracias Rosa Gaona Dueñas y Alvaro Hernández Cisneros.

Los quiero.

A mi mamá.

Hoy te agradezco, por haberme dado la vida, por haberme hecho crecer con amor, y por esforzarte día a día para que yo fuera feliz. Gracias por apoyarme y creer en mí, mis triunfos, mi respeto y admiración son para ti.

Te quiero.

Para mi abuelita Maty.

Porque eres una gran persona, que ha sabido luchar contra todo, a lo largo de su vida, porque ningún obstáculo jamás te ha vencido y siempre has sabido salir a delante, esto es digno de admiración y respeto. Gracias por darme ese ejemplo de lucha y de amor a la vida, gracias por todo.

Te quiero.

A mi familia.

Gracias a todos aquellos, que de alguna manera u otra han contribuido para que se logre esto, es especial a la familia: Paulin Gaona, Rodríguez Bouchan, Duarte Hdz, Belman Hdz y Luices Hdz, por que se que han estado conmigo, y sobre todo por demostrarme que soy parte de sus vidas, gracias a cada uno de ustedes.

Los quiero.

A mis sobrinas.

A esos dos ángeles que han llegado a iluminar mi vida, y me han hecho tan feliz en tampoco tiempo, simplemente les doy las gracias por existir, Luna e Italia.

Las quiero.

A mis amigos.

Cesar, Ricardo, Arturo, Yesica, Julissa, Miriam y Lucero, sólo les puedo decir gracias por permitirme ser parte de sus vidas, por su confianza, pero sobre todo, gracias por su amistad que siempre me han brindado incondicionalmente.

Los quiero.

A mis asesores.

Juana, Enrique y Marisela, gracias por ayudarme a cumplir esta meta en mi vida, y por su apoyo que a lo largo de este tiempo me han brindado.

Gracias.

ÍNDICE

Resumen

Introducción.....	1
-------------------	---

CAPÍTULO 1.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

1.1 Antecedentes de la Psicología de la Salud.....	4
1.2 Definición de la Psicología de la Salud.....	12
1.3 Áreas relacionadas con la Psicología de la Salud.....	15
1.4 Teorías propuestas en Psicología de la Salud.....	21

CAPÍTULO 2.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN MÉXICO Y EN AMÉRICA LATINA.

2.1. Desarrollo de la Psicología de la Salud en México.....	24
2.2. Desarrollo de la Psicología de la Salud en América Latina.....	27
2.3. Promoción de la Psicología de la Salud en América Latina.....	33
2.4. Áreas de aplicación de la Psicología de la Salud.....	34
2.5. El Psicólogo de la Salud.....	36

CAPÍTULO 3.

HÁBITOS DE SALUD.

3.1. Definición de Hábitos de Salud.....	44
3.2. Influencia de los Hábitos en relación con la Salud.....	47
3.3. Conductas Positivas de Salud.....	50
3.4. Concepto de Estilo de Vida.....	52
3.5. Promoción de Estilos de Vida.....	57
3.5.1. Práctica de Ejercicio.....	57
3.5.2. Alimentación Adecuada.....	60

CAPÍTULO 4.

SATISFACCIÓN DE VIDA.

4.1. Antecedentes de Calidad de Vida.....	68
4.2. Definición de Calidad de Vida.....	70
4.3. Arquetipos de Bienestar.....	72
4.4. Calidad de Vida del Mexicano.....	75

CAPÍTULO 5.

MÉTODO.

5.1 Objetivo General.....	79
5.2 Objetivos Específicos.....	79
5.3 hipótesis.....	79
5.4 Sujetos.....	79
5.5 Escenarios.....	80
5.6 Definición de Variables.....	80
5.7 Materiales e Instrumentos.....	81
5.8 Procedimiento.....	82

CAPÍTULO 6.

RESULTADOS.

6.1 Resultados de Tablas y Gráficas.....	83
6.2 Análisis de Resultados de Tablas y Graficas.....	141

CAPÍTULO 7.

CONCLUSIONES.

7.1 Conclusiones.....	169
Referencias Bibliografías.....	175
Anexos.....	180

RESUMEN

La presente investigación, es no experimental, descriptiva y de diseño transversal. Tiene como objetivo establecer lo importante que es tener hábitos buenos de salud en nuestras vidas cotidianas, para de ese modo tener una calidad de vida satisfecha y prevenir enfermedades. Para recopilar los datos, se utilizaron los instrumentos de “Funcionamiento de la Salud” (FS) y “Funcionamiento Psicosocial” (FP). La muestra fue de 988 sujetos, cuya edad oscila entre los 17 a 77 años de edad. Se aplicó la prueba chi cuadrada utilizando el programa “SPSS”. En general los resultados refieren que los individuos les interesa muy poco presentar hábitos positivos de salud y de esta manera están satisfechos con la vida que llevan.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo, surge a través de la necesidad de reconocer lo importante que es tener hábitos positivos de salud, y de este modo, obtener una calidad de vida satisfecha, y poder llegar a evitar un gran sin fin de enfermedades crónicas que en la actualidad aquejan a los individuos.

Ya que la satisfacción de vida o calidad de vida, tiene una relación muy directa con muchos aspectos de nuestra salud, ya que si cambiáramos nuestras conductas negativas, como fumar, tomar alcohol, entre otros por mencionar algunos, y los cambiáramos por conductas positivas, como realizar ejercicio así comer saludablemente, evitaríamos algunas de las causas de muerte que nos aquejan hoy en día, como problemas del corazón, cáncer, diabetes, entre otras, de este modo tendríamos una mejor calidad de vida.

Por lo consiguiente, se desarrollaron una serie de capítulos, para explicar lo importante que es tener hábitos positivos de salud y de la siguiente manera lograr una calidad de vida saludable.

Ahora bien, en el capítulo I, se habla de los antecedentes de la Psicología de la Salud, de cómo ha surgido a través de las diferentes culturas, y cómo es que a partir de la Medicina Comportamental, es como comienza a surgir, se habla de las definiciones que se le han dado con el paso del tiempo, para llegar a una definición completa y concisa, donde abarque los aspectos psicológicos, al igual que también se discuten las diferentes áreas que están estrechamente relacionadas con la Psicología de la Salud, haciendo énfasis, a la Medicina y Salud Comportamental, Medicina Psicosomática, Psicología Médica, Psicofisiológica, Experimental, Clínica y Comunitaria, Sociología Médica, Antropología Médica.

Por último, se abordan algunas de las teorías más importantes que se han propuesto dentro de la Psicología de la Salud, ya que mediante ellas se permite entender

cómo es que aparecen las conductas de los individuos, relacionados con el proceso salud enfermedad, entre ellas destacan las teorías de: Afrontamiento, Psicosomático, Salud Conductual, Humanismo, Adaptación y Desarrollo respectivamente.

En el capítulo II, se destaca lo importante que ha sido el desarrollo de la Psicología de la Salud en México, como es que surge en nuestro país esta disciplina, y como es que cada vez adquiere más fuerza, así como ver el desarrollo que ha tenido en Latinoamérica, cuando es que empieza a tener impacto, y como va adquiriendo fuerza, relevancia e importancia, además, como se va extendiendo cada vez más la promoción de la salud en sectores importantes de la población en general, también se abordan las áreas de aplicación, en las que destacan, promoción, prevención, evaluación y análisis en el mejoramiento del sistema de atención sanitario.

Por último, el papel tan importante que tiene el Psicólogo de la Salud, las funciones tan diversas en las que puede intervenir, entre las que destacan: Evaluación, Diagnóstico, Tratamiento e Intervención, Accesorio, Prevención y Promoción, Investigación, Enseñanza y Administración.

Dentro del capítulo III, se destaca lo importante que es un hábito de salud, de este modo, se da una definición y se habla de cómo es que los hábitos de salud están determinados por dos factores como son: interrelacionados e intraindividuales, así como también se habla de la gran influencia que tiene un hábito positivo en relación con la salud, para ello se toman en cuenta dos modelos que se utilizan para explicar por qué los individuos ponen en práctica determinadas conductas, estos modelos son: de creencias de salud y de acción razonada, posteriormente, se habla de lo que es una conducta positiva de salud y lo importante que son en nuestras vidas, así como también, se reitera que es un estilo de vida y los comportamientos que de alguna manera son de riesgo para los individuos.

Para terminar, se habla de la importancia de la promoción de un estilo de vida saludable resaltando la importancia que es el realizar ejercicio y una alimentación saludable.

En el capítulo IV, se mencionan los antecedentes y definiciones de calidad de vida, así como también, se abordan algunos de los arquetipos de bienestar que debe presentar un individuo para tener una buena calidad de vida, en lo que se destacan, el Bienestar Físico, Mental, Emocional, Social, Espiritual y Ocupacional.

Por último se habla de algo muy importante, de cómo es la calidad de vida del mexicano, como es que la mayoría de ellos se siente con la vida que llevan, si es satisfecha o no, y en la actualidad como es que afectan las enfermedades crónicas en nuestro país.

En el capítulo V, se explica el método que se utiliza para llevar a cabo esta investigación, se habla de los objetivos, las hipótesis, los sujetos, el escenario, los materiales, el instrumento y el procedimiento que se llevo a cabo.

Así llegamos al capítulo VI, área de resultados, en donde se refiere la influencia de los hábitos positivos y la satisfacción de vida o calidad de vida de los individuos.

CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Antes de empezar a examinar cuáles son los antecedentes de la Psicología de la Salud, se necesita explicar cómo es que se ha asimilado la salud y la enfermedad a lo largo de las diferentes culturas y épocas de la historia; se hablará de cuáles son las enfermedades infecciosas y crónicas degenerativas que aquejan a los individuos, y cuál de ellas actualmente son la principal causa de muerte, así como también se abordarán dos modelos muy importantes que hablan acerca de la enfermedad, el biomédico y el biosicosocial.

Castillo, (2001); nos dice, que las enfermedades siempre han existido y han aquejado a la humanidad y por lo consiguiente, han muerto un gran número de individuos por diferentes enfermedades a lo largo de la historia, por lo tanto, han sido estudiadas por muchos autores desde hace mucho tiempo. Ahora bien, la salud y la enfermedad siempre han sido importantes en las diferentes culturas y épocas de los seres humanos, ya que en las primeras sociedades atribuían la enfermedad a espíritus y demonios que mandaban castigos a los individuos, y por este motivo se enfermaban. Como iban avanzando las épocas, los griegos atribuían a la enfermedad como un fenómeno natural, para cualquier individuo; por su parte, Hipócrates propuso la teoría humoral para explicar las enfermedades y recomendaba evitar los excesos lo cual significaba llevar una dieta adecuada; para Platón la enfermedad se debía por un desequilibrio en los fluidos del cuerpo.

Ya en la Edad Media, se creía que la enfermedad se debía a que el individuo faltaba a las leyes divinas y como castigo surgía una enfermedad hacia ese individuo. Más adelante en el Renacimiento, surgen ideas acerca de la enfermedad y Descartes influyó en el conocimiento científico e introdujo tres ideas; la primera de ellas, concibe al cuerpo como una máquina, la segunda propone que la mente y el cuerpo pueden comunicarse a través de la glándula pineal, y en la tercera creía que los animales no tienen alma y que los hombres la consiguen hasta que mueren.

Trejo, (2001); nos menciona, que en siglos pasados como el XVII, XVIII y XIX, las principales causas de muerte, fueron por enfermedades infecciosas, ya que la gran mayoría de las muertes en estos siglos se debían a que contraían sarampión, viruela, tuberculosis entre otras tantas, ya en el siglo XIX, la salud de los individuos mejoró cualitativamente y cuantitativamente con el desarrollo de la teoría del germen, así como con los avances de la inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. Ya en el siglo XX con los avances de la medicina (fármacos) y muchos avances más que han ido teniendo cada área de la medicina, la salud física ha ido en aumento y en mejoría, a partir de la década de los 50s y hasta la actualidad. Los encargados de resolver los problemas de salud durante mucho tiempo han sido los médicos que utilizan estos avances para curar las diferentes enfermedades que han venido aquejando a la humanidad durante mucho tiempo, pero en nuestra actualidad, los individuos creen que la salud, sólo es estar bien físicamente y ya, y dejan de lado el aspecto psicológico, por lo consiguiente, Callahan, (1977); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); da una definición de salud en donde toma en cuenta tres aspectos muy importantes, la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad como se creía anteriormente.

Como podemos ver, la salud y la enfermedad siempre han sido atractivos para el hombre, y para la humanidad en general, ya que desde siempre se ha tratado de definir cuáles son las causas que originan la enfermedad en los individuos, desde las diferentes culturas y épocas se ha logrado definir cómo es que se enferman los individuos; en décadas pasadas, las enfermedades más frecuentes y que aquejaban a los individuos y que incluso llegaban a quitarles la vida, eran las enfermedades infecciosas, pero como va pasando el tiempo, este tipo de enfermedades han llegado a ser controladas por los fármacos, y actualmente las enfermedades que más aquejan a los individuos son las crónicas degenerativas, que a continuación se explicaran con más detalle.

Las causas de muerte han ido cambiando, en la actualidad, las enfermedades infecciosas han pasado a segundo término y las enfermedades crónicas degenerativas son la principal causa de muerte; entre ellas se encuentran, las enfermedades del corazón, cáncer, diabetes, entre otras, esto se debe al ritmo tan acelerado de las personas por los malos hábitos de alimentación la falta de ejercicio, el estrés en las grandes ciudades y a la

exposición a sustancias químicas por las que los individuos son sometidos entre otras causas Becoña, Vázquez y Oblitas, (2000).

Brannon y Feist, (2001); nos explican, que las enfermedades crónicas, requieren un manejo diferente del de los estados mórbidos agudos, ya que la principal característica es la de ser producidas por agentes patógenos específicos, con lo que respecta al modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos. Ya que en este modelo se presume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables; la conducta social no tiene cabida en el mismo o, en su extremo, que las anormalidades conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neuro-fisiológicos.

Debido a esto surge el modelo biomédico, el cual nos dice que la enfermedades pueden ser explicadas por disturbios en los procesos fisiológicos, los cuales resultan de infecciones bacteriales, sin embargo, este modelo ha sido cuestionado ya que ve a la persona como un individuo único sin considerar los factores psicológicos y sociales que influyen en la enfermedad Sarafino, (1994).

Por lo tanto, Engel (1977); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); planteó un modelo alternativo al biomédico, el biopsicosocial, en el cual resaltó la importancia de los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento, y dice, el modelo médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto quiere decir, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud.

Así también, este modelo toma al individuo como una totalidad, como una unidad biológica y social, que está integrada a una familia y esta familia, a una sociedad y a una cultura, teniendo presentes las relaciones recíprocas con el medio ambiente, en lugar de enfocarse a los componentes físicos por separado. El modelo biosicosocial, cada día es más aceptado, ya que considera importante reconocer que los factores psicosociales son determinantes para el éxito en la atención de la salud Schneider, (1978); citado en: (Olguín y Sánchez, 2003).

Actualmente, hay evidencia que en muchas ocasiones nuestra salud se ve afectada e influida por nuestra conducta, por la manera en que nos comportamos en una sociedad, en cómo nos relacionamos con los demás individuos, y nuestros pensamientos y sentimientos pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico Olguín y Sánchez, (2003).

Por otra parte, Belloch, (1989); nos aclara que gracias a los avances médicos la esperanza de vida de los individuos han ido incrementando considerablemente, como han ido pasando las décadas, ya que actualmente, la gente muere teniendo más edad, y en siglos pasados la gente moría todavía muy joven. Por lo tanto, ha ocurrido un cambio en la mortalidad en este siglo en las sociedades avanzadas. Las enfermedades crónicas (por ejemplo, el cáncer, y la enfermedad coronaria, entre otras) han sustituido a las enfermedades infecciosas como principales causas de muerte, junto con accidentes debidos a comportamientos inadecuados (por ejemplo, muerte en algún accidente de tráfico). Por lo consiguiente, los patrones conductuales los cuales son aquellas conductas que hacen al individuo más susceptible a la enfermedad, por ejemplo, fumar, beber alcohol, etc, son causa de muerte y factores de riesgo y de inmunógenos conductuales que son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad.

Simón, (1999); nos menciona, que las conductas de salud son las conductas en las que toma parte un individuo cuándo goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos en reducir los patrones conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales.

En conclusión, podemos decir, que la enfermedad siempre ha sido importante a lo largo de la historia, ya que desde siempre se ha tratado de definir el por qué los individuos se enferman, y cómo es que las enfermedades infecciosas han sido sustituidas por las enfermedades crónico degenerativas, debido a diferentes factores, uno de ellos es debido a los fármacos que han llegado a curar a las enfermedades infecciosas y por lo tanto, la vida de los individuos ha ido mejorando, pero aún quedan las crónico degenerativas, y estas se deben a los malos hábitos alimenticios y a la falta de ejercicio de los individuos como las más importantes; debido a esto surge el modelo biomédico, el cual, dice que las enfermedades se deben a procesos fisiológicos, y presenta al individuo como uno sólo y no

toma en cuenta los aspectos psicológicos y sociales que podrían de alguna manera u otra influir en alguna enfermedad, debido a esto, surge un modelo nuevo el biosicosocial, éste, si incluye los aspectos psicológicos y sociales como determinantes de una enfermedad, al igual que toma al individuo como un totalidad, considero que este modelo es muy importante ya que viene a complementar y por mucho el modelo biomédico, que en mi opinión, queda sumamente inconcluso.

A continuación, se hablará de cómo es que empieza a surgir la Psicología de la Salud, a partir de la Medicina Comportamental, que es en dónde comenzó la Psicología de la Salud, y cómo es que se ha venido desarrollando a través de los años, y cada vez va adquiriendo más fuerza.

Ahora bien, la Psicología de la Salud, surge en España en la década de los 70s a mediados de los 80s y se debió a factores tales como: las fallas del modelo médico para explicar el fenómeno salud enfermedad, y la necesidad de incrementar y mejorar el estilo de vida y la prevención de la enfermedad, y de este modo reconociendo la influencia de los estilos de vida para la salud y la madurez de la Psicología entre otros. Kelly, (1978); citado en: (Trejo, 2001). Este término lo propuso Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro Biofeedback: Behavioral Medicine. Aquí se ve clara la intención de referirse a la medicina Comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas Latorre y Beneit, (1992).

En la década de los 70s las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento. Fueron muy relevantes las aplicaciones clínicas del biofeedback, así como los intentos de extender los principios esenciales del Condicionamiento Clásico y del Condicionamiento Operante al tratamiento de múltiples disfunciones. Dos revistas clásicas en medicina comportamental, el Journal of Behavioral Medicine y Biofeedback and Self-Regulation abundan en la publicación de investigaciones sobre modificación de aspectos comportamentales de la hipertensión arterial, del dolor crónico, del asma infantil, de desórdenes cardiovasculares, de rehabilitación neuromuscular, y de cáncer Torrejón, (1991).

Ya en el año de 1977, se realizó en la Universidad de Yale la Conferencia sobre Medicina Comportamental (Yale Conference on Behavioral Medicine); en este evento se reunieron importantes especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la Medicina Comportamental, entendida como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación Latorre y Beneit, (1992).

No obstante, la Medicina Comportamental se limitó casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de los principios esenciales del Condicionamiento Clásico y del Condicionamiento Operante, lo cual necesariamente resulta limitado; la Psicología tiene más que aportar al ámbito de la salud, adicionalmente a los procesos básicos de aprendizaje. Es así como surge el nuevo campo de la Psicología de la Salud, con un horizonte de estudio y de aplicación más amplio que el de la Medicina Comportamental Torrejón, (1991).

Por otra parte, Becoña, Vázquez y Oblitas, (2000); nos mencionan, que el recién despertado interés entre los Psicólogos Clínicos por la modificación de conducta, desde su aparición hasta la actualidad el crecimiento en esta área ha sido asombroso, y cada vez va teniendo más importancia, ahora bien, ¿por qué emerge la Psicología de la Salud? diversos factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud han contribuido en gran medida al nacimiento de esta rama, en primer lugar, se decía que la salud era la ausencia de enfermedad y nada más, y recientemente este concepto ha ido cambiando y en la actualidad se define a la salud como un completo bienestar físico, mental y social, este cambio que se da, incorpora aspectos psicológicos, para tener una buena salud, y anteriormente los aspectos psicológicos quedaban a un lado y no eran tomados en cuenta por nadie.

En segundo lugar, se basa en el modelo biomédico, este se centra en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignora los factores psicológicos y sociales. En tercer lugar, está el nacimiento de fármacos efectivos cada vez más, y el avance de la tecnología médica que contribuyó a erradicar el número de víctimas de enfermedades como (gripe, neumonía, tuberculosis, entre otras.); ya que la mayoría de estas enfermedades están

relacionadas con nuestra conducta y son previsibles. Ahora bien, los factores psicológicos han pasado a un primer plano, ya que los principales problemas de salud en la actualidad están relacionados con la forma en que nos comportamos, en nuestra conducta.

En el cuarto lugar, están relacionados los aspectos económicos ya que los costos por tener una buena salud, cada vez cuesta más dinero, ya que hay enfermedades en las cuales se gasta una considerable cifra de dinero por mantener el tratamiento entre otras cuestiones, y aunque haya más dinero destinado para mantener una buena salud, esto no quiere decir que haya una mejoría en la salud de los individuos. Por lo tanto los factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas, y especialmente en cambiar las conductas no saludables.

En el quinto lugar, la tecnología conductual contribuyó a la Psicología de la Salud en ese momento histórico, al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso la salud física que a su vez tiene relación con los factores psicológicos y conductuales. Matarazzo (1980); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); definió a la Psicología de la Salud como: el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la Psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

Por lo consiguiente Trejo, (2001); nos dice, que la Psicología de la Salud comprende varias áreas, y se ocupa de: la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad.

Y que a su vez la Psicología de la salud tiene varias metas importantes, las cuales son aplicar las contribuciones de la Psicología como disciplina al conocimiento de la salud y de la enfermedad a través de la investigación básica y clínica, y alentando la integración de la información biomédica sobre la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico.

Por otro lado, Simón, (1999); dice, que la Psicología de la Salud constituye, el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud

enfermedad, que en la actualidad es proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Esto ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

Por otro lado, Castillo, (2001); nos menciona, que el momento actual de la Psicología de la Salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica, de una parte, y sus extensiones al ámbito de la salud, de otra; muestra de ello es el auge de la investigación básica en diferentes campos y de sus extensiones a la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad.

Además, el momento se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la Psicología, especialmente de la Psicología Social y comunitaria, para aportar a una línea de gran actualidad, englobada en la denominación Genérica de Psicología Social de la Salud; la meta más importante de esta línea es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para promover la salud y para prevenir las enfermedades, por lo cual tiene una gran relevancia si se toma en cuenta el riesgo que representan los estilos de vida inadecuados en el contexto actual de los individuos dentro de su contexto.

En conclusión, Brannon y Feist, (2001); nos muestran, que la Psicología de la Salud aparece como una área más específica que subraya el papel primario de la Psicología como ciencia y como profesión en el campo de la Medicina Comportamental y que se definió como "el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria.

A su vez también la Psicología de la Salud se centra fundamentalmente en las enfermedades crónicas, y las investigaciones y desarrollo de planes de intervención se han centrado en enfermedades tan diversas como la hipertensión, dolor crónico, artritis, asma,

diabetes, cáncer, trastornos cardiovasculares, enfermedades reumáticas, diabetes, SIDA, intestino irritable, dolor de cabeza, úlcera, dismenorrea, enfermedad inflamatoria intestinal, etcétera.

En general, puedo señalar que las razones que impulsaron a la aparición de la Psicología de la Salud, pueden resumirse en las siguientes: El cambio espectacular de las causas de mortalidad, el interés sobre promoción de la salud y prevención de enfermedades debido al aumento de los gastos sanitarios, y la consolidación de la Psicología como profesión y la eficacia de los tratamientos psicológicos. Las áreas de intervención de la Psicología de la Salud son: la promoción de un estilo de vida saludable, la prevención de las enfermedades: modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades (por ejemplo, el tabaco, el consumo de alcohol, entre otros). En ese caso los Psicólogos trabajan junto a otros especialistas de la salud combinando los tratamientos médicos habituales junto con los tratamientos psicológicos y por último la evaluación y mejora del sistema sanitario, como podemos ver, cada vez la Psicología de la Salud va tomando más importancia dentro de nuestra sociedad, debido a las necesidades que hay, y principalmente prevenir enfermedades que llegan a causar la muerte.

1.2 DEFINICIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Antes de empezar a dar una definición de la Psicología de la Salud, se dará una definición de lo que es la salud, por un lado, y por otra parte que es lo que estudia la Psicología, para de este modo, conocer la relación que hay entre “Psicología” y “Salud”, y poder dar algunas definiciones de lo que es la Psicología de la Salud y que es lo que estudia esta área de la Psicología que cada vez va adquiriendo más fuerza. Torrejón, (1991); nos explica, que la Organización Mundial de la Salud OMS, (1974); definen a la Salud como un: “estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia”. Esta definición subraya la naturaleza biosicosocial y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad, ya que el bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud, como no llevar una dieta sana, que nos nutra y no nada más nos satisfaga esa necesidad, la falta de ejercicio y el consumo

de alcohol excesivo. Ahora bien, los sentimientos, pensamientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener una buena salud física, es lo que podemos llamar integración mente-cuerpo. Teniendo claro que es la salud, se explicará brevemente lo que estudia la psicología para de este modo encontrar la relación Psicología y Salud.

El objetivo de estudio de la Psicología es el comportamiento. Los factores de la personalidad que interfieren en el mismo se registran a tres niveles: cognitivo, motor y fisiológico, además del estudio de la intersección mente y cuerpo, la comprensión y su valoración constituyen el campo de la Psicología, las emociones la conciencia corporal, el estrés y la angustia son conceptos psicobiológicos que se aplican casi a todos los trastornos y enfermedades Becoña, Vázquez y Oblitas, (2000).

Ya teniendo claro que la salud es el completo estado de bienestar, tanto físico, mental y social y no solamente la ausencia de una enfermedad o dolencia, y que la Psicología, es la ciencia que se encarga de estudiar el comportamiento de los individuos, a continuación se darán algunas definiciones de lo que es la Psicología de la Salud, las cuáles son:

Gatchell y Baum (1983); citado en: (Castillo, 2001); ellos la definen, como una disciplina relativa al papel primario de la Psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.

Taylor, (1986); la describe, como el campo de la Psicología que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de la salud, el proceso por el que se llega éste y cómo responde una persona cuando se encuentra enferma.

Bloom (1988); citado en: (Trejo 2001); nos dice, que es el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionadas con la enfermedad y salud.

Sarafino, (1994); nos menciona, que el campo de la Psicología es introducida a finales de los 70s para examinar las causas de la enfermedad y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y de esta manera poder mejorar el sistema sanitario.

Carrolles, (1993); citado en: (Castillo, 2001); nos especifica, que el campo de especialización de la Psicología centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud

especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos 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 que existen en nuestra actualidad.

Simón, (1993); nos explica, que la influencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico, tanto a la promoción y el mantenimiento de la salud como a la prevención y al tratamiento de las enfermedades.

Marks, (1995); citado en: (Trejo 2001); nos puntualiza, como la aplicación de la Psicología de la Salud, los problemas de la salud, los cuidados de la salud para la promoción, mantenimiento y restauración de la misma.

Matarazzo, (1980); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); nos señala, como el conjunto de contribuciones explícitas educativas y de formación, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología para: la promoción, la prevención y el mantenimiento de la salud, y la identificación de la etiología y los correlatos diagnóstico de la salud, de la enfermedad y las disfunciones ligadas a ellas para el análisis y mejora del sistema de cuidado de la salud.

La definición antes mencionada, enfatiza cuatro metas muy importantes dentro de la Psicología de la Salud, la primera de ellas es el mantenimiento y la promoción de la salud; la segunda se enfoca en la prevención y el tratamiento de la enfermedad; la tercera involucra las causas y la detección de la enfermedad; y la cuarta se enfoca en el mejoramiento y en los cuidados del sistema de salud.

Esta definición dada anteriormente a cabo por ser la definición “oficial”, de la División de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual en el año de 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios, a partir de este momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias.

Como podemos darnos cuenta, desde siempre, se ha tratado de dar una definición de lo que es la Psicología de la Salud, pero estos autores sólo tratan algunas cuestiones y dejan

a un lado otros muy importantes, sin embargo, Matarazzo, da una definición muy completa en mi opinión, ya que el nos dice que la Psicología de la Salud es una disciplina, para la promoción, la prevención, el mantenimiento y el tratamiento de la salud, ya que los autores que trataron de dar una definición sólo hablaban de la prevención o la promoción, por decir un ejemplo, y Matarazzo incluye cuatro cuestiones importantes para la salud, promoción, prevención mantenimiento y tratamiento, por lo consiguiente está es una definición muy completa.

1.3 ÁREAS RELACIONADAS CON LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

La Psicología de la Salud se relaciona con otras áreas, que aunque tienen algunas semejanzas entre si, al mismo tiempo presentan características diferentes, estas son la Medicina Comportamental, la Salud Comportamental, la Medicina Psicosomática, la Psicología Médica, la Psicofisiología Experimental, la Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, la Sociología Médica, y la Antropología Médica, las cuales se explicarán a continuación.

Medicina Comportamental.

Es un campo interdisciplinario que en gran medida se preocupa por el desarrollo e integración del conocimiento, así como algunas técnicas, propias de la biomédica, que a su vez están relacionados con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas se llega a una prevención, un diagnóstico, un tratamiento y en el mejor de los casos una rehabilitación, Schwartz y Weiss, (1979); citado en: (Beneit 1994).

Los factores que han colaborado al desarrollo de la Medicina Comportamental han sido, según Labrador y Cruzado (1990), citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); son los siguientes:

A) El cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasándose de enfermedades infecciosas ha enfermedades funcionales, trastornos asociados al tipo de vida y los degenerativos.

B) La mayor parte de los retos actuales en el área de la salud tienen que ver con el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades crónicas, todas ellas influenciadas de alguna manera por el estilo de vida de las personas.

C) El hecho de que el trabajar de forma independiente los investigadores biomédicos y conductuales no han sido capaces de explicar satisfactoriamente por qué en igualdad de condiciones, según sus criterios, algunas personas enferman y otras no, ó presentan algún grado de enfermedad.

D) La madurez alcanzada en la investigación de las ciencias sociales y conductuales, tanto en su desarrollo como en sus logros, así como los avances en epidemiología conductual.

E) El interés que progresivamente se han despertado por los temas de prevención de enfermedades, Salud Pública o Salud Comportamental, en parte provocado por el drástico incremento en los costos de los cuidados médicos.

F) El resurgir y rápido desarrollo de la Psicología Médica, que han añadido una dimensión de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática.

G) Y la evidencia de la importancia de los factores conductuales de la salud y en la enfermedad a partir tanto de estudios clínicos como epidemiológicos y experimentales.

Así también, el término Medicina Comportamental se utiliza, para referirse a un campo interdisciplinario de investigación, educación y práctica, referido a la salud enfermedad física, que reúne elementos provenientes de la ciencia del comportamiento, tales como la psicología y la sociología o la antropología y de la educación sanitaria, pero también de la epidemiología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina interna, enfermería, trabajo social y salud pública entre otras, para colaborar en el cuidado de la salud y en el tratamiento y prevención de las enfermedades Castillo, (2001).

Collins y Burkett, (1981); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); nos mencionan, que la Medicina Comportamental se basa en los siguientes objetivos, la intervención directa, entrenar a los profesionales de la salud para que de este modo puedan mejorar sus intervenciones, así como entrenar a los pacientes en seguir al pie de la letra lo prescrito por el médico, la modificación de patrones de conducta para la prevención de

enfermedades, y por último diseñar estrategias de intervención. Dentro de la Medicina Comportamental, la técnica que se usaba era la de el biofeedback, posteriormente se empezaron aplicar métodos de modificación de conducta, cuya finalidad es modificar las respuestas fisiológicas del organismo.

Salud Comportamental.

Matarazzo (1980); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); nos dice, que es un campo interdisciplinario que está dedicado básicamente a proporcionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias Comportamental y biomédica, esto, para el mantenimiento de la salud y sobre todo la prevención de la enfermedad, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas. Básicamente la Salud Comportamental usa técnicas conductuales que ayudan a prevenir las enfermedades a los individuos que actualmente no presentan ninguna, y por lo consiguiente están sanos.

Medicina Psicosomática.

Weiner, (1985); citado en: (Castillo, 2001), nos aclara, que esta área intento abordar los diferentes fenómenos psicológicos que ocurren en el proceso salud-enfermedad, y fue la primera que se interesó en la relación que hay entre emoción y desordenes de salud dentro de un modelo psicosocial, su enfoque se basa en la etiología y patogénesis de la enfermedad.

Además, precede a la Psicología de la Salud, sin embargo, sus raíces están presentes en las ciencias biomédicas o en la Psicología, la Medicina Psicosomática es una aproximación a la enfermedad que básicamente se basa en la hipótesis y en la observación de los factores psicológicos y sociales que a su vez desencadenan una gran variedad de enfermedades.

El centro de interés de esta disciplina ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, especialmente el de los estados emocionales y el estrés, sin embargo, en la actualidad, sólo se le ha prestado atención a un grupo reducido de enfermedades (ulceras, asma, colitis y artritis), que se pensaban que estaban influidas por

factores emocionales específicos y por el estrés. En la actualidad, se ha ampliado el abanico de trastornos, incluyendo los factores psicológicos en la etiología y el curso de todas las enfermedades. Lipwsky (1977); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000). A grandes rasgos, la Medicina Psicosomática hace énfasis en el papel que juegan los factores mentales y la personalidad, tales como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psico-sexuales, en la génesis de las enfermedades. Aunque en la actualidad resulta por completo inapropiado preguntarse por la "psicogenia" de alguna enfermedad, la Medicina Psicosomática, sí representa un antecedente importante en términos de la inclusión de variables diferentes a las orgánicas para realizar una aproximación integral al análisis del proceso salud-enfermedad. Por otra parte, diversos trastornos que se relacionaron preferiblemente con la presencia de algunos conflictos de personalidad subyacentes, tales como la hipertensión arterial, se encuentran entre los más favorecidos por los investigadores en el campo de la Medicina Comportamental y la Psicología de la Salud. Fernández, (1989).

Psicología Médica.

Constituye esencialmente al sinónimo de psiquiatría, abarca los problemas psicológicos que intervienen en la salud física, enfermedad y tratamiento, sin llegar a presentar una orientación teórica particular y sólo contempla entre sus áreas las referentes a educación: intervención clínica, aplicación y enseñanza Bazman, (1997).

Además, la Psicología Médica, no tiene una definición en general, sino que varía dependiendo en qué país y en que cultura se encuentre el individuo, sin embargo es definida en un manual castellano, como la Medicina que abarca todos los conocimientos de la Psicología que pueden ser útiles para la medicina integral, sobre la personalidad del enfermo, y por lo tanto la relación que debe de haber entre enfermo y medico, así como la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica Fernández, (1989).

En conclusión, Fuente, (1994), nos reitera, que la Psicología Médica es un subcampo dentro de la Psicología de la Salud, dedicada al estudio de los factores psicológicos de la experiencia de la enfermedad. Al igual que también abarca todos los conocimientos de Psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente

los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación o psicoterapia.

Psicofisiología Experimental.

Su objeto principal de estudio son las bases fisiológicas de los procesos psicológicos, y por otra parte intenta explicar los procesos conductuales por la interacción de sus componentes biológicos y psicológicos Castillo, (2001).

Psicología Clínica.

Es el campo independiente de la Psicología de la Salud, por lo consiguiente, no hay una definición clara de lo que es la Psicología Clínica y sólo se da la definición de lo que un psicólogo clínico hace en esta área, y Hall y Marzillier (1987); citado en: (Rodríguez y Rojas, 1998); nos menciona, que los psicólogos clínicos básicamente se encargan del cuidado de la salud y que no solo trabajan dentro del campo de la salud mental, sino que también se encargan de realizar evaluaciones psicológicas, tratamientos psicológicos e investigaciones psicológicas.

Sin embargo, Phares (1999); nos especifica, que la Psicología Clínica es un campo que tiene como estudio el diagnóstico y el tratamiento de los problemas psicológicos. Por lo tanto, cuando hacemos mención a la Psicología Clínica se entiende como el conjunto de actuaciones sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica será, el establecimiento de una relación entre el Psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda, a través de los conocimientos y la actuación psicológica.

Para la American Psychological Association (APA), es la forma de la Psicología Aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta del individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del sujeto.

Así, los supuestos teóricos que definen el trabajo en la clínica, los modelos explicativos de los trastornos abordados y las estrategias y objetivos de la intervención están relacionados con esta existencia de un paciente que demanda ayuda para afrontar su

problema. Además, Psicología Clínica se aplica al ámbito tradicional de intervención psicológica: los trastornos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente). Es el campo tradicional de los trastornos psicológicos, que coincide con el psiquiátrico. Además, habría que incluir la intervención en otros problemas mentales, como la esquizofrenia, y la rehabilitación de pacientes crónicos Rodríguez y Rojas, (1998).

Psicología Comunitaria.

Está destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual (social comunitario), enfocando su actuación preferentemente, aunque no únicamente, en el cambio y la mejora del medio. Además, surge como una alternativa a la Psicología Clínica, orientándose a la comprensión y resolución de ciertos problemas o patologías con un fuerte componente socioambiental (drogadicción, marginación, delincuencia, prostitución, etcétera.) en los que la mejor metodología, por la índole de los mismos, es el abordaje a niveles supraindividuales o comunitarios, siendo el objeto de su actuación la mejora de ambientes y recursos sociales y el aumento de las habilidades y competencias personales para mejorar el ajuste entre personas y ambientes y la calidad de vida en la comunidad Berstein, (1988).

Sociología Médica.

Bishop (1994); citado en: (Beneit, 1994); nos dice, que es la especialidad que se encuentra dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad, al igual que también se encarga de ver los factores sociales que influyen en la salud de los individuos, mientras que la Psicología de la Salud se centra principalmente en los aspectos psicológicos, esta es una diferencia importante que hay entre la Psicología de la Salud y la Sociología Médica.

Por otra parte, Rodríguez y Rojas, (1998); nos aclara, que la Sociología Médica proviene de la Sociología, y se encarga de estudiar a los grupos y comunidades, evalúa el impacto de los factores sociales, crecimiento de la población, epidemias e instituciones, relaciones sociales, culturales y el impacto de la enfermedad, factores socioeconómicos, del uso de sistema de salud, etcétera.

Antropología Médica.

Beneit, (1994); nos menciona, que la Antropología Médica, se encarga de estudiar básicamente los aspectos culturales de la salud y la enfermedad, es una disciplina bio-cultural, ahora bien, la diferencia que hay entre la Antropología Clínica y la Psicología de la Salud, básicamente radica en el centro de interés, mientras que la primera de ellas se enfoca a los aspectos culturales de la salud, y como es que los individuos dentro de su cultura comprende las cuestiones de salud como un reflejo de su cultura en totalidad, mientras que los Psicólogos de la Salud, reconocen a la cultura, pero se interesan por las creencias individuales de los individuos de salud y los patrones de salud relacionados con la conducta.

Por lo tanto podemos decir que la Psicología Médica, la Medicina Psicosomática y la Medicina Conductual son los más importantes antecesores de la moderna Psicología de la Salud.

En general, se podría decir que todas las áreas antes mencionadas, la Medicina Comportamental, la Salud Comportamental, la Medicina Psicosomática, la Psicología Médica, la Psicofisiología Experimental, la Psicología Clínica, la Sociología Médica, y la Antropología Médica, tienen de alguna manera u otra una relación significativa a lo que respecta con la Psicología de la Salud, pero a la vez presentan diferencias entre ellas, en lo que se parecen es que todas tratan de intervenir en el proceso enfermedad-salud y de alguna manera u otra dan su punto de vista de cómo se pueden prevenir las enfermedades en los individuos, y la diferencia es cómo lo realiza cada área dependiendo de su especialidad, tratan este proceso de alguna manera u otra, pero todas ven por la salud y el bienestar de los individuos. Y la más cercana a la Psicología de la Salud, es la Medicina Comportamental, ya que desde esta área es donde tuvo su origen la Psicología de la Salud.

1.4 TEORÍAS PROPUESTAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

A continuación, se mencionaran algunas de las teorías que se han propuesto dentro de la Psicología de la Salud, ya que mediante ellas se permiten entender mejor la forma en que aparecen las conductas de los individuos, relacionadas con la salud, y la enfermedad. Las teorías son: Teoría del Afrontamiento, Teoría Psicosomática, Teoría de la Salud

Conductual, Teoría Humanista, Teoría de la Adaptación, y la Teoría del desarrollo. A continuación se explicarán en qué consiste brevemente cada una de ellas.

Teoría del Afrontamiento.

Se enfoca básicamente, en la explicación de cómo los individuos responden al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente, así mismo estudia el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos, por lo tanto, esta teoría nos sugiere que el concepto de enfermedad evoluciona predeciblemente. Peterson, (1989); citado en Trejo, (2001).

Teoría Psicosomática.

Fue utilizada por el Psicoanalistas, y nos menciona que los estresores ambientales provocan un estado emocional individual y particular a la cultura, familia e individuos. Por lo tanto, este estado emocional determinará la ayuda fisiológica que requiera; obteniendo así que la enfermedad y su cura están ligados en sí mismos, manteniendo la salud y la enfermedad en un juego entre sistemas sociales, ambientales, cognitivos y fisiológicos. Lapowski, (1979); citado en: (Trejo, 2001).

Teoría de la Salud Conductual.

Esta basada en el Conductismo, y que además estudia a las conductas que se encuentran guiadas hacia la salud o reforzadas a través de hallazgos de salud. Para el establecimiento de esta teoría se utilizó la teoría del aprendizaje, la cual nos menciona que este resulta del condicionamiento clásico: en donde un estímulo condicionado evoca una respuesta ante la asociación con otro estímulo incondicionado que ya evoca la respuesta; o también el condicionamiento operante, en el cual nos dice, que la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o un castigo. (Ramírez y Cortés, 1999).

Teoría Humanista.

Se basa, en que los seres humanos desarrollan personalidades sanas y como es que llegan a esta meta, además, la teoría humanista tiene como objetivo principal proporcionar

herramientas para que el individuo reconozca los recursos internos con los que cuenta, así como la reformulación de alternativas y metas de vida. Crain, (1987); citado en: (Ramírez y Cortés, 1999).

Teoría de la Adaptación.

Se sustenta, en el estudio de los mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo y de cómo estos responden a los daños físicos o químicos basados en un mecanismo fisiológico de homeostasis. Schwartz, (1977).

Teoría del Desarrollo.

Permite, establecer los factores del desarrollo que están relacionados a la salud, ya que la aproximación del desarrollo comprenden dos elementos principales, la intervención temprana que es básica para el mejoramiento del estado de la salud con una orientación hacia el futuro, y el otro es el análisis de los problemas de cada fase del desarrollo. Además la influencia del desarrollo motor es muy importante en el aprendizaje del mantenimiento de la salud y el desarrollo cognitivo influye en este puesto que los individuos aprenden a realizar conductas seguras que permiten responsabilizarse, mantener y promover su salud y seguridad, también, el desarrollo cognitivo permite conceptuar la salud y enfermedad, lo cual influye en las respuestas psicológicas y conductuales ante la salud y la enfermedad, esto último tiene que ver con el desarrollo psicosocial el cual influye en las conductas que tienen que ver con la prevención y promoción de la salud. Maddux, Robert, Sledden y Wright, (1986); citado en: (Sarafino, 1994).

Como podemos observar, cada una de estas teorías tratan de explicar la forma en que aparecen las conductas de los individuos, relacionadas con el proceso salud y la enfermedad, pero cada una la explica bajo su propia formación, ya sea Conductista, Humanista o Psicoanalista, pero cada una de ellas explica cómo es ese proceso tan completo de salud-enfermedad.

CAPÍTULO 2

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1 DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN MÉXICO.

Podemos decir, que la Psicología de la Salud ha crecido a partir de los años 60s, ya que fue en este año cuando sufrió cambios muy importantes en cuanto a la investigación se refiere, la enseñanza y la práctica, y por lo consiguiente diversas áreas de la Psicología tuvieron desarrollos importantes. En este sentido Ribes, (1984); citado en (Ramírez y Cortés, 1999); nos dicen que la Psicología Mexicana surgió como una acción práctica frente a las demandas sociales del momento y no como la aplicación de un conocimiento, lo cual provoca que no pueda ser una profesión, pero si una disciplina. Por lo tanto, la Psicología de la Salud tiene una existencia muy débil en nuestro país, sin embargo, podemos citar un análisis elaborado por Ribes, (1990); sobre Psicología y Salud, donde plantea que la salud está integrada por dos cuestiones, la primera de ellas es la social, que se concibe como el bienestar, y la segunda; es la biológica, que es la ausencia de enfermedad, haciendo énfasis a que el organismo evoluciona ontogénicamente en el cual se le proporcionan influencias nocivas o carencias, dicho medio es el social y cultural, es así que para la curación, rehabilitación, prevención o inicio de una enfermedad implica al individuo actuando.

Morales, (1997); nos menciona, que la Psicología de la Salud en México, es una disciplina en desarrollo, en construcción, que enfrenta los desafíos propios de la naturaleza de un objeto de estudio completo, un conjunto de conocimientos, métodos y tecnologías, en el que pueden reconocerse resultados parciales con coherencia y autonomía suficiente como para ser introducidos a la práctica con aceptables niveles en lo que respecta a la legitimidad, eficiencia y ética, en la solución de problemas prácticos. Podría decirse que es una disciplina emergente cuya consolidación dependerá de:

1. Los avances que se obtengan progresivamente en la Psicología, en general, y en la teoría de la salud en particular.
2. La integración de conocimientos psicológicos con los aportes de otras disciplinas, como la epidemiología, la sociología, la antropología, (entre las más orientadas

hacia lo social), así como la medicina clínica, la genética, y las neurociencias, (entre las más vinculadas a lo biológico).

3. Su desarrollo en la práctica concreta en los servicios de salud, que es la que tiene que ser el impulsor más activo de la investigación, la creación y la evaluación de técnicas apropiadas, de modelos de práctica profesional y programas docentes.

De esta manera, Flores, (2000); nos da algunas acciones que los Psicólogos de la Salud tiene que realizar a mediano plazo son:

- a) Promoción y mantenimiento de la salud.
- b) Prevención y tratamiento.
- c) Análisis de los factores intervinientes.
- d) Sistema de cuidado social.
- e) Participación en el diseño de políticas de salud.
- f) Realizar intervenciones directas o estar de manera indirecta en el desarrollo de modelos de intervención para que sean puestos en práctica por otros proveedores de servicio.
- g) La Psicología debe de incorporar conocimientos y prácticas originadas en otras disciplinas.
- h) Retomar diversas estrategias de investigación, (epidemiológica, cualitativas y cuantitativas), que favorecen el análisis objetivo de factores riesgo y de protección relacionados con el estilo de vida de los individuos.

Particularmente, el panorama epidemiológico en México, se caracteriza por problemas afines a países desarrollados, como las enfermedades cardiovasculares, crónico degenerativas, accidentes y muertes violentas; al mismo tiempo que comparte afecciones asociados con el subdesarrollo, la pobreza y la falta de acceso a los servicios de salud, entre estos se encuentra la desnutrición, enfermedades gastrointestinales, e infecciosas, así como deficiente higiene ambiental y laboral. De la fuente y Sepúlveda (1999); en (INEGI, 1998). Aunado a lo anterior el plan nacional de salud 2001-2006, reporta que la población Mexicana creció de 13.5 millones en 1900 a 97.5 millones en el año 2000, la tasa de mortalidad descendió de 3.5 a 4.5 muertes anuales por 1000 habitantes. Así, la esperanza de

vida al nacer, se incremento considerablemente de 40 años en hombres y 42 en mujeres en el año de 1940 a 73 y 77 respectivamente en el año 2000. Aunque no se considera dentro de las diez principales causas de mortalidad entre los adultos, hay otros problemas de salud que se han agudizado en los últimos años y tiene repercusión directa en el bienestar de individuos y familias como son: SIDA, padecimientos neuropsiquiátricos, trastornos de estrés, ansiedad y depresión, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, obesidad, y sobrepeso, así como riesgos ambientales. En el caso de los menores, entre las principales causas de mortalidad destacan: afecciones originadas en el periodo prenatal, malformaciones congénitas, infecciones respiratorias agudas, entre otros INEGI, (1998).

Ante tal situación, Cabrera, Tascó, y Lucimí, (2002); nos dicen, que es impostergable el inicio de acciones bien planeadas que se sustenten en una estructura organizativa que permita generar evaluarlos, retroalimentar, ajustar y mantener programas que respondan a las necesidades de nuestro México. Por lo tanto, en México el Panorama Nacional de Salud 2000-2006, establece como prioridad la cobertura de servicios de salud a toda la población, con mayor eficacia y claridad, distribución equitativa de los beneficios del servicio hacia los grupos más vulnerables, estableciendo diez estrategias a seguir, las cuales consisten en:

1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social.
2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los individuos de pocos recursos económicos.
3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades.
4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud.
5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
6. Fortalecer el papel rector de la secretaria de salud.
7. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud.
8. Avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud.
9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención.
10. Y fortalecer la inversión de recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

Por lo tanto, podemos decir, que la Psicología de la Salud en nuestro país es una rama de la Psicología relativamente nueva, y que aunque sea venido desarrollando paulatinamente todavía falta mucho por hacer por parte de los Psicólogos de la Salud, ya que en la actualidad la salud está solo en manos de los Médicos, los cuales solo se encargan de curar las enfermedades que aquejan a nuestro país, y dejan a un lado la prevención, sin embargo, no toman en cuenta el trabajo que viene realizando el Psicólogo de la Salud en nuestro país a partir de la década de los 60s.

Aun falta demasiado por hacer en nuestro país, en donde la salud está completamente controlada por los médicos, también es importante que la Psicología de la Salud en México se desarrolle teórica y metodológicamente, tanto en lo académico, como en la investigación y en la práctica, aunque queda mucho por hacer, la Psicología cada vez va abriéndose camino en diferentes áreas, como es la de la salud, pero aún falta mucho para que se tome en cuenta lo importante que es la Psicología de la Salud, para prevenir las enfermedades que aquejan a México, y los individuos puedan tener un mejor estilo de vida, y consigan el bienestar total que es muy difícil de alcanzarlo actualmente.

2.2 DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA.

Podemos decir, que a partir de la década de los 70s, se observó en toda América Latina una ampliación creciente del objeto de estudio de la Psicología en el sector salud lo que se manifiesta, en la aplicación progresiva de métodos y técnicas psicológicas para investigar problemas de salud y de atención de salud diferentes a los característicos de etapas anteriores a los que abordaban fundamentalmente el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos psicológicos.

En los congresos Interamericanos y Latinoamericanos así como en las publicaciones de carácter regional, se observa cómo va en aumento el interés por el estudio y la práctica de estos temas, también en este continente se ha abierto paso a la investigación psicológica en salud dentro de ámbitos pocos incursionales anteriormente para desentrañar paulatinamente el papel del funcionamiento de la personalidad en el proceso salud-enfermedad, lo que ha permitido comprender mejor el problema de salud, perfeccionar el tratamiento de muchas enfermedades y, lo más importante, ha orientado medidas

preventivas muchas de las cuales han sido ejecutadas con éxito. Aberasturi, (1994); en (Morales, 1999).

Ahora bien, para comenzar a hablar de la Psicología de la Salud, a lo que respecta América Latina se debe considerar el estado de la salud, en la cual la presentación de servicios se lleva a cabo en tres niveles, según (Rodríguez, y Rojas, 1996); los cuales son:

1. Promoción de salud y prevención de enfermedad, así como diagnóstico y tratamiento.
2. Atención en clínicas de especialidades y hospitales generales.
3. Atención en subespecialidades en unidades especializadas que requieren de altas tecnologías.

A lo que respecta a la investigación en América Latina, está enfocada básicamente al proceso salud- enfermedad, esto es, desde la promoción de salud y prevención de enfermedad hasta la rehabilitación y el tratamiento. Ahora bien, en las líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y en nuestro país fueron, enfermedades crónico degenerativas, alteraciones psicofisiológicas, aspectos psicosociales de las adicciones y conducta sexual como factor de riesgo, siendo de estas investigaciones los enfoques teóricos, los sociales, conductuales y eléctricos con metodologías experimentales, epidemiológicas y psicométricas Rodríguez y Rojas, (1996)

Se describirá a continuación la situación que presenta la Psicología de la Salud, en algunos países importantes de América Latina en esta área.

A lo que respecta con Cuba, en la actualidad cuenta con mil seiscientos psicólogos trabajando en Psicología de la Salud, básicamente se central a lo que es la tensión a la familia, enfermedades crónico degenerativas y en general a la salud mental de los individuos. Además, cabe destacar que Cuba es el país con mayor tradición en Latinoamérica en Psicología de la Salud y que se destaca por tener gran actividad en la investigación y en la docencia, esta especialización forma parte de la estructura organizada del sistema nacional de Cuba, es por ello que este país es uno de los más sanos en toda América Latina, por lo importante que toman ellos a la salud, y la forma en que la previene. Además este país organizó el primer seminario de la Psicología de la Salud en el año de 1989, y en 1996 organizó un evento múltiple dirigido a la Psicología de la Salud.

A lo que respecta a Colombia, está creó la especialidad en Psicología de la Salud, en su programa se hace énfasis en la salud materna infantil y a la salud ocupacional, principalmente en el ámbito de prevención y rehabilitación Hernández, (1998).

Además los países de Latinoamérica con mayor numero de estudios, a parte de los mencionados anteriormente son: Argentina, Brasil, Chile, México y Venezuela, como primer grupo, seguidos por: Puerto Rico, Perú, Republica Dominicana, Costa Rica Panama y Ecuador. Todos estos países tienen una participación altamente representativa de la mayor parte de los países de América Rodríguez y Rojas, (1996).

Ahora bien, América Latina es una de las regiones del mundo donde más dinamismo a demostrado la Psicología de la Salud, sobre todo si se tiene en cuenta el antecedente de que el establecimiento de la Psicología profesional de manera extensiva comenzó aquí hace aproximadamente tres décadas, y que además en este mismo período, la región se ha visto expuesta a sucesivas situaciones de crisis económicas y procesos políticos que han dificultado la buena evolución de esta disciplina (la escasez de recursos materiales e informativos para Universidades, así como la poca disponibilidad de presupuesto para sostener cargos de Psicólogos en servicios de salud de carácter público) Morales, (1999).

Ya para los años 80s, se establece en toda América Latina programas de formación para Psicólogos de la Salud, esos programas son posgrado y con tendencia a la subespecialización en algunos de los campos de atención de la salud. En el ámbito de estudio perorado las Universidades de algunos países han fijado cursos de inducción no solamente en las escuelas de Psicología sino también en otras disciplinas de la salud como la Medicina, el más alto crecimiento en el número de Psicólogos con entrenamiento profesional ha ocurrido precisamente en Latinoamérica. Aunque solo algunos cuantos alcanzan a recibir un doctorado, durante las dos últimas décadas varios miles de individuos han cumplido un programa profesional de cinco años. La mayoría de estos Psicólogos sirven como maestros, consejeros y profesionales de la salud mental Palacios y Gómez, (1993).

Ahora bien, Hernández, (1998); nos menciona que la Psicología de la Salud, pronto ha ido tomando importancia en América Latina, ya que en Julio de 1983, se realizó el XIX Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología celebrado en Quito, Ecuador,

creándose un grupo de trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Comportamental. En Diciembre de 1984, auspiciado por la Sociedad Interamericana de Psicología y la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud del Ministerio de Salud pública de Cuba, la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se celebró en la Habana, Cuba el primer Simposio Internacional de Psicología de la Salud, con participación casi de 1000 psicólogos procedentes de 23 diferentes países de América. Los temas que se abordaron en este Simposio fueron:

1. Reproducción, sexualidad y papeles sexuales.
2. Psicología y salud colectiva.
3. Estrés y apoyo social.
4. Atención psicología ha enfermos crónicos.
5. Cuidados pre-natales.
6. Adicción a drogas y alcohol.
7. Patologías psicológicas y su dimensión social.
8. Servicio de salud.

En el XX Congreso Interamericano de Psicología que tuvo lugar en Caracas Venezuela en Julio de 1985, la Psicología de la Salud se encontró ampliamente representada, abordándose tales como: salud infantil, planificación familiar, estrés educación sexual, alcoholismo, obesidad y muerte. A partir de este momento, numerosos simposios, conferencias, mesas redondas, en los congresos sucesivos de la Habana, Buenos Aires, y San José de Costa Rica, ha dado cuenta de la importancia creciente de la Psicología de la Salud en América Latina Palacios y Gómez (1993).

Rodríguez y Rojas, (1996); nos dicen, que en algunos países Latinoamericanos se ha experimentado, en los últimos años, un creciente interés por la Psicología de la Salud, Así por ejemplo:

- a) En 1987, Francisco Monegro y Frank Peña, iniciaron en República Dominicana, la publicación del boletín dominicano de Medicina Conductual.
- b) En Colombia, a principios de 1991, se constituye la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud y en Octubre del mismo año, se celebra el I Congreso Colombiano de Psicología de la Salud en el que se presentaron trabajos sobre; el

SIDA, gineco-obstetricia, epilepsia, así como, trastornos metabólicos y cardiovasculares, etc. recientemente, se ha constituido una especialización en Psicología de la Salud en la Universidad Nacional de Colombia.

- c) En México, Susan Pink de Weiss en (1986), ha revisado las investigaciones que se han realizado en Psicología de la Salud dentro del marco de la Psicología Social, que se ocupan, en especial, de problemas relacionados con las drogas, así mismo, es preciso mencionar que está a punto de salir el primer número, editado por Julio Peña (Universidad de Sonora), de la revista Salud y Sociedad.
- d) En Venezuela, Ligia Sánchez Sánchez, (1991), al llevar a cabo una revisión de trabajos aparecidos en el campo encuentra estudios sobre drogas, sexualidad, oncológica, enfermedades cardiovasculares, entre otras. En este país se lleva una excelente labor, desde hace tres años, en Medicina Conductual, por Esther Contreras en la Universidad central de Venezuela, y por Elena Granell en el Instituto de Estudios Superiores de Administración en Caracas, centro que entre otras cosas, organiza cursos de gerencia en la salud materno-infantil y planificación familiar.
- e) En Puerto Rico, Jorge Montijo, ha sugerido estrategias para colocar los conocimientos psicológicos en el campo de la salud al servicio de la población.

Cada día más, los Psicólogos de la Salud son requeridos por los servicios sanitarios, a lo que respecta en América Latina es el lugar en donde se ha empleado un mayor número de psicólogos y ha sido en los centros médicos, en donde los Psicólogos han llegado a convertirse en miembros de equipos sanitarios de intervención e investigación en rehabilitación, cardiología, pediatría, oncología, medicina familiar, entre otros Hernández, (1998).

Cada vez más la Psicología de la Salud ha tomado más importancia, por ejemplo, en Perú, diversas Universidades entre ellas la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Universidad Nacional Federico Villarreal y la Universidad Femenina, han modificado sus programas de estudio de maestría y la mención actualmente denominada Psicología Clínica y de Salud, además diversas Facultades y Escuelas de Psicología han incluido dentro de su plan de formación el curso de Psicología de la Salud. Y así en varios países de

Latinoamérica las escuelas van cambiando sus planes de estudio, y van tomando en cuenta cada vez más a las Psicología de la Salud Rodríguez y Rojas, (1996).

Ahora bien, Rodríguez, Hernández y Ramos, (1993); publicaron una investigación de la producción científica sobre Psicología de la Salud en América Latina, encontrando que durante la década de los 80s las principales líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y México, fueron los siguientes:

- a) Las enfermedades crónicas degenerativas que incluían temas como, dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer.
- b) Manejo psicológico de las alteraciones fisiopsicológicas como el dolor de cabeza y el asma mediante retroalimentación biológica.
- c) Aspectos psicosociales de las adicciones.
- d) Conducta sexual como factor de riesgo en la infección del VIH.

Como conclusión, podemos decir que la Psicología de la Salud en Latinoamérica a sido abordada en muchos países con gran éxito, ya que se han hecho estudios, investigaciones etc.; que han aportado grandes cosas al proceso de salud-enfermedad, a comparación con otros continentes, y en especial en Cuba, donde es uno de los países que cuenta con mejor salud en su población, ya que es un país que se dedica a realizar estudios e investigaciones, al igual que invierte en la educación de su población para promover lo importante que es la salud, ya que una de las formas más importantes de evitar enfermedades, pues es la prevención, que es lo que hace Cuba, aunque América Latina ha sido muy importante para promover a la psicología de la salud, aun queda mucho por hacer para mejorar la calidad de vida de todos los países, dependiendo de las propias necesidades que tengan cada uno de ellos, no solamente en Latinoamérica, sino en todo el mundo.

Ya que la Psicología de la Salud es una forma muy eficaz de combatir a las enfermedades, por medio de la prevención básicamente, y así poder de esta manera tener una vida satisfecha, no solamente en Latinoamérica, sino en el resto del planeta, ya que hay millones de personas que en la actualidad presentan enfermedades como, diabetes, cáncer, entre otras muchas, y que en la mayoría de las veces las llevan a la muerte, y en ocasiones este tipo de enfermedades se pueden prevenir, ya que son causadas por muchos factores, uno de ellos, por ejemplo; son los hábitos negativos que tenemos en nuestra vida cotidiana

y que repercute en nuestra salud, y nos llevan a padecer algún tipo de enfermedad, y una forma de prevenirlo, es cambiar esas conductas negativas por positivas, entre otras cuestiones.

2.3 PROMOCIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA.

La promoción de la Salud en América Latina intenta crear condiciones que garanticen el bienestar general como propósito fundamental del desarrollo, asumiendo la relación mutua entre salud y desarrollo. La región, apartada por la inequidad que se agrava a causa de la prolongada crisis económica y los programas de políticas de ajuste macroeconómico, enfrenta la deterioración de las condiciones de vida de la mayoría de los individuos, junto con un aumento de riesgos para la salud y una reducción de recursos para enfrentarlos. Consecuentemente, el reto de la promoción de la Salud en América Latina consiste en transformar esas relaciones, conciliando los intereses económicos y los positivos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y equidad social, condiciones indispensables a la salud y al desarrollo.

Sectores importantes de la población no han logrado satisfacer las necesidades básicas para poder garantizar condiciones dignas de vida, esas desigualdades complejas y que causan agonía, tanto de carácter económico, ambiental, social, político y cultural como relativas a la cobertura, acceso y calidad de los servicios de la salud, tienen la tendencia de agudizarse a causa de la reducción histórica del gasto social de las políticas de ajuste. Por lo tanto, es difícil enfrentar y resolver estos problemas con la perspectiva de alcanzar la salud para todos los individuos. La situación de equidad de la Salud en los países de América Latina reitera la necesidad de optarse por nuevas alternativas en la acción de la salud pública destinadas a combatir el sufrimiento causado por las enfermedades del retraso y la pobreza, al cual se sobrepone el causado por las enfermedades de la urbanización y la industrialización Werner y Pelicioni, (2002).

La región presenta una situación epidemiológica, caracterizada por la persistencia o resurgimiento de endemias con la malaria, cólera, tuberculosis, y desnutrición; por el aumento de problemas como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, o por el SIDA, o las resultantes de la deterioridad ambiental. En este panorama, la promoción de la salud destaca la importancia de la participación activa de los individuos en los cambios de las

condiciones sanitarias y en el modo de vivir ajustados con la creación de una cultura de salud. Así, la diseminación de informaciones y la promoción del conocimiento constituyen valiosos instrumentos para la participación y los cambios de los estilos de vida en las comunidades. Dentro del ámbito político también existen obstáculos que limitan el ejercicio de la democracia y la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones, en estas circunstancias, la violencia en todas sus formas, constituye mucho para la deterioración de los servicios, es causa de numerosos problemas de salud pública. Lo que se espera de la equidad es eliminar las diferencias desnecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades de alcanzar el derecho al bienestar. El papel que le corresponde a la promoción de la salud para alcanzar este propósito consiste no sólo en identificar los factores que favorecen la inequidad y promover acciones que disminuyan sus efectos, sino también en actuar además de eso, como un agente de cambio que conduzcan transformaciones radicales en las actitudes y conductas de los individuos Rodríguez, Hernández y Ramos, (1993).

2.4 ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

Cada vez el ámbito de aplicación de la Psicología de la Salud abarca nuevas áreas; sin embargo, Simón (1993); nos muestra cuatro áreas de aplicación de la Psicología de la Salud, las cuales son las siguientes:

1. Promoción y acrecentamiento de la salud.
2. Prevención.
3. Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos.
4. Análisis y mejora del sistema de atención sanitario.

Promoción y Acrecentamiento de la Salud.

- a) Información y educación sanitaria (creencias y actitudes comportamiento y responsabilidad individual de la salud.
- b) Control de variables actitud-motivacional y efectivo emocionales, como por ejemplo: estrés, ansiedad, depresión, hostilidad, entre otras.

- c) Potenciación de recursos de protectores y de resistencia, por ejemplo: amor afecto, amistad, alegría y optimismo, entre otros.
- d) Generación de hábitos y estilo de vidas sanos, por ejemplo: descanso adecuado y disfrutar del ocio, así como también, alimentación, higiene, sexo, familia, no consumo de sustancias dañinas y actividad física, entre otras.
- e) Aprendizaje de competencias y habilidades básicas, por ejemplo: la relajación, autocontrol, solución de problemas, comunicación y búsqueda de apoyo social.
- f) Participación política y ciudadana, por ejemplo: uso adecuado de los servicios de salud, así como, elección de la mejor política de la salud.

Prevención.

- a) Control de actitudes-motivacionales, de riesgo, por ejemplo: ansiedad, estrés, depresión, hostilidad, entre otros.
- b) Modificación de las conductas y hábitos de riesgo, por ejemplo: tabaquismo, alcoholismo, adicciones, malos hábitos alimenticios, falta de higiene, falta de actividad física, entre otros.
- c) Modificación de las conductas patógenas e insalubres del medio, por ejemplo: polución, contaminación, hacinamiento, ruido, tóxicos, virus, entre otros.
- d) Detección e intervención precoz ante diferentes problemas (o prevención secundaria).
- e) Disminución del impacto de la enfermedad y prevención de recaídas, (o prevención terciaria).

Evaluación, Tratamiento y Rehabilitación de Trastornos Específicos.

- a) Problemas Cardiovasculares, por ejemplo: trastornos del ritmo cardiaco, taquicardias, bradicardias, entre otras arritmias.
- b) Trastornos de la Presión Arterial, por ejemplo: hipertensión e hipotensión.
- c) Problemas Coronarios, por ejemplo: angina de pecho e infarto de miocardio.
- d) Trastornos Periféricos, por ejemplo: migraña y enfermedad de Raynaud.
- e) Trastornos del Sistema Nervioso Central, por ejemplo: accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneo-encefálicos, epilepsias, demencias, hiperactividad, esclerosis múltiple, anorexia, delirios, trastornos amnésicos y síndromes frontales.

- f) Trastornos Neuro-musculares, por ejemplo: lesiones cerebrales, hemiplejía, paraplejía, cuadriplejía, parálisis cerebral y poliomielitis.
- g) Lesiones Periféricas, por ejemplo: parálisis facial y problemas en la mano y en el pie.
- h) Disquinesias, por ejemplo: síndrome rigidoacinéutico y parkinson.
- i) Disfonías, por ejemplo: tortícolis, espasmódica, blefarospasmos, síndrome temporomandibular, espasmos hemifacia.

Análisis y Mejora del Sistema de Atención Sanitario.

- a) Análisis de la atención de la salud.
- b) Mejora del sistema de salud.
- c) Educación de usuarios para el uso adecuado del sistema sanitario.

2.5 EL PSICÓLOGO DE LA SALUD.

El Psicólogo de la Salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como: Tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, promoción de conductas saludables. Por lo tanto, el Psicólogo es un profesional que debe de trabajar para la promoción de la salud superando la práctica de prevención Harschs, (1994).

Ahora bien, la American Psychological Association, la más grande e importante sociedad científica del área, destaca como atribuciones del Psicólogo de la Salud, lo siguiente:

- a) La identificación precoz de individuos en situaciones de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- b) El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente está expuesto el individuo.
- c) La investigación, el entrenamiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas.

- d) La inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario de la salud pública en los esfuerzos de la Psicología de la Salud.
- e) La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Es por lo tanto, innegable el aporte que el Psicólogo como profesional y la Psicología como ciencia tienen para ofrecer a las cuestiones cotidianas que involucran a los individuos, comunidades y sociedades en la búsqueda del deseado bienestar biosicosocial. Salinas, (1995).

Ahora bien, Phares, (1999); nos menciona que el Psicólogo de la Salud, puede realizar varias funciones importantes las cuales son básicamente:

1. Evaluación.
2. Diagnóstico.
3. Tratamiento e Intervención.
4. Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace.
5. Prevención y Promoción de la Salud.
6. Investigación.
7. Enseñanza y Superación.
8. Dirección, Administración y Gestión.

Evaluación:

La evaluación consiste básicamente en reunir información a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de los individuos, al igual que implica a más de una persona. Esta información puede ser empleada, para un gran sin fin de propósitos, por ejemplo; problemas psicológicos, seleccionar a un individuo para un puesto de trabajo, entre otros muchos.

Ahora bien, los instrumentos de evaluación más importantes, que utiliza un Psicólogo de la Salud son los siguientes, según Salinas, (1995).

- a) Entrevista: La cual es una herramienta útil para la evaluación en salud y en enfermedad, en tanto es el modo más versátil para obtener datos sobre estilos de

vida, actitudes, creencias y prácticas concretas de salud. En el ámbito de evaluación de la enfermedad, por ejemplo; la entrevista no sólo permite la obtención de información relevante sobre los problemas del paciente y las posibles variables con ellos relacionadas, sino también crear el clima de confianza y relación empática. Independientemente del objetivo con el que sea empleada, la entrevista puede variar desde formas nada estructuradas hasta otras rígidamente organizadas: desde la búsqueda de información general hasta el intento por obtener datos precisos y concretos sobre aspectos parciales de la vida del sujeto, y desde el enfoque sobre la historia lejana del paciente hasta la consideración de la historia reciente o inmediata.

- b) Cuestionarios y pruebas psicológicas: En Psicología de la Salud se emplean muy diferentes pruebas y cuestionarios con los más variados propósitos. El empleo de pruebas de personalidad tanto con fines investigadores como clínicos es frecuente, y lo es también el empleo de pruebas de inteligencia.
- c) Observación directa: Al menos desde la perspectiva de la evaluación conductual, la observación directa ha sido reconocida como la técnica de evaluación preferida sobre cualquier otra. Tan es así que con frecuencia los datos obtenidos mediante evaluación por observación directa se emplean como punto de referencia para la validación de la información obtenida mediante otras técnicas (cuestionarios o entrevistas). Además, al proporcionar datos sobre ocurrencias reales y naturales del comportamiento objeto de evaluación, permite tanto el logro de una detallada descripción de tales comportamientos como de las condiciones de ocurrencia antecedentes y consecuentes, a la vez que la obtención de datos sobre todos los parámetros necesarios (frecuencia, duración, control estímulos y latencia).
- d) Autoobservación y autoregistro: El autorregistro mediante la autoobservación es el método de obtención de datos más empleados y más versátil en Psicología de la Salud, estas técnicas de autoinforme son de la máxima utilidad y conveniencia en todos los momentos del proceso de intervención. Ya que hace consciente al paciente de aspectos de su propio comportamiento que pudieran estar pasándole desapercibidos o sobre los que podía mantener creencias equivocadas. Permite igualmente al paciente controlar su progreso, por lo que adquiere una función de feedback que fortalece el comportamiento de cambio y permite rectificar.

Adoptando así una responsabilidad acerca de su propia conducta y su cambio o mantenimiento, y no desplazando sobre profesionales o instituciones.

Diagnóstico:

El diagnóstico consiste en, identificar el problema Comportamental, cognitivo, emocional o social, esto se puede aplicar a un individuo o un grupo o hasta una población según sea el caso. A su vez, el Psicólogo de la Salud debe de tomar algunas decisiones, como por ejemplo:

- a) Observar el grado de serenidad o en su defecto de gravedad de las informaciones que se ofrecen del problema.
- b) Ver si se trata de un problema que cae dentro de su competencia del Psicólogo o no lo es.
- c) Observar si el diagnostico procede.
- d) Debe de especificar el problema en términos operativos.
- e) Y por último, debe de identificar el tratamiento adecuado, dependiendo del problema en que se encuentre el individuo.

Tratamiento e Intervención:

Por una parte, el objetivo del tratamiento es entender, aliviar, y resolver los trastornos psicológicos, como por ejemplo; problemas de conducta, entre otros. La forma en que se puede intervenir en estos problemas son: mediante la psicoterapia, la modificación de conducta, terapia cognitiva, terapia sistemática, entre otras, esto va a depender del problema que presente el individuo, el tratamiento a estos individuos puede ser individual o en pareja, dependiendo el caso, así como también, puede ser tratado por uno o más Psicólogos en equipo. La duración del tiempo va a variar, como se menciono anteriormente dependiendo del tiempo, hay problemas, que van a requerir pocas sesiones y hay otros que van a necesitar de varias sesiones.

A lo que respecta a la intervención, esta puede consistir en organizar una sistemática para el estudio y condición de los factores individuales, ambientales y relacionales, que de alguna manera pueden favorecer o perjudicar el proceso de calidad de la adaptación a la enfermedad, esta implica objetivos como:

- a) Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan de una manera u otra en la calidad de la atención recibida por el individuo, al igual que en el bienestar de los individuos durante su enfermedad.
- b) Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad.
- c) Por último, fabricar u ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan al proceso de enfermedad o a la propia hospitalización y por lo consiguiente un tratamiento.

Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace:

Se refiere al consejo, cuando el Psicólogo de la Salud proporciona una variedad de problemas a petición de algunas organizaciones, incluyendo el contacto continuo entre un Psicólogo como consultor técnico y los otros profesionales de cualquier servicio dentro de un sistema sanitario.

Por lo consiguiente, el Psicólogo diseñe en colaboración y colabora en ejecución de programas para modificar, o instalar conductas adecuadas, como en el caso de programas a las conductas de cumplimiento a adherencia al tratamiento; o para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo dañino para la salud del paciente, o que en ocasiones puede dificultar su rehabilitación.

Prevención y Promoción de la Salud:

En este punto las funciones preventivas y promotoras de los Psicólogos de la Salud se centran básicamente en:

- a) Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad para de esta forma desempeñar funciones de promoción de la salud, y lo más importante la prevención.
- b) Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- c) Incrementar el nivel de conocimiento de los individuos en situación de riesgo de la comunidad, sobre las enfermedades.
- d) Fomentar y promover los hábitos positivos de la salud en la población.

- e) Y por último, dar a conocer diversos recursos humanos materiales para la prevención y promoción.

Investigación:

Las áreas de investigación por parte del Psicólogo de la Salud incluye desde construcción y validación de test hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos. Además son tres las razones por las que el psicólogo de la salud debe de investigar, estas son:

1. Permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican para discriminar posibles nuevas aportaciones y de esta manera determinar que procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes.
2. Es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional.
3. Construye una dotación facultativa con la que se constituye el trabajo en equipo en contextos médicos, donde ya se espera esta destreza por parte del Psicólogo, en particular, para el diseño de las investigaciones en equipo, para la solicitud de financiamiento de proyectos.

Enseñanza y Superación:

En este punto, la dedicación de la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas y de la salud, tiene varias modalidades, por ejemplo; el Psicólogo puede estar dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de posgrado, en áreas de personalidad, psicopatológica. Psicología anormal, entre otras. Además la supervisión la puede hacer individual o en grupos, según sea necesario.

Dirección, Administración y Gestión:

Este punto tiene que ver básicamente con la colaboración con la agencia del sistema sanitario; y es básicamente una función de gestión de recursos humanos cuyo objetivo es

mejorar el desarrollo de los servicios, mediante la mejora de la actuación de los profesionales sanitarios y por lo consiguiente, del sistema mismo.

Como conclusión, podemos decir, que el papel del Psicólogo en el área de la Psicología de la Salud, son varias cuestiones de las que se encarga una de ellas es la de investigar, y está orientada a cuestiones de mantenimiento de la salud y la prevención de las enfermedades, otro aspecto y que cada vez va teniendo suma importancia es la de las prácticas sexuales y sus implicaciones para las enfermedades de transmisión sexual, así como la prevención para no fumar y la obesidad, así como el uso del cinturón de seguridad para todos los automovilistas, y en general practicas saludables, al igual que en sin fin de estrategias de afrontamiento para el dolor, así como han realizado técnicas para tratar diferentes enfermedades como, hipertensión, trastornos gastrointestinales asma, entre otros, que son problemas que en nuestra actualidad aquejan cada vez más a nuestra sociedad y que surgen a partir de problemas en el comportamiento de los individuos, así también realizan programas para prevenir diferentes conductas que llegan afectar nuestra salud, como el fumar, trastornos alimentarios, entre otros tantos.

También los Psicólogos de la Salud, como cualquier otro Psicólogo, utiliza una serie de técnicas que le ayudan a resolver los problemas antes mencionados, estas técnicas son métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta, biofeedback entre otros tantos. Ahora bien los Psicólogos de la salud han orientado su trabajo en la educación en marcos académicos, respecto a los factores Psicológicos de la Salud. Piña, (1991).

En general podemos decir que el objetivo de los Psicólogos de la Salud, tal y como se desprende de distintas definiciones de esta especialidad, consiste desde ese momento en: evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir distintos trastornos de salud utilizando el conocimiento, habilidades, técnicas e instrumentos proporcionados por la Psicología. Con este objetivo el Psicólogo de la Salud empieza a introducirse lentamente en el ámbito hospitalario. Son muchos los temas que se han investigado por Psicólogos de la Salud que pueden ser de gran utilidad en este ámbito. Concretamente, aspectos psicológicos del: cáncer, intervenciones quirúrgicas, dolor Olguín y Sánchez (2003).

Las funciones que puede desempeñar el Psicólogo de la Salud en el hospital son múltiples. Estas funciones las podríamos clasificar en dos grandes bloques: directas e

indirectas. Entendemos por directas, las actuaciones que el Psicólogo realiza con el paciente y por indirectas aquellas que lleva a cabo a través de los profesionales del hospital (médicos, enfermeras, gerentes, etc.) Cada día más, los Psicólogos de la Salud son requeridos por los servicios sanitarios, el área en la que se ha empleado un mayor número de Psicólogos ha sido en los centros médicos, en los que los Psicólogos han llegado a convertirse en miembros de equipos sanitarios de intervención e investigación en rehabilitación, cardiología, pediatría, oncología, medicina familiar, odontología, etcétera, Beneit, (1995).

Como podemos ver el Psicólogo de la Salud, tiene muchas áreas de trabajo donde puede incursionar, esto se debe a que en la actualidad este Psicólogo puede hacer una gran cantidad de cosas, como las que ya se mencionaron, y no sólo puede trabajar en el área clínica sino que hasta en el área educacional, realizando investigaciones, programas etc, con la finalidad de prevenir una serie de enfermedades, y así conseguir que los individuos tengan un bienestar, físico, psicológico y social, y no nada más físico como se creía en décadas pasadas.

CAPÍTULO 3

HÁBITOS DE SALUD

3.1 DEFINICIÓN DE HÁBITOS DE SALUD.

Podemos decir que los hábitos de salud, son aquellas conductas que los individuos practican para el mantenimiento de su salud, es decir, las conductas de salud incluyen todos aquellos comportamientos de salud que promueven o potencian un estado de salud general, como por ejemplo: seguir una dieta adecuada, comer sanamente, o realizar ejercicio físico. Las conductas de salud son importantes, no sólo porque están implicadas en los procesos de salud y enfermedad, sino porque pueden convertirse fácilmente en hábitos.

Las conductas de salud van cambiando con el transcurso del tiempo y no son gobernadas en cada individuo por una serie de actitudes, por ejemplo: una joven que usa el cinturón de seguridad para protegerse, que además cuida su peso para verse atractiva y no fuma porque es alérgica al cigarro, 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); citado en: (Trejo, 2001).

Por otro lado, pueden distinguirse varios tipos de conductas de salud, en función de su grado de vinculación, como no lo señala Beneit, (1994), y son los siguientes:

1. Algunas conductas de salud dependen del acceso del individuo al sistema de salud, como es en el caso de las vacunaciones o de exámenes periódicos de salud; dichas conductas no pueden llevar de forma individual y privada ya que requieren de la intervención directa de los profesionales sanitarios.
2. Otro tipo de conductas de salud son recomendadas por los profesionales sanitarios, pero los individuos no solicitan por regla general la ayuda de estos para llevarlas a la práctica.
3. Por último, los individuos llevan a cabo comportamientos de salud de una forma totalmente independiente del acceso a los sistemas de salud; por ejemplo: las conductas referidas a la seguridad vial o la seguridad en el trabajo, por nombrar algunas.

Por lo consiguiente, 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 ponen en marcha de una forma automática, ya que sin existir una clara conciencia de ello por parte del sujeto.

En relación con los hábitos de salud, estas conductas se caracterizan por ser inestables y autónomas; en este último caso se refiere a la escasa relación entre conductas de salud en un mismo individuo, por ejemplo: un individuo que hace ejercicio, no necesariamente está cuidando su bienestar bucal; en cuanto a la inestabilidad se hace referencia a que los hábitos de salud son generados y mantenidos por diferentes factores, según el individuo y la situación, los cuales cambian en función de la vida o con relación al comportamiento. Belar, Wilson y Hughes, (1982); citado en: (Beneit, 1994).

Ahora bien, Leventhal y Cleary, (1980); citado en: (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000); nos menciona, que los hábitos de salud están determinados por dos factores interrelacionados que son los factores sociales y los intraindividuales o personales.

Factores Interrelacionados (Sociales).

Entre los determinantes de origen social se pueden distinguir los siguientes:

1. Las primeras experiencias de socialización, generalmente vinculadas al contexto familiar; los padres inculcan determinados comportamientos que paulatinamente, se convertirán en verdaderos hábitos que tienen a perdurar durante toda la vida y que con muy difíciles de cambiarlos.
2. Otro son, los valores asociados a una cultura particular o son un grupo socioeconómico; ya que se trata de un cierto tipo de normas explícitas desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben de jugar los diferentes miembros de la comunidad.
3. Se refiere a las influencias de grupo; por ejemplo: la presión de los grupos de los iguales.
4. Por último, en cuanto al acceso al sistema sanitario, resulta evidente que, desde participar en las campañas de vacunación, hasta someterse a exámenes periódicos, trata de conductas que dependan del modelo y tipo de asistencia sanitaria a los que individuo pueda acceder.

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

Factores Intraindividuales (Personales).

En relación con estos factores personales que controlan los hábitos de salud se encuentra la autopercepción de síntomas, los factores emocionales y las creencias y actitudes, a continuación se explicara, en qué consiste cada uno de ellos.

1. Autopercepción de síntomas:

Este es uno de los más importantes; ya que se trata de un proceso que comienza con la identificación de determinadas señales corporales como síntomas y, en un paso inmediatamente posterior, continua con el establecimiento de relaciones casuales entre ellos, ciertas conductas y hábitos; por ejemplo: un individuo puede interpretar cierto malestar en la garganta como un síntoma de determinado trastorno, y de esta manera, relacionarlo con su hábito de fumar como causante de ese trastorno.

2. Factores emocionales:

Estos juegan un papel importante como determinantes de las conductas de salud. Así, muchos hábitos nocivos para la salud, como fumar, beber alcohol en exceso o comer demasiado, se encuentran asociados a ciertos individuos, así como el estrés.

3. Creencias y actitudes:

Estos, también determinan significativamente la práctica de conductas de salud; la creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad son factores que contribuyen a la práctica de una conducta de salud determinada.

Pasando a otro punto, Villaseñor, (1984); señala, que 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. La educación de los hábitos de salud tiene como objetivo conseguir, conservar y mejorar la salud.

Lo mencionado anteriormente se relaciona ampliamente con la salud del individuo tendiente a crear mediante el conocimiento y la práctica asidua de los hábitos de salud, las costumbres y la higiene, lo cual es de extraordinaria importancia, porque quien aprende a conservar y a mejorar su salud, cuida y protege indirectamente la salud de los demás.

3.2 INFLUENCIA DE LOS HÁBITOS EN RELACIÓN CON LA SALUD.

A continuación, se hablará de dos modelos muy importantes que han sido utilizados para explicar por qué los individuos ponen en práctica determinadas conductas de salud, uno de ellos es el Modelo de Creencias de la Salud, y el otro, es el Modelo de la Acción Razonada, los cuales consisten en:

Modelo de Creencias de la Salud.

Este modelo, pretende describir los determinantes de la conducta protectora de la salud; se centra en variables psicosociales, sobre la base de un cuerpo de teorías psicológicas bien establecidas, particularmente de la teoría del campo social de Lewin, en la teoría de la “expectativa del valor” o del “valor esperado” y en las teorías sobre “toma de decisiones en condiciones de incertidumbre”. Se desarrollo para explicar y predecir las conductas de salud preventivas, tales como inmunización, participación en screenings, etc. La hipótesis original es que generalmente un individuo no llevará a cabo conductas de salud (de prevención, de participación, de cumplimiento o de rehabilitación), a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre la salud, se vea así misma como potencialmente vulnerable y a la enfermedad en cuestión como amenazante, esté convencida de la eficacia de la intervención y vea pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud Rosenstock, (1996).

Becker y Maiman (1982); citado en: (Rodríguez y García, 1995), nos afirman, que todos estos factores se organizan en las hipótesis siguientes:

1. La probabilidad de realizar la acción de salud recomendada en función, por una parte, de la intención (estado objetivo de disponibilidad del individuo se llevara a cabo).

A) La intención de llevar a cabo está determinada por la amenaza que el individuo percibe que presenta para ella la enfermedad, en cuestión.

B) La amenaza percibida de la enfermedad X, está determinada por (i), la probabilidad percibida por la persona de su “susceptibilidad” a la enfermedad particular X de que se trate, (ii), sus percepciones de la probable “gravedad” de las consecuencias (orgánicas o sociales) de contraer tal enfermedad; y (iii) “las claves de la acción” que disparan la conducta apropiada, y que, como ya se ha mencionado, pueden prevenir de fuentes internas (síntomas, por ejemplo) o externas (interacciones interpersonales, por ejemplo).

2. La probabilidad de que un individuo lleve a cabo la conducta de salud recomendada está determinada, por otra parte, por la evaluación que el individuo hace de la conducta de salud propuesta en términos de su viabilidad y eficacia (es decir, la estimación subjetiva de los benéficos potenciales de la acción para reducir la susceptibilidad o gravedad), contrapesada con las percepciones de los costos físicos, económicos y de otro tipo (barreras) implicados en la acción propuesta.

Por supuesto, en el marco del modelo de creencias sobre la salud se entiende que los factores demográficos, personales, estructurales y sociales pueden influir en las conductas de salud: sin embargo, se considera que estas variables intervienen a través de sus efectos sobre las motivaciones y percepciones subjetivas acerca de la salud que tenga el individuo, más que como causas directas de las acciones saludables. Kasl y Cobb (1966); citado en: (Rodríguez y García 1995); reformularon el modelo introduciendo modificaciones referidas a la probabilidad de que un individuo ejecute una conducta específica en presencias de síntomas, subrayando la importancia de los síntomas, el estrés psicológico, la tolerancia personal al dolor, el nivel de incapacidad, los mecanismos de afrontamiento y las características sociodemográficas, aunque la hipótesis seguía siendo la misma, sin embargo, Kasl y Cobb consideraban que el dolor y la incomodidad asociados a los síntomas influían en la percepciones individuales de la amenaza, pero también actuaban directamente sobre la conducta; y que las características, sociodemográficas, el nivel personal de tolerancia al dolor, la discapacidad, y los mecanismos de afrontamiento actuarían de forma indirecta sobre la conducta.

En muchos casos, la realización de las conductas preventivas no puede predecir sólo sobre la base de la vulnerabilidad o gravedad percibidas. A menudo nos percibimos a nosotros mismos muy vulnerables a una enfermedad y reconocemos que las consecuencias

serán serias, pero no seguimos las conductas recomendadas, simplemente porque los costos para realizarlas son demasiado altos. No sólo costos económicos, sino y quizás más frecuentes, costos psicológicos, sociales o en términos de efectos secundarios. Los costos percibidos han sido evaluados de muchas maneras y muy diversas, en términos de seguridad en la eficacia del tratamiento prescrito, de la satisfacción del individuo respecto con la comunicación con el médico, de la satisfacción del paciente con algunos aspectos de la forma en que la organización sanitaria proporciona el cuidado médico, etcétera.

Uno de los beneficios percibidos más frecuentemente de la acción preventiva de la salud es la eficacia del tratamiento. Los beneficios percibidos no lo son sólo en términos de la eficacia de medicación o de la prescripción terapéutica, sino también en términos del conjunto de la intervención y del cuidado médico profesional.

Modelo de Acción Razonada.

Esté modelo integra factores actitudinales y comportamientos para explicar conductas de salud, postula que una conducta es el resultado directo de la intención comportamental, es decir, de algo tan sencillo como que un individuo intente llevar a cabo, realmente la conducta.

La intención comportamental depende a su vez de la conjunción de dos tipos de factores, los cuales son los siguientes:

1. Las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto.
2. Y las valoraciones objetivas de dicho comportamiento (se refiere, a las creencias normativas, esto es, a lo que el individuo cree que pueden pensar los otros, y la motivación que posee el individuo para realizar el comportamiento).

Además, es te modelo nos muestra como un individuo puede 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 él no fume y si está muy motivado a hacerlo.

Por lo tanto, es así, como este modelo en su aplicación ha tenido exitosos resultados en el control del: tabaquismo, la obesidad, drogadicción y planificación familiar. Wallston y Wallston (1982); citado en: (Olguín y Sánchez, 2003).

Pasando a otro punto, es importante recalcar que la predisposición personal de creencias valores y actitudes sobre la salud no son suficientes para llevarla a cabo y determinar la práctica de hábitos saludables, sino que es necesario tener presente factores que servirán para que estos se mejoren como son, la percepción de la enfermedad o la salud, variables sociales, ciclo vital, contexto social y cultura, por mencionar sólo algunos.

Podemos señalar, que muchas enfermedades pueden evitarse mediante ciertos hábitos de salud; por ejemplo: realizar ejercicio, por lo menos tres veces a la semana, comer sanamente, entre otros); los cuales deben de integrarse a la vida diaria de cualquier individuo, familia y comunidad, siendo la prevención la piedra angular para la reforma del cuidado de la salud. (Belloch, 1989).

Como podemos ver, los dos modelos antes mencionados, son muy importantes ya que cada uno de ellos nos explica detenidamente como los individuos ponen en práctica determinadas conductas de salud, cada uno bajo su propia perspectiva.

3.3 CONDUCTAS POSITIVAS DE SALUD.

Las conductas positivas de salud, son conductas en las que toma parte un individuo, cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad, estas, incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso y hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos a reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Las conductas de salud no ocurren en un vacío. Kasl y Cobb, (1996); citado en: (Brannon y Feist, 2001). Para comprenderlas se debe de analizar los contextos en que tienen lugar, estos contextos comprenden una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales que incluyan aspectos como política pública, ambiente, físico y social, estas dimensiones o factores no son homogéneos para todas las conductas de salud, por ello, es que en el repertorio de conductas de un individuo convivan al mismo tiempo hábitos saludables y hábitos negativos, Winett, King y Atman, (1989); citado en: (Brannon y Feist, 2001).

Las conductas de salud que realiza un individuo también pueden obedecer a la percepción subjetiva de determinados síntomas, esto es, la susceptibilidad percibida que se

entiende como las percepciones individuales de la vulnerabilidad individual a enfermedades o accidentes específicos. La naturaleza (percepción de susceptibilidad y la intensidad severidad percibida) de estas percepciones pueden afectar de forma importante adoptar una conducta correcta o no, no obstante, cuando un individuo piense en la posibilidad de un cambio en la conducta, no valorará sólo la susceptibilidad y la severidad, también evaluará los beneficios y los costos de realizar una conducta de salud concreta, Becker y Maiman, (1975) citado en: (Brannon y Feist, 2001).

Por otro lado, el repertorio de conductas saludables de un individuo también se da en función de factores emocionales y cognitivos (determinantes psicológicos), los estados y necesidades emocionales pueden desempeñar un papel primordial en las prácticas de la salud; los niveles altos de distrés emocional no ayuda a que los individuos se involucren en la realización de hábitos que favorezcan su salud, tales como, no fumar, hacer ejercicio, etcétera. Los estados emocionales negativos interfieren con las conductas saludables, aunque el distrés emocional puede también conducir al sujeto a buscar atención médica.

Además de los factores emocionales, la práctica de conductas saludables obedece a los pensamientos y a las creencias de los individuos (creencia es la captación emocional de una afirmación, aceptación que no tiene por qué tener una base empírica o científica), por lo tanto, lo que un individuo crea o piense de una determinada amenaza para la salud no tiene por qué aparejarse con la comprensión médica objetiva de la misma.

Una clase de cogniciones, que parece ser particularmente importante para motivar a los individuos a practicar conductas saludables, son aquellas que se relacionan con la vulnerabilidad percibida, los individuos que se perciben así mismos, más vulnerables a un determinada enfermedad, más probablemente adopte medidas encaminadas a prevenir la misma. Sin embargo, en algunos estudios, se ha encontrado que los individuos tienen a mostrar un optimismo poco realista hacia el futuro de su salud. Weinstein, (1982); citado en: (Vargas y Palacios, 1993).

A continuación, se presentará un cuadro, en el cual Matarazzo (1984); citado en: (Brannon y Feist, 2001); nos describe algunos hábitos positivos, para llevar una vida plena y satisfecha.

1. Dormir siete u ocho horas cada día.
2. Desayunar cada mañana.
3. Nunca o rara vez comer entre comidas.
4. Aproximarse al peso conveniente en función de la talla.
5. No fumar
6. Usar moderadamente el alcohol u optar por un comportamiento abstemio.
7. Realizar con regularidad alguna actividad física.

En este cuadro, se muestran siete hábitos o conductas positivas que deben de tener todos los individuos diariamente, para que tengan una mejor calidad de vida, y esto, los lleve a una vida satisfecha, sin enfermedades que puedan poner en riesgo su salud o hasta sus vidas.

Como podemos ver, de nosotros va a depender que tipo de conductas queremos llevar a lo largo de nuestras vidas positivas o negativas, por otro lado, muchos de nosotros sabemos que llevamos comportamientos negativos en nuestra vida cotidiana, sin embargo, no hacemos nada por cambiarlos, por ejemplo, sabemos que si fumamos nos va a dar un enfisema pulmonar, o que si no comemos sanamente, nos enfermamos del estomago, por lo tanto, debemos de empezar por cambiar esos hábitos negativos por nuestro propio bien, hay que empezar por comer sanamente y por realizar ejercicio, para que de esta manera podamos ir cambiando poco a poco nuestros estilos de vida negativos por positivos por nuestra propia salud, porque si no la hacemos, más adelante puede darnos una enfermedad que nos va a llevar a la muerte, debido al estilo de vida que llevamos.

3.4 CONCEPTO DE ESTILO DE VIDA.

A continuación, se hablará de lo que es el estilo de vida, para que dé esta manera quede claro, si el estilo de vida que llevamos es sano o no lo es, por lo tanto, (Costa y López, 1998); nos menciona, que el estilo de vida es el conjunto de pautas de conducta y hábitos cotidianos de una persona, o dicho de otra forma, el estilo de vida de un individuo es su “forma de vivir”.

Esta forma de vivir, tiene una relación directa con muchos aspectos de la salud, hasta el punto que la mortalidad se reduciría sustancialmente si las personas modificaran unas cuantas conductas, tales como dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, consumir dietas más saludables, realizar algún tipo de ejercicio y conducir de forma más segura, por mencionar sólo algunas. Todos estos comportamientos, y muchos otros más están estrechamente relacionados con las tres causas de muerte más importantes actualmente: corazón, cáncer y accidentes de carretera.

El estilo de vida es el conjunto de valores, creencias, actitudes y comportamientos que caracterizan el modo de vida de los individuos son responsables de más del 50% de los factores que hacen a un individuo vivir más o menos. Por lo tanto, la adopción de un estilo de vida positivo tiene un gran impacto en la calidad de vida del individuo y longevidad del ser humano.

Además, Del Rey y Calvo, (1998); citado en: (Olguín y Sánchez, 2003); nos reitera, que los estilos de vida constituyen una de las principales garantías de salud, pero también constituyen el desarrollo de diversas enfermedades, de tal modo, que en el mosaico multifactorial que subyace a las enfermedades denominadas de la civilización se ven involucradas actitudes y comportamientos inadecuados que tienen influencia por el exceso en el consumo, lo cual es la forma de comunicación actual. Esto es, que el consumo hace valer el principio hedonista de todo “ahora mismo”. El consumo de alcohol en exceso los fines de semana, de tabaco e incluso de drogas, el exceso de velocidad, la obsesión por la figura corporal, entre otros, son modos de comportamientos que con el paso del tiempo se traducirían en una patología; por tal motivo el estudio de los estilos de vida es muy importante para el mantenimiento de la salud, y por lo consiguiente la prevención de la enfermedad.

Por otro lado, Rodríguez y García, (1995); mencionan, que el estilo de vida propio de los países occidentales puede incluir muchos comportamientos que constituyen un factor de riesgo para la salud. Fumar cigarrillos, beber en exceso, hacer dietas sin supervisión, no realizar ejercicio o conducir de forma imprudente, constituyen algunos ejemplos de comportamientos insalubres o de riesgo, los cuáles, la mayoría de los individuos los realizan, sin darse cuenta del daño que se están haciendo.

Para ilustrar mejor lo mencionado anteriormente, a continuación se muestra un cuadro, de los comportamientos de riesgo, más frecuentes en los individuos.

Conductas Alimentarias.	<ul style="list-style-type: none"> -Comer en exceso, dejar de comer o comer rápido. -Abusar de lo dulce o lo salado. -Efectuar un número inadecuado de comidas, por ejemplo: no desayunar. -Abusar de alimentos grasos. -Tomar bebidas gaseosas. -No seguir una dieta equilibrada. -No vigilar el peso.
Drogas.	<ul style="list-style-type: none"> -Fumar. -Beber alcohol. -Consumir medicamentos sin prescripción médica. -Consumir drogas: cocaína, etcétera.
Actividad.	<ul style="list-style-type: none"> -No realizar ejercicio. -Realizar esfuerzos físicos bruscos. -Llegar al agotamiento.
Descanso.	<ul style="list-style-type: none"> -Dormir en exceso. -Dormir pocas horas.
Higiene Personal.	<ul style="list-style-type: none"> -No usar la ducha diariamente. -Descuido de higiene personal. -No lavarse las manos antes de comer. -No cepillarse los dientes. -Descuidar la limpieza de la ropa.
Trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> -No organizar el tiempo en el trabajo. -Falta de comunicación con los compañeros de trabajo. -Participar en conflictos laborales.
Pareja y Familia.	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de comunicación. -Discusiones frecuentes. -No afrontar los problemas cotidianos.
Amigos y Entorno Social.	<ul style="list-style-type: none"> -No disponer de tiempo para los amigos. -Ruptura de comunicación con vecinos o

	conocidos.
Relaciones Sexuales.	-Insatisfacción social. -Mala planificación de las relaciones sexuales. -Falta de higiene. -Promiscuidad sexual.
Otros Comportamientos.	-Divorcio. -Desempleo.

Por lo consiguiente, en la medida en que el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos del individuo tienen, o pueden tener, efectos importantes en la salud, y dado que cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con malos hábitos comportamentales, el análisis de los estilos de vida tienen un interés creciente para las ciencias sociomédicas en general y para la Psicología de la Salud en particular.

Efectivamente, las ciencias sociales y del comportamiento han considerado tradicionalmente el estilo de vida; por ejemplo: Max (1977); citado en: (Rodríguez y García, 1995); analiza las pautas de vida y las consideraba determinantes económicamente, pensaba que el nivel de renta y las posiciones ocupadas en el sistema de producción eran los factores que contribuían al estilo de vida de un grupo social. Veblen, (1979); citado en: (Rodríguez y García, 1995); amplió el concepto de pauta de vida incluyendo otras influencias a demás de las económicas, como las motivacionales de los individuos para consolidar su estatus. Weber (1983); citado en: (Rodríguez y García, 1995); desarrolló un concepto de estilo de vida fundamentado en una consideración conjunta del nivel de renta, la posición ocupacional, el nivel educativo y el estatus social.

A comienzos de los siglos XX, después de la muerte de Weber, apareció un concepto de estilo de vida más relacionada con cuestiones a la Psicología de la personalidad, que en algunos casos como el de Adler se convertiría en un concepto central de la Psicología del individuo. Adler introdujo el concepto de estilo de vida al intentar definir al individuo como un actor positivo en la vida. Para él, el estilo de vida era una persona refleja la unidad de objetivos y la unidad de acción de esa persona.

A mediados del presente siglo, el concepto de estilo de vida comienza a ser más utilizado en relación con la salud. Desde 1970 hasta hoy, el número de apariciones del término estilo de vida en el Index Medicus se ha cuadruplicado, la mayor parte de ellas corresponde a artículos en los que se estudiaban conductas identificadas como relacionadas con riesgo de enfermedad y muerte, en los que pretendía diseñar y fundamentar programas de intervención individual de promoción de salud o de la enfermedad.

A hora bien, Engel, (1997) citado en: (González, 2002); aclara, que el análisis de los estilos de vida debe hacerse desde un modelo que tome en cuenta la jerarquía de los sistemas naturales y considere al ser humano como el punto de corte entre sistemas sociales como la pareja, la familia y la comunidad, y los microsistemas orgánicos como el sistema nervioso, los órganos y tejidos corporales. El comportamiento individual se produce precisamente en esa inflexión entre los dos tipos de sistema, de forma que los acontecimientos sociales y los biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento y, consecuentemente, sobre la integridad del individuo.

Ávila, (1984); dice, que hoy en día se sabe que los factores sicosociales desempeñan un papel decisivo en la génesis de muchas enfermedades; por ejemplo: su papel en el origen de las enfermedades cardiovasculares está establecido. La explicación de la producción del estrés incluye elementos como la capacidad y las formas de afrontamiento (que también están determinadas, por el contexto sociocultural y por la historia del aprendizaje del individuo), los diferentes estilos de vida implican diferentes recursos para afrontar los acontecimientos estresantes e implican también un diferente nivel de vulnerabilidad ante la enfermedad.

Por lo consiguiente, Costa y López, (1998); dicen que el estilo de vida desempeña un papel central en el mantenimiento de la salud, aunque existan otros factores presentes en la etiología de la enfermedad, pero también, se desconoce en qué puede consistir un “sistema inmune psicosocial” semejante, ni qué condiciones psicoculturales promocionan, mantiene u obstaculizan la forma y el mantenimiento de tal sistema.

El estilo de vida positivo, es un hábito con pocos comportamientos de riesgo para la 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, entre otros).

En conclusión, podemos decir, que el estilo de vida es la forma en que nos comportamos diariamente, y las conductas que realizamos ya sean positivas; como no fumar, comer sanamente, hacer ejercicio, entre otras, o negativas, como beber alcohol, no hacer ejercicio, éstas van a afectar nuestra salud, dependiendo que tipo de estilo llevemos, y dependiendo del, es la forma en que podemos evitar enfermedades, y mantenernos con una excelente salud, que nos va a llevar a tener una vida satisfecha, de cada uno de nosotros va a depender que calidad de vida queremos llevar, positivo o negativo.

3.5 PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA.

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud de los individuos, se entiende como conductas saludables las acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, descubiertos a través de la investigación epidemiológica. McAlister, (1981); citado en: (Brannon y Feist, 2001).

En los siguientes puntos, de abordaran dos de los más importantes; o por lo menos los que deberíamos de realizar debidamente, como son: hacer ejercicio y alimentarnos adecuadamente.

3.5.1 PRÁCTICA DE EJERCICIO.

Antes de comenzar a explicar lo que es el ejercicio y lo importante que es, para mantenernos en condición, y sobre todo tener una buena salud, (López, 1982), explica que la actividad física, es definida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que resulten en un gasto energético mayor que los niveles de reposo; por lo tanto, el ejercicio físico es considerado una actividad física con la gran diferencia que

este es planeado, estructurado y repetitivo teniendo como objetivo el mantenimiento o el esquema del acondicionamiento físico.

Estas definiciones pueden ser contempladas fijando que el ejercicio tiene por objetivos: mejorar el consumo de oxígeno y los procesos metabólicos, conseguir fuerza y entrenamiento, disminuir la grasa corporal y mejorar el movimiento de las articulaciones y los músculos. Todos esos beneficios son esenciales para la buena salud, y todos los individuos deberían de incorporar una rutina de ejercicio en sus vidas cotidianas.

Actualmente, se ha tomado cada vez más importante el incentivo la práctica de actividades físicas, ya que la estructura social no ofrece mayores oportunidades para el movimiento físico humano más vigoroso, necesario para precaver las enfermedades relacionadas con la inactividad física como la obesidad, diabetes, enfermedades del corazón entre otras Bellamy, (1995); dice, que La Asociación Americana de Cardiología recomiendan que los individuos realicen ejercicio al menos 30 minutos, 3 o 4 veces por semana, y 10-24 minutos más de 5 veces por semana, y de este modo se consigue estar más cerca del nivel óptimo en cada sesión. Los expertos dividen el ejercicio en tres categorías generales: aeróbico, fuerza y flexibilidad y recomiendan un programa equilibrado que incluyan las tres.

Haskell, (1984); citado en: (Brannon y Feist, 2001); aclaran, que al realizar una actividad física de modo regular, por ejemplo: dar largos paseos, es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad, una actividad física moderada realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud, los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares; los individuos que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria, también ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos, entre otros. También aporta beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables para los individuos, de los cuáles se desprenden tres muy importantes, los cuáles son:

1. Una satisfacción física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad; el ejercicio y la buena forma física pueden proteger a los individuos de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud.
2. Los individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actividades laborales.
3. La participación en una actividad física regular constituye a la mejora del autoconcepto del individuo, por que los individuos que realizan ejercicio mantienen más fácilmente el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y suelen aplicarse de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas.

Ahora bien, (Villaseñor, 1984); dice, que los beneficios que da el hacer ejercicio en general son:

1. Pérdida de peso y mantenerlo.
2. Aumenta las HDL lipoproteínas de alta densidad o colesterol bueno, que tiene un efecto protector en las arterias.
3. Disminución de estrés, ya que el ejercicio ayuda al cuerpo a producir hormonas (endorfinas).
4. Ayuda a elevar la autoestima de los individuos.
5. Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
6. Desahogo emocional.
7. Ayuda a conciliar el sueño.

Por lo consiguiente, (Villaseñor, 1984); también, afirma que la actividad física ayuda a prevenir las enfermedades que predispone una vida sedentaria, tales como las enfermedades del corazón y de sus coronarias, la hipertensión arterial, de diabetes, la osteoporosis, las condiciones y /o dolores de la espalda baja, la obesidad, las alteraciones musculares y articulares, y por ende mejora la capacidad para hacer trabajo físico y la calidad de vida. A continuación se mencionarán, algunos efectos positivos que deja el realizar ejercicio en los individuos, los cuales son:

1. Mayor energía y capacidad para trabajar y divertirse.
2. Reducción del riesgo de un ataque cardiaco.

3. Disminución de la presión arterial.
4. Fortalecimiento y mejor eficiencia del corazón y pulmones.
5. Aumento de la elasticidad y flexibilidad.
6. Permite bajar de peso.
7. Mantener el peso adecuado y mantener el apetito.
8. Reduce el nivel de colesterol.
9. Duerme mejor.
10. Disminuye el estrés y la ansiedad.
11. Mejor calidad de vida.

Como podemos ver, el ejercicio es indispensable para mantenernos en forma y sobre todo para tener una buena salud, tanto física como emocional, que previene muchas enfermedades si lo llevamos a cabo, nunca es tarde para empezar hacer ejercicio, ya que es una forma, que nos ayuda a tener una vida satisfecha. Desde hace tiempo, se recomienda el ejercicio físico moderado para una vida más saludable y satisfecha; incluso, se ha sugerido un efecto beneficioso del mismo en la prevención de diversas enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, la diabetes melitus y la artritis reumatoide entre otras, por lo tanto, un hábito positivo que debemos de llevar a cabo es el ejercicio y así, evitarnos muchas enfermedades.

3.5.2 ALIMENTACIÓN ADECUADA.

Antes de comenzar a hablar de lo importante que es alimentarnos sanamente, se explicará la diferencia que hay entre lo que es la alimentación y la nutrición. (Konopka, 1995); menciona, que en la actualidad se tiende a confundir “Alimentación” con “Nutrición”, pero en la práctica cada una comprende aspectos muy diferentes. La alimentación, es todo lo relacionado con los alimentos, su producción, transporte, aspectos ecológicos, entre otros, por otro lado, la nutrición en cambio, es el conjunto de reacciones químicas y enzimáticas que transforman las sustancias nutritivas nutrimentos contenidos en los alimentos, en elementos que se integran a las células y humores orgánicos o se transforma en energía de calor.

La alimentación es parte de la nutrición y a través de una alimentación correcta se logra una mejor nutrición; los principales nutrimentos son los compuestos químicos que se encuentran en los alimentos y que son por lo tanto, los elementos que llevan a cabo las funciones necesarias para preservar la vida de los individuos.

La alimentación, por un lado, comprende las sustancias consumidas por los individuos las cuales son químicamente muy complejas por lo que necesitan el sistema digestivo para transformarlas a sustancias aprovechables; cada paso se efectúa en un tejido especializado del organismo humano, ya que el individuo utiliza los nutrientes para sintetizar diferentes tejidos como el muscular, óseo, epidérmico y adiposo, y otros compuestos que son de mucha importancia.

Cabeiro y Martínez, (1990); señalan, que las sustancias que necesita nuestro organismo se pueden clasificar en dos tipos muy importante, los cuales son:

1. Orgánicas.
 - a) Carbohidratos; los cuales proporcionan energía al cuerpo.
 - b) Grasas; los cuales proporcionan energía reservada.
 - c) Proteínas; dan cuerpo a las células.
 - d) Vitaminas; favorecen las enzimas regulando el metabolismo.
2. Inorgánicas.
 - a) Agua; ayuda a disolver los nutrientes.
 - b) Minerales; regulan el crecimiento y algunas funciones del metabolismo celular.

Ahora bien, la clasificación de alimentos, se ordenan en los siguientes grupos:

1. Harinas, Tubérculos y Cereales: los cuales, son fuente de hierro, magnesio y algunas del complejo B, también son fuente de fibra, por ejemplo; arroz, avena, camote, centeno, pan, tortilla, entre otros.
2. Grasas: las cuales, son de alta densidad de energía, por lo tanto, su consumo debe ser moderado, por ejemplo, aceite, aguacate, almendras, pepitas, nueces, entre otros.
3. Carnes: son proteínas de excelente calidad alimenticia, por ejemplo; carne de cerdo, de conejo, de pollo, de res, ternera de borrego, pescado y marisco, entre otros.

Brannon y Feist, (2001); nos mencionan, que en términos de efectos de salud, los hábitos alimentarios de los individuos que viven en las sociedades desarrolladas han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición adecuada correcta se hace imprescindible para lograr un estado de salud.

De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimentaría; por ejemplo: la diabetes, la caries; una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contengan todas las sustancias nutritivas esenciales (minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos Konopka, (1995); argumenta, que si se habla de dieta correcta al régimen alimentario que deben tener los individuos diariamente, para conservar su salud y de este modo prevenir enfermedades, una dieta correcta debe ser:

1. Competa: es decir, que no falten nutrimentos.
2. Suficiente: se debe comer cantidades acordes a las necesidades de cada organismo del individuo.
3. Equilibrada: deben de combinarse todos los alimentos como cereales, leguminosas, raíces, frutas y verduras, con un poco de productos de origen animal, tanto en el desayuno, comida y cena, de manera que todos los nutrimentos estén presentes al mismo tiempo, para que el organismo los aproveche mejor.
4. Variada: existe una gran cantidad de alimentos y ninguno contiene por si todos los nutrimentos que necesita en organismo, por tal motivo, al variar el consumo además de obtener todos los nutrimentos necesarios se hace más apetecible comerlos.
5. Adecuada: esto significa incluir en ella alimentos más accesibles y económicos, no buscando lo exótico y caro.
6. Higiénica: es decir, libre de microorganismos que puedan llegar a perjudicar la salud del individuo.

Dicho de otro modo, una dieta saludable minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del

organismo. Además de agua, los alimentos contiene cinco tipos componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales.

Las dos causas de mortalidad y morbilidad en la década de los noventa, las enfermedades cardiovasculares y en cáncer, se deben a gran medida a comportamientos nutricionales adecuados; por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Las dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes riesgos de enfermedades cardíacas. Holum, (1987) citado en: (Brannon y Feist, 2001).

Entre los hábitos alimenticios más recomendables por implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas, y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esto es, para que una dieta sea equilibrada debe aportar todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestra necesidades, al ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: Nelson, (1984) citado en: (Costa y López, 1998).

1. Cereales.
2. Frutas y Vegetales.
3. Productos Lácteos.
4. Carnes y Pescados.

Por otro lado, Konopka, (1995); nos dice que si consideramos que la alimentación adecuada es la práctica de hábitos alimentarios correctos; las comidas deben ser balanceadas e incluir alimentos variados, como ya se ha ido mencionando, de acuerdo con las etapas de la vida y las necesidades propias de cada individuo, es la alimentación que se debe de recomendar. En el comportamiento nutricional apropiado están:

1. Desayunar, comer y cenar diariamente.
2. Reducir el consumo de alimentos altos en grasas saturadas o colesterol.
3. Azúcar y sal, no en exceso.
4. Consumo de proteínas, alimentos altos en fibra y almidones.

5. Mantener el peso ideal y el índice de masa corporal en proporciones no riesgosas para la salud.

A lo que respecta con el último punto, el índice de masa corporal se calcula de la siguiente forma:

El numero de Kilogramos entre la estatura, el cuadrado.

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{estatura}^2.$$

Por ejemplo: si un individuo del sexo masculino pesa 80 Kg. y mide 1.60 m; su índice de masa corporal se obtiene de la siguiente manera: $80 / 1.60^2 = 80 / 2.56 = 31.2$. La clasificación del IMC se puede observar en el siguiente cuadro:

Cuadro de índice de masa corporal (IMC).

$$\text{IMC} = \text{Peso en Kilogramos.}$$

Altura (en metros) al cuadrado.

Tabla de resultados.

<18.5	Peso insuficiente.
18.5-24.9	Peso normal.
25-26.9	Sobre peso grado I.
27-29.9	Sobre peso grado II.
30-34.9	Obesidad tipo I.
35-39.9	Obesidad tipo II.
40-49.9	Obesidad tipo III (mórbida).
50>	Obesidad tipo IV (extrema).

Para Konopka, (1995); la alimentación saludable se basa en el consumo de los siguientes grupos alimentarios, los cuales son:

Grupo 1. Verduras y Frutas.

Se recomienda la ingesta diaria de este tipo de alimentos, preferir los vegetales de hojas verdes y verduras de color amarillo o anaranjado ya que proporcionan gran cantidad de vitaminas y minerales, con cantidades grandes de potasio, fibras, antioxidantes y compuestos fotoquímicos que ayudan a protegerse en las enfermedades del cáncer.

Ejemplos de verduras, son: acelgas, verdolagas, quelites, espinacas, flor de calabaza, huazontles, nopales, brócoli, coliflor, calabaza, chayote, chícharo, tomate, jitomate, hongos, betabel, poblano, zanahoria, aguacate, pepino, lechuga, entre otras.

Ejemplo de frutas, son: guayaba, papaya, melón, toronja, lima, naranja, mandarina, plátano, zapote, ciruela, pera, manzana, fresa, chicozapote, mango, mamey, chabacano, uvas, entre otras.

Grupo 2. Cereales y Tubérculos.

Deben de consumirse con moderación y de acuerdo con el tipo de actividad física que se realice. Elegir cereales como avena, trigo, cebada, centeno y granos de preferencia integrales. Ejemplo de cereales, son: maíz, trigo, avena, centeno, cebada, amaranto, y sus productos derivados, como son: tortillas, productos de nixtamal, cereales industrializados, pan y panes integrales, galletas y pastas. Ejemplo de tubérculos, son: papa, camote y yuca.

Grupo 3. Leguminosas y alimentos de origen animal.

Las leguminosas son ricas en proteínas; ejemplo: frijol. Haba, lenteja, garbanzo, arveja, alubia y soya. En cuanto a los alimentos de origen animal, se recomienda su consumo de forma moderada aunque sean ricos en proteínas, ya que tienen grasas que afectan al Aparato Circulatorio. Se sugiera que este grupo cubra el 10% del total de la alimentación diaria; entre estos alimentos se encuentran las carnes como pescado y mariscos, aves y productos, vísceras y carnes procesadas (chorizo, salchicha, jamón, salami, longaniza), la leche y los derivados, como el queso y el requesón; preferir la leche desgrasada al igual que las cremas y los quesos blancos, que tienen menor contenido de sal y grasas. Ejemplo de alimentos de origen animal, son: leche, queso yogurt, huevo, pescado, pollo, carnes rojas y vísceras.

Se deben de evitar al máximo: sal, alimentos enlatados o procesados, pellejo de las aves y pescado; manteca, yemas de huevo, leche entera, aceites y margarinas, aguacates, aceitunas, cocos, vísceras como hígado, sesos y riñones; cremas, helados, quesos elaborados con leche entera, carne de puerco, chicharrones y chorizo.

Es recomendable que antes de cocinar, quiten la grasa de la carne y los pellejos de las aves y pescado; al cocinar, que se dé preferencia a hornear o asar en lugar de freír, eliminando la grasa suelta de la carne y la sopa; utilizar poca cantidad de grasa y evitar la manteca; si al

servir el platillo va acompañado de aderezos, se recomienda consumir aquellos bajos en grasas y en pocas cantidades.

Por último, la mayoría de la gente que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes; sin embargo, algunas poblaciones especiales, como las mujeres embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes y aunque se pueden proporcionar introduciendo modificaciones en su dieta, es recomendable que tomen suplementos, por ejemplo; hierro, Hegsted, (1984) citado en: (Costa y López, 1998).

A lo que respecta, la mala alimentación, Cabeiro y Martínez, (1990); nos dicen, que un factor de riesgo que influye sobre las principales causas de las enfermedades de países desarrollados, aproximadamente hay 240 factores relacionados con enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos, 22 son de origen alimenticio pero son importantes en la producción, por ejemplo; endurecimiento de huesos (arteriosclerosis).

Una dieta con demasiadas calorías conduce al desarrollo de la obesidad y para prevenirlas es importante tener una buena alimentación y una dieta “hipocalórica”. La mayor parte de las dislipemias son diagnosticadas y relacionadas con dieta con demasiadas calorías, con un excesivo de grasas animales, esto se puede normalizar con una dieta hipocalórica pero que sea muy nutritiva. Los estudios de ciencia que tratan las epidemias afirman la aportación de cánceres como: el gástrico, del intestino, mama y próstata, pueden ser a causa de costumbres alimenticias como freír alimentos, asados a las brasas, falta de fibras, entre otros. Las dietas con demasiadas calorías pueden llevar a la obesidad y trastornos altamente. Es frecuente que en las sociedades desarrolladas por la excesiva tensión la diabetes.

La carne contiene proteínas con ácidos grasos saturados y colesterol, en alta porción y puede aumentar la colesterolemia a niveles críticos. En diferentes estudios epidemiológicos se han encontrado tasas elevadas de colesterol en la sangre, con riesgo elevado de padecer enfermedades del corazón, éstas pueden ser causa del consumo del tabaco, la excesiva tensión arterial, la incidencia de nuevos casos es consistente, fuerte, independiente, y con capacidad predictiva.

Los líquidos del pescado son ricos en ácidos grasos insaturados, los cuales son más digestibles, y tienen como factor protector ante la arteriosclerosis (endurecimiento de huesos), ya que le proporcionan el aumento de proteínas HDL y reduce así mismo la colesterolemia y la trigliceridemia algunos de ellos poseen antiagregante plaquetaria. Entre los hidratos de

carbono destaca el consumo excesivo de azúcares refinados (11%) frente a un 7% que aporta este principio inmediato a cargo de las frutas; el principal inconveniente de las azúcares refinadas es que son absorbidas fácilmente, son causa de alta incidencia de caries en muchos países desarrollados, las frutas, verduras y legumbres secas son alimentos que aportan la fibra de la dieta.

Excederse en consumir fibras pueden tener beneficios en algunas afecciones frecuente como: estreñimiento y diverticulosis intestinal, el aumentar el volumen fecal; en la diabetes, al “alentecer” la absorción de los hidratos de carbono reduciendo la insulinemiaposprandial y en las dislipemias al disminuir ligeramente la absorción de las grasas, retardada la de hidratos de carbono y secuestra los ácidos biliares secretados. Cabeiro y Martínez, (1990).

Como se puede observar, presentar de una buena alimentación cuesta mucho trabajo, debido al ritmo tan acelerado que tenemos, ya que en muchas ocasiones el poco tiempo que tenemos no nos deja comer adecuadamente, y sólo comemos por satisfacer esa necesidad, sin darnos cuenta si lo que comemos nos nutre realmente o no, la alimentación es muy importante, ya que muchas enfermedades surgen a partir de ella, ya que si cuidamos nuestra alimentación, podemos evitar un sin fin de enfermedades, además que en el aspecto emocional vamos a estar satisfechos debido a que nos va a agradar nuestro cuerpo y nos vamos a sentir satisfechos tanto físico como emocionalmente.

CAPÍTULO 4

SATISFACCIÓN DE VIDA

4.1 ANTECEDENTES DE LA CALIDAD DE VIDA.

A través de la historia de la humanidad las diferentes sociedades han buscado tener condiciones de vida favorables para ellas y las generaciones venideras. Han probado diferentes formas de desarrollo de acuerdo con las diferentes corrientes filosóficas, políticas, sociales, culturales y económicas. Aún se continúa la búsqueda por lograr una mejor calidad de vida como parte de esa imperiosa necesidad de todos los seres humanos de construir y buscar la felicidad.

Desde finales del siglo XX, los procesos de desarrollo vienen ocurriendo en un contexto caracterizado por profundos cambios en distintas dimensiones, con elementos comunes en la mayoría de los países que incluyen: el avance del proceso de globalización; la transformación que ha experimentado el sistema internacional; la democratización política; la creciente participación social; la formación de mercados subregionales comunes; la presencia cada vez más numerosa de la mujer en las actividades de la vida política, social y económica; la expansión de los vehículos de comunicación social; el surgimiento y difusión de un nuevo paradigma tecnológico; las facilidades para el acceso internacional a la formación técnica y científica; la tendencia decreciente de la mortalidad y el envejecimiento creciente de la población; la urbanización y las migraciones internas y externas; la contaminación ambiental; el crecimiento proporcional de las enfermedades crónicas asociadas a determinantes, condiciones y estilos de vida; la persistencia de grandes grupos con elevados índices de pobreza; el desempleo y la informatización del trabajo; la agudización de las brechas sociales; la transformación de los valores tradicionales; el debilitamiento de la soberanía del Estado Nacional y la refinación de las funciones del Estado en la sociedad OPS, (1990); citado en: (Álvarez, 1995).

Como ciudadanos del siglo pasado, hemos sido espectadores y participes de cambios dramáticos y sorprendentes del memorable siglo XX, que manifestaron la constante búsqueda de diferentes opciones de vida; y conocedores que a través de toda la historia de la humanidad ha sido evidente la creación de entornos, tecnologías,

conocimientos, teorías, elementos y artículos para la vida diaria, que contribuyen a lograr mejores condiciones y calidad de vida.

Ahora bien, el término “calidad de vida” empieza a utilizarse a partir de los años 70s, como una reacción a los criterios economistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales”, “contabilidad social”, o estudios de nivel de vida. La OCDE establece por primera vez en 1970, la necesidad de insistir en que el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida por lo que se ha de enfatizar en sus aspectos de calidad. La calidad de vida está relacionada con condiciones de vida, con aspectos como: educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida y aspectos económicos.

No existe una teoría única que defina “calidad de vida”. Este término, y los que le han precedido en su genealogía ideológica, remiten a una evaluación de la experiencia que de su propia vida tienen los individuos. Tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la “calidad de vida” es la “calidad de la vivencia que de la vida tienen los individuos.

Analizar la “calidad de vida” de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la perspectiva que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los individuos, cuáles son sus condiciones subjetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen, y evaluar el grado de satisfacción que consigan. Así la calidad de vida es una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante paso específico la vivencia que el sujeto pueda tener de sí mismo. Coehlo y Coehlo, (1999); citado en: (Fernández, 1998).

Levi y Anderson (1988); citado en: (Álvarez, 1995); señalan que un alto nivel de vida objetivo, ya sea por los recursos económicos, el hábitat, el nivel asistencial o el tiempo libre, puede ir acompañado de un alto índice de satisfacción individual, bienestar o calidad de vida. Pero esta concordancia no es biunívoca. Para ello “por encima de un nivel de vida mínimo, el determinante de la calidad de vida individual” es el “ajuste” o la “coincidencia” entre las características de la situación de existencia y las oportunidades, expectativas

capacidades y necesidades del individuo, tal y cómo el mismo las percibe. En este sentido, la noción de calidad se podría conceptualizar como una adaptación entre las características de la situación de la realidad y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo tal como las percibe el mismo y el grupo social. En conclusión, podemos señalar que, la calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan los individuos de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales, el individuo es un ser de necesidades múltiples e independientes, las necesidades fundamentales son las de: protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación identidad y libertad.

4.2 DEFINICIÓN DE CALIDAD DE VIDA.

Antes de comenzar a dar una definición de calidad de vida, cabe decir que es difícil dar una definición específica, ya que el término es muy complejo, ya que la revisión de este concepto “calidad de vida”, nos remite a la concepción de ser humano al que se define y diferencia de otras especies por su capacidad de apropiarse de la naturaleza y en este proceso transformarse a él mismo, lo que nos da como resultado que se den diversas conceptualizaciones del término.

Ahora bien, tenemos que la calidad de vida, puede entenderse como el grado en que una sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que la componen. Tal capacidad de manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social. Santamaría (1993); citado en: (González, 2002).

Por otro lado tenemos también, que la calidad de vida es el bienestar individual en las cinco dimensiones de la salud: física, mental, emocional, social y espiritual, relacionadas con grupos sociales o comunidades específicas, con la integración familiar, la participación comunitaria activa y recién se considera también la interacción con el ámbito ocupacional. Por lo consiguiente, entendemos por bienestar ha ese estado de salud óptimo posible, resultado en parte de las actitudes y comportamientos adecuados; es decir, el proceso activo encaminado a lograr el equilibrio dinámico en las mencionadas menciones; esto implica que se pueda experimentar el bienestar, ya sea que se esté enfermo o sano.

Como hemos señalado, la calidad de vida ha sido un concepto difícil de conceptualizar, pero otra forma de definirlo es a través de indicadores objetivos, por ejemplo; los factores socioeconómicos que influyen en la salud de la población entre los cuales está un régimen alimenticio adecuado, vivienda limpia, ingresos suficientes, servicio de agua potable y alcantarillado, entre otras. Así la calidad de vida de una población dependerá de la satisfacción de sus necesidades esenciales, con respecto a esto, Guerrero, (1986), citado en: (González, 2002); menciona que la calidad de vida debe entenderse a partir de la óptima integración de los aspectos biosociales en los diferentes contextos en los que se encuentra el individuo, es decir, el conjunto de condiciones que garantizan el bienestar de un individuo en términos de su adaptación e integración a las condiciones en las que vive.

Ahora bien, los indicadores de calidad de vida pueden ser, la vivienda, el trabajo y las condiciones ambientales en general, con esto la calidad de vida se puede medir a través de la mortalidad y morbilidad, pero también son importantes los indicadores subjetivos que son: factores de afectación positiva, factores de afectación negativa (relacionados a las respuestas emocionales, por ejemplo: sentimientos y emociones) y la satisfacción de vida, los cuales se refieren a juicios cognitivos (autoconocimiento, relaciones interpersonales positivas). Terry y Huebner (1995); citado en; (Trejo 2001). Por otro lado, la calidad de vida juega un papel importante dentro de nuestra sociedad ya que es un indicador del tipo ambiental en el que nos desarrollamos los seres humanos, y al estudiarla tenemos como resultado el conocimiento del estado de salud, bienestar, estilo de vida y calidad de vida con la que contamos.

A lo que respecta al nivel teórico, la calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se desarrollan los seres humanos incluyendo diversas dimensiones tales como las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado (práctica doméstica) consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales, políticas y calidad del entorno, es decir la calidad de vida se modela de acuerdo a la confrontación entre los componentes protectores y sus procesos destructivos en el desarrollo vital humano, así la calidad de vida de una sociedad será mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social para los procesos vitales y la acumulación genética de ventajas biológicas. Breilh (1992); citado en: (Salinas, 1995). Por lo tanto, la capacidad de una sociedad de resolver el conjunto de las necesidades y

posibilitar el desarrollo humano permitirá que su población tenga una mejor calidad de vida.

Pasando a otro punto, la investigación sociomédica a través de diversas investigaciones afirma, que para definir la calidad de vida deben considerarse dos componentes: el momento productivo a través de la reconstrucción de las condiciones de trabajo, y el momento de consumo, realizada, principalmente en la vivienda y su entorno. En estas investigaciones la noción de calidad de vida fue sustituida por el concepto de condiciones de vida, entendiendo tal concepto como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación López, (1982).

La calidad de vida influye considerablemente en la salud de los individuos, como lo muestra el estudio que presento la OPS, (2001), en donde nos muestra que la discriminación racial lastra la calidad de vida de los individuos y por lo consiguiente, esto manifiesta efectos negativos en la salud en general de los individuos, ya que además causó efectos que generaron estrés en los individuos y también dificultó el acceso a los servicios de salud.

En conclusión podemos decir, que la definición de calidad de vida deberá incluir algunos aspectos, como son las capacidades cognitivas, conductuales y de bienestar emocional que el individuo posee, el sentimiento subjetivo de bienestar y satisfacción vital, las condiciones socio-materiales de existencia y percepción subjetiva de las mismas, así como la satisfacción que se deriva de las condiciones materiales concretas, incluyendo la percepción del nivel de salud individual y la utilidad del significado de vivir satisfactoriamente.

4.3. ARQUETIPOS DEL BIENESTAR.

Se mencionaran algunos tipos de bienestar que debe de presentar un individuo, para así presentar una buena salud, tanto física, emocional y social; y estos son: Bienestar Físico, Mental, Emocional, Social, Espiritual y Ocupacional, según; Cabeiro y Martínez (1990); los cuales se describirán a continuación.

Bienestar Físico.

Se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado / agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación, el individuo tiene la sensación (subjetiva) de que ninguno de sus órganos o funciones se encuentran deterioradas; se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades; la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos, y un nivel adecuado de aptitud física y sexual.

En muchas situaciones, la dimensión física puede ser la más importante, la mayoría de los programas de aptitud física (comerciales o de uso común) son considerados como el instrumento principal para el bienestar del organismo humano.

Bienestar Mental.

Representa haber alcanzado la capacidad para mantener relaciones armónicas con los demás; satisfacer necesidades instintivas, potencialmente en conflicto, sin lesionar a otro individuo y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social.

El bienestar mental es disfrutar de la habilidad de aprender y ejercitar las capacidades intelectuales; procesar y actuar con base a la información; clarificar valores y creencias; ejecutar la capacidad de tomar decisiones bien pensadas, y entender las nuevas ideas.

Todo individuo con un apropiado bienestar mental posee un equilibrio interior, intelectual y efectivo, el individuo vive satisfecho de sí mismo, se siente bien en relación con los demás individuos y puede hacer frente a las exigencias de la vida.

Bienestar Emocional.

Representa la habilidad de controlar las emociones, es decir, sentirse cómodo al expresarlas, y realizarlo en forma apropiada, las características emocionales que propician el crecimiento y desarrollo adecuado incluyendo la capacidad para controlar efectivamente el estrés negativo, ser flexible, tolerante, paciente y el compromiso para resolver conflictos. Los individuos que constantemente tratan de mejorar su estado emocional tienden a disfrutar mejor la vida.

Bienestar social.

Es la habilidad de interaccionar bien con los individuos y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales, puede considerarse como destreza o una perspicacia social. Aquellos que poseen un apropiado bienestar social pueden integrarse efectivamente en su medio social, se caracteriza por buenas relaciones con otros, una cultura solidaria y adaptaciones exitosas en el ambiente.

Bienestar espiritual.

Es la creencia de una fuerza unificadora, en un ser supremo; para algunos, dicha fuerza será la naturaleza, para otros serán las leyes científicas, y para otros más la fuerza dividida de Dios. El bienestar espiritual representa la habilidad para descubrir y articular un propósito personal en la vida. Es aprender cómo experimentar amor, el disfrute, la paz y el sentido de logro (autorrealización). Los individuos con un óptimo bienestar espiritual continuamente intentan ayudar a otros para que alcancen su máximo potencial. Incluye las relaciones con los seres vivientes, la función de una dirección espiritual de la vida de cada individuo, la naturaleza del comportamiento humano, y la disposición y complacencia para servir a otros.

Bienestar ocupacional.

Recientemente, ha surgido la posibilidad de la existencia de otro tipo de dimensión que se integra también al bienestar; nos referimos al ocupacional, consecuencia de que el ser humano tiene que trabajar para poder sobrevivir, consciente de la capacidad de poder llevar a cabo, con gusto, seguridad, y con la menor cantidad de contaminantes y / o tóxicos, las tareas de su trabajo.

Podemos observar, que teniendo un bienestar, físico, ocupacional, espiritual, social, emocional y mental, vamos a lograr tener una calidad de vida satisfecha y plena, y aunque es muy difícil que un individuo tenga un bienestar total, debe de luchar por lograrlo, para que de este modo, prevenga muchas enfermedades y este completamente sano en todos los aspectos.

4.4 CALIDAD DE VIDA DEL MEXICANO.

Antes de comenzar a hablar acerca de cómo es la calidad de vida en México, cabe resaltar que dependiendo de la cultura, los valores y las reglas de cada país, la calidad de vida va a cambiar de acuerdo a las expectativas de cada individuo que conforma esa nación, en nuestro caso México. Por lo consiguiente, a continuación se hablará de cómo es la calidad de vida del mexicano en nuestra actualidad.

Ahora bien, en la Ciudad de México la insatisfacción que sentimos por la mala calidad del transporte colectivo, por el tránsito en las grandes avenidas, por el ambulante, la contaminación, la falta de seguridad, entre otros grandes problemas que aquejan nuestra Ciudad, hace que percibamos nuestras vidas de forma desalentadora y sin ganas de realizar nuestras actividades cotidianas. Todos aquellos individuos que piensan que la Ciudad de México puede llegar a ser más acogedora, viven en una continua frustración e irritación, esta es la vida cotidiana de los mexicanos que a su vez está ligada a la calidad de vida. Así la vida cotidiana es todo aquello que se ve pero no se nota, lo conocido, lo que todos saben, está llena de prácticas que se realizan sin esfuerzo, es la comprensión del mundo y de los otros que se hace sin prestar atención, es la organización de la vida de los hombres. Karel, (1976); citado en: (Trejo, 2001).

Por lo tanto, la calidad de vida ligada con lo cotidiano de la Ciudad de México permite que los mexicanos tengamos una muy particular calidad de vida, puesto que considerando los índices que miden a esta, se podría asegurar que no es muy óptima, por ejemplo: tenemos que el descontento y la angustia que genera por una crisis económica generalizada cambia la vida cotidiana y por lo tanto la calidad de vida; otros ejemplos, son la transformación de la Ciudad, con el aumento del ambulante y la delincuencia, lo que trae consigo, niños de la calle, mendigos, tragafuegos, prostitutas, entre otros, además del aumento acelerado de la criminalidad, con lo cual, la calidad de vida del mexicano se ve reducida a lo que como individuos puedan elegir.

En este mismo sentido, todo este ambiente se ha convertido en común y cotidiano que al ver la reiteración diaria de los mismos acontecimientos nos acostumbra al observarlo como algo natural, y por lo tanto la investigación que pudiera surgir ha quedado estancada hasta nuestros días. Ya que los problemas que hay en nuestra Ciudad, forman parte de

nuestro estilo de vida, sin conocer si ese estilo que llevamos es bueno para nuestra salud en general. Barreto y Álvarez, (1987); citado en; (Rodríguez y García 1995).

En nuestros días se sabe, que en todo la serie de acontecimientos que son considerados como cotidianos, realmente son atentados contra la calidad de vida de los mexicanos, puesto que entre otros aspectos como la calidad del aire, la contaminación atmosférica, el tráfico, el transporte público, la sobrepoblación, entre otros, existe la delincuencia y la impunidad que son predominantes en esta Ciudad, los cuales provocan que cada día nuestras vidas cotidianas se modifiquen sin advertirlo, con la consecuencia de dejar de disfrutar de las muchas diversiones que nos podría brindar la Ciudad, mejorando en una parte la calidad de vida.

Cada día hemos perdido el miedo de ser asaltados, agredidos, violados, maltratados, considerando estos delitos como cotidianos, y los vemos como algo normal, resignándonos ante lo inevitable; esto nos demuestra la realidad, que nuestra vida cotidiana se ha empobrecido y tenemos derecho a solicitar una mejor calidad de vida, puesto que no está de acuerdo con la época en que nos tocó vivir sintiendo un proceso de creciente insatisfacción, privación y marginalidad relativa. Donoso (1990); citado en: (López, 1982).

Otro aspecto importante a considerar en la calidad de vida en la Ciudad de México en el espacio urbano, escenario en el que se observan objetivamente las condiciones que determinan la calidad de vida y a la que se le atribuye una fuerte vinculación con el proceso salud-enfermedad. El estudio urbano constituye un conjunto de factores que contribuyen o favorecen al estado saludable de una población, por ejemplo; las particularidades de la vivienda, como son pisos, techos y acabados, expresan la reproducción de la fuerza del trabajo del espacio vital que requiere el hogar; por otro lado, el nivel de nacimientos se asocia con la incidencia de enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, tos ferina, diarrea, entre otras enfermedades contagiosas; los materiales de construcción de la vivienda interfieren con la salud, así como la conexión a servicios, como el abastecimiento de agua, disposición higiénica de las heces, la electricidad, entre otras.

Este punto nos deja ver que se pone en riesgo la salud cuando no se cuenta con un saneamiento adecuado, el cual puede ser transmisor de microorganismos patógenos

provocando diversas enfermedades, debido a que no se tiene una higiene adecuada en cada vivienda de los mexicanos. COPLAMAR, (1982); citado en: (Trejo, 2001).

Ahora bien, para conocer el estado de la calidad de vida de los mexicanos Blanco y Cols, (1996); citado en: (López, 1982); se realizaron, una investigación en el Distrito Federal y en la Zona Metropolitana, encontraron que a pesar de que la Zona Metropolitana, es conocida por sus altos niveles de desarrollo y bienestar social respecto a otros estados del país, en su interior existe heterogeneidad de condiciones, es decir, un desarrollo desigual de condiciones de vivienda, infraestructura de servicio, así como de condiciones educativas y para la salud; a nivel delegacional se encontró que en Coyoacán y Miguel Hidalgo, existen valores altos de calidad de vida.

El 80% del territorio del área Metropolitana cuenta con 35% de viviendas adecuadas, ocupadas por familias con ingresos altos y medios, y el resto se encuentra en fraccionamientos irregulares, habitados por trabajadores industriales y de servicios, subempleados o desempleados. Resumiendo, las condiciones de salud de los habitantes de la Zona Metropolitana condensan la multiplicidad de carencia dando origen a problemas de salud con elevada incidencia de enfermedades infecto-contagiosas y una creciente mortalidad por enfermedades crónicas y lesiones accidentales.

Esta investigación, permite conocerlos niveles de prioridad en las zonas, con el objetivo de intensificar las intervenciones y la movilización de recursos, en la población más vulnerable en términos de calidad de vida e indicadores de salud.

Pasando a otro punto la falta de atención por parte de los individuos hacia los hábitos de salud, llegan a tener repercusiones graves en la salud llegando hasta la muerte, en 1997 la principal causa de muerte en México fueron:

Enfermedades del corazón.	67,150
Tumores malignos.	49,688
Diabetes mellitus.	35,903
Enfermedad cerebrovascular	24,381
Del cuello del útero	2,821

Como se puede observar las enfermedades del corazón son las que en mayor proporción causan la muerte a miles de mexicanos, cada año, y actualmente se han ido sumando enfermedades crónico degenerativas como la diabetes o el cáncer por mencionar sólo algunas INEGI, (1998).

Como podemos observar, la calidad del mexicano no es muy buena, debido a los grandes problemas que existen en nuestro país, por la falta de conciencia de muchos individuos que contaminan las calles, el agua, o que tiran basura, por mencionar sólo algunas cuestiones importantes que ocurren en México, y esto hace que la calidad de vida vaya empeorando cada vez más, si a esto le sumamos los asaltos, el tráfico, la Ciudad se vuelve un caos, que en muchas ocasiones repercute en nuestra salud, tanto física como emocional, ya que con el tráfico que hay, los individuos llegan a su casa estresados, si además le sumamos la mala alimentación que tenemos, debido al ritmo tan acelerado de la Ciudad, donde no hay tiempo suficiente para nosotros mismos, nuestro cuerpo resiente todo esto, y por lo tanto nos enfermamos cada vez más, de nosotros va a depender que nuestra calidad de vida sea buena o mala, dependiendo de nuestro propio comportamiento, y cuidando nuestro país, para que nuestra calidad de vida dentro del sea mejor.

CAPÍTULO 5

MÉTODO

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Establecer lo importante que es tener hábitos buenos de salud en nuestra vida cotidiana, para de este modo tener una vida satisfecha y así prevenir enfermedades.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Se examinará como una buena alimentación, puede repercutir positivamente en las personas para que puedan tener una vida satisfecha.

2. Se examinará como al realizar ejercicio, puede repercutir positivamente, en las personas para que puedan tener una vida satisfecha.

5.3 HIPÓTESIS.

En este trabajo se espera encontrar, que al tener hábitos positivos de salud, como realizar ejercicio y comer sanamente, va a influir en los individuos para que tengan una vida satisfecha, y de este modo disminuyan un sin fin de enfermedades, que aquejan en la sociedad en la actualidad, ya que teniendo buenos hábitos de conducta podemos cambiar nuestro estilo de vida y vivir mejor.

5.4 SUJETOS.

Se tomó una muestra no probabilística. Se utilizó una muestra de 985 sujetos. La edad establecida como criterio fue de 17 a 77 años para ambos sexos.

La población estuvo conformada por:

Usuarios de sistema de salud: pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1 de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI.

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

Familias conformadas por madre, padre e hijos.

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

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

5.5 ESCENARIO.

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 Edición” 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 determinó la relación que existe entre las variables independientes, con cada reactivo que evaluó los distintos hábitos o conductas saludables (variable dependiente) que se describieron en el marco teórico.

V.I Satisfacción de Vida.

V.D Hábitos Positivos.

5.7 MATERIALES E INSTRUMENTOS.

Materiales:

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

Bolígrafos.

Instrumentos:

Se realizaron las escalas elaboradas por (Ramírez y Cortes, 2000).

Funcionamiento de la salud (FS) que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos.

Funcionamiento Psicosocial (FP), que consta de 4 subescalas con un total de 58 reactivos.

La confiabilidad del instrumento, se obtuvo a partir de un estudio piloto empleando una prueba de Test-Retest (la cual consiste en aplicar el instrumento a una población específica y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad entre los resultados). Se utilizó un intervalo de tres semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto a hombre como a mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado el rango de edad será de entre 18 a 80 años. El instrumento se aplicó en la sala de espera de hospitales públicos y privados, con un promedio de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual, cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban dos investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test-Retest mayor a .70 en la mayoría de las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población.

Para esta investigación se utilizaron los siguientes reactivos escala.

Escala	Reactivos
Hábitos positivos de salud.	17,18,20,21,23,24,25,27,28,30,31,32,37,38
Satisfacción de vida.	42,45,55,56

5.8 PROCEDIMIENTO.

Diseño de investigación.

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

Fases:

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instrucciones 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 espera encontrar hasta 25 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependerá del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estaba presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado en responder el instrumento será de 20 minutos y se aplicará una sola vez para cada sujeto.
2. Captura de datos: los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (ji cuadrada y coeficiente de Pearson), para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

6.1 RESULTADOS DE TABLAS Y GRAFICAS.

GENERO.

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos, conforme a los objetivos planteados en el presente estudio, se contó con una población de 980 sujetos de los cuales 443 individuos son hombres y 537 mujeres (ver figura 1).

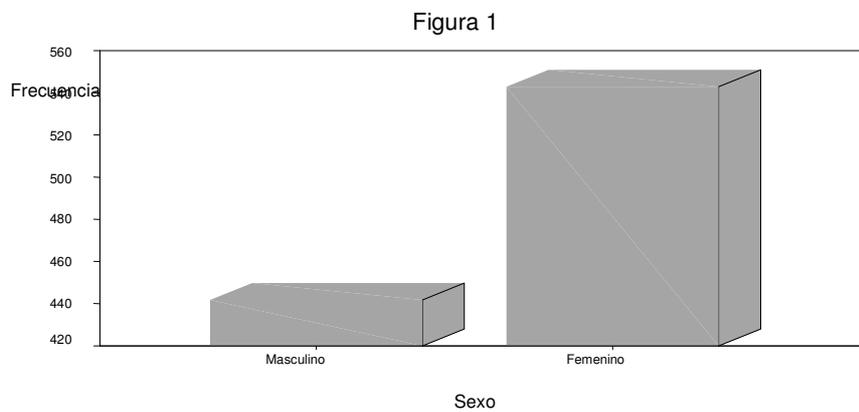


Figura 1. Muestra la frecuencia de género de la población participante

EDAD.

La edad de la población participante varía de 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).

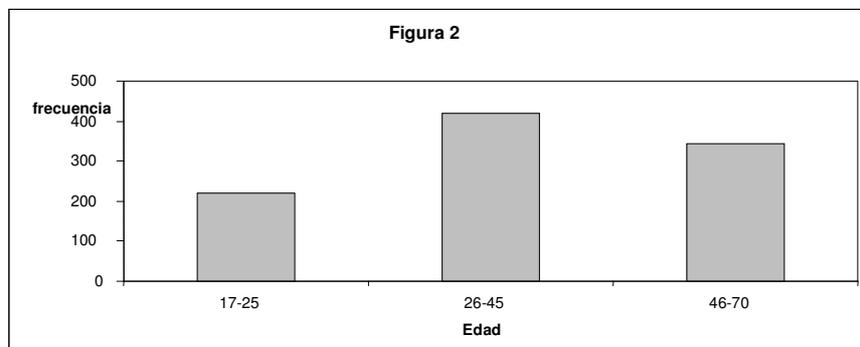


Figura 2. Representa la frecuencia en de los grupos de edades de la población.

ESCOLARIDAD.

Con relación 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).

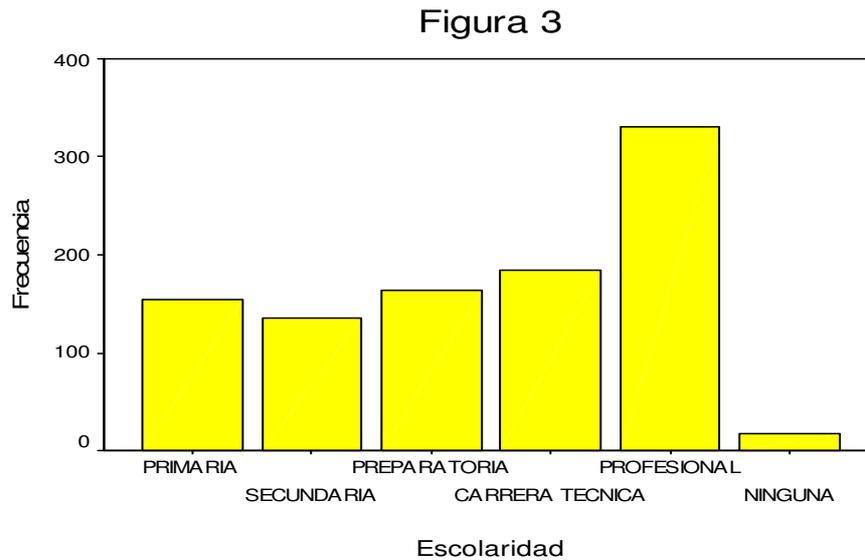


Figura 3. Representa la frecuencia del nivel escolar en la población participante.

Los datos obtenidos en la pruebas de Funcionamiento Psicosocial (PF) y Funcionamiento de Salud (FS), específicamente en las áreas de hábitos positivos de salud y satisfacción de vida, fueron sometidos a un análisis estadístico, en esta investigación se utilizó la prueba Chi cuadrada (X^2). Estos resultados se presentarán a continuación.

Tabla 1. Beber sin cafeína * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Beber sin cafeína	0		1			3		4
	DIARIO		31	31	104	70	42	278
	A MENUDO	1	24	24	63	59	6	177
	ALGUNAS VECES	1	34	23	87	61	19	225
	POCAS VECES		8	22	71	38	13	152
	NUNCA		13	26	40	39	27	145
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	58.011	25	.000

Tabla 1. Frecuencias de la relación entre beber si cafeína y cerca de los ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 4.

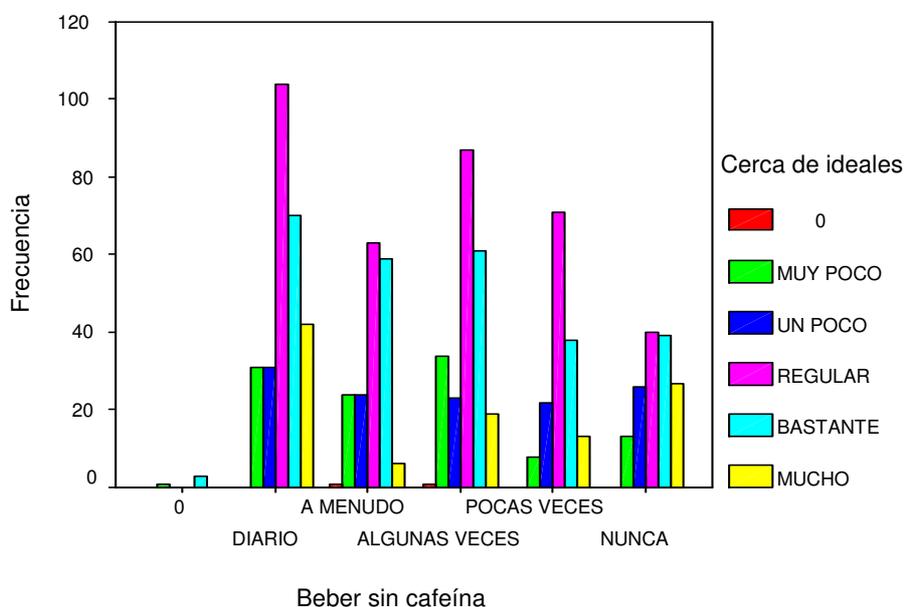


Figura 4. Muestra la relación de las categorías de beber cafeína y cerca de ideales

Tabla 2. Beber sin cafeína * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Beber sin cafeína	0					2	2	4
	DIARIO		19	15	79	80	85	278
	A MENUDO	1	4	15	62	66	29	177
	ALGUNAS VECES	3	12	22	67	80	41	225
	POCAS VECES		8	9	53	51	31	152
	NUNCA		6	14	40	42	43	145
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.930	25	.018

Tabla 2. Frecuencias de la relación entre beber cafeína y el estar satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 5.

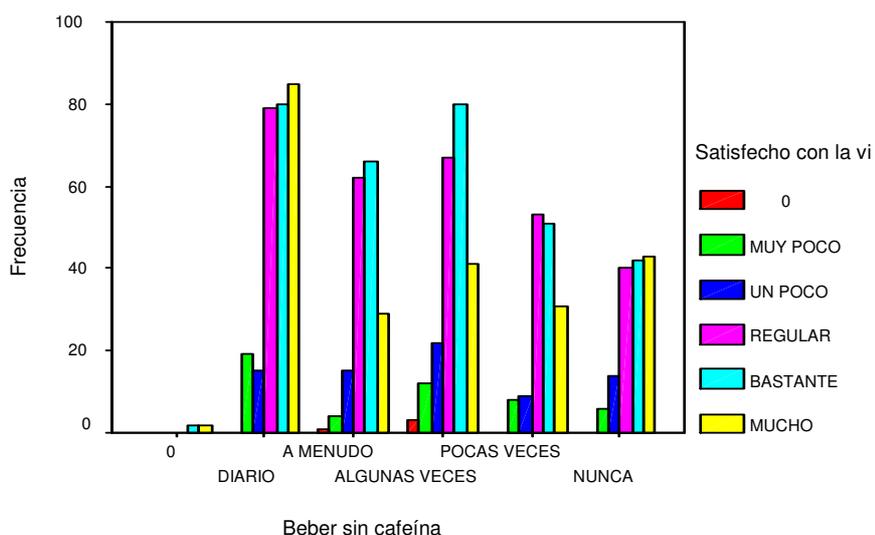


Figura 5. Muestra la relación de las categorías de beber cafeína y satisfecho con la vida.

Tabla 3. Beber sin cafeína * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Beber sin cafeína	0			1	2		1	4
	DIARIO	4	25	27	78	78	66	278
	AMENUD		11	19	73	45	29	177
	ALGUNAS VECES	1	14	27	87	52	44	225
	POCAS VECES		8	12	48	61	23	152
	NUNCA	1	12	14	44	36	38	145
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.657	25	.040

Tabla 3. Frecuencia de la relación entre beber sin cafeína y presentar un ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 6.

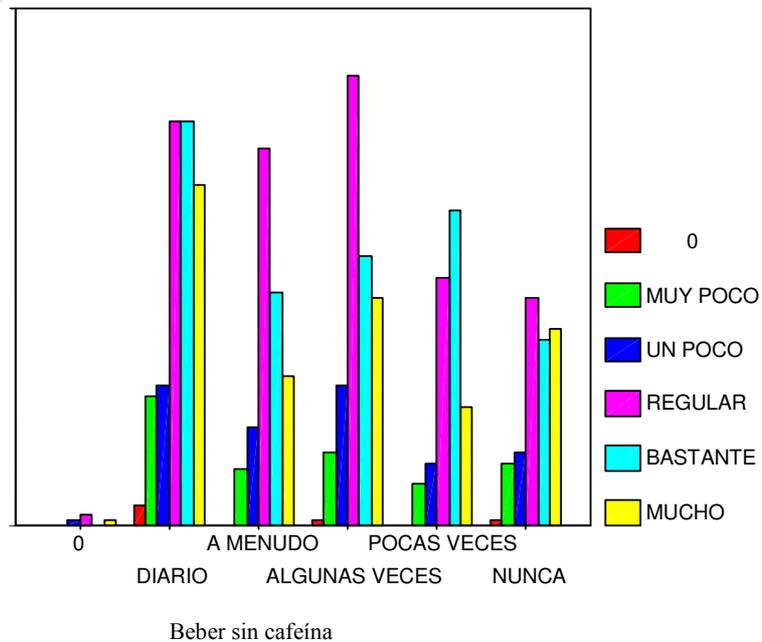


Figura 6. Muestra la relación de las categorías de beber sin cafeína y el ánimo feliz.

Tabla 4. Beber sin cafeína * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Beber sin cafeína	0			2	2				4
	DIARIO	2	138	39	53	15	30	1	278
	A MENUDO	1	77	26	37	25	11		177
	ALGUNAS VECES	1	91	45	48	22	18		225
	POCAS VECES		66	22	34	15	15		152
	NUNCA		58	28	28	15	16		145
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.125	30	.362

Tabla 4. Frecuencia de la relación entre beber sin cafeína e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 7.

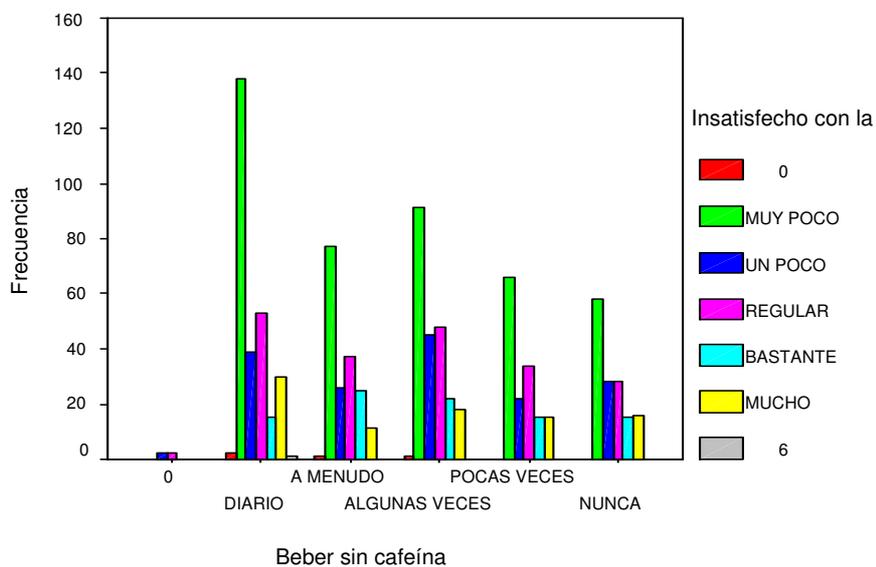


Figura 6. Muestra la relación de las categorías de beber sin cafeína e insatisfecho con la vida.

Tabla 5. Caminar a diario * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Caminar a diario	0					2		2
	DIARIO		22	29	95	65	41	252
	A MENUDO		19	29	61	50	23	182
	ALGUNAS VECES	1	25	30	103	67	9	235
	POCAS VECES	1	26	26	77	62	24	216
	NUNCA		19	12	29	24	10	94
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.985	25	.023

Tabla 5. Frecuencia de la relación entre caminar a diario y cerca de los ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 8.

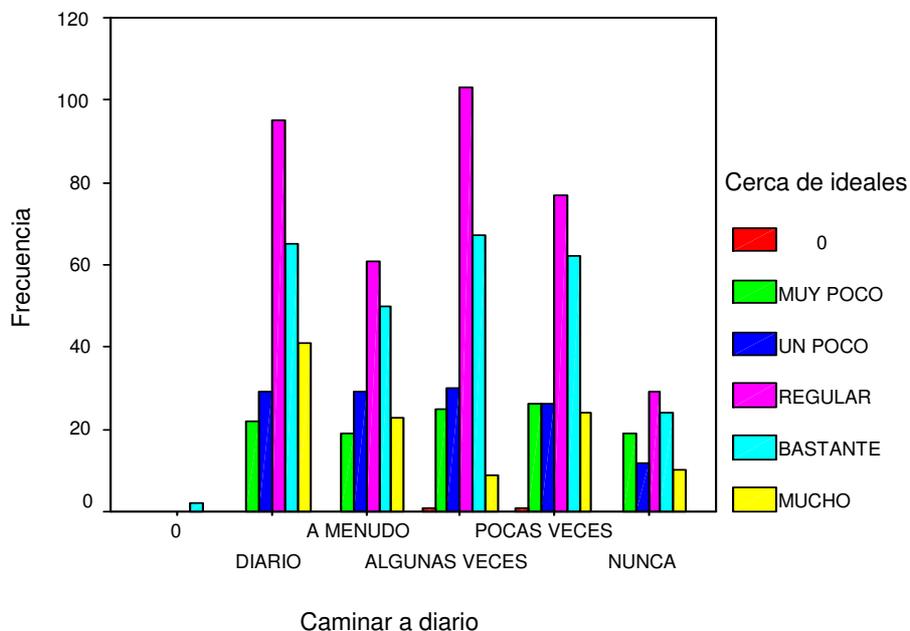


Figura 8. Muestra la relación de las categorías de beber sin cafeína e insatisfecho con la vida.

Tabla 6. Caminar a diario * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Caminar a diario	0					2		2
	DIARIO		15	14	57	85	81	252
	A MENUDO		6	14	59	67	36	182
	ALGUNAS VECES		15	21	82	78	39	235
	POCAS VECES	4	10	10	74	66	52	216
	NUNCA		3	16	29	23	23	94
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	61.646	25	.000

Tabla 6. Frecuencia de la relación entre caminar a diario y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 9.

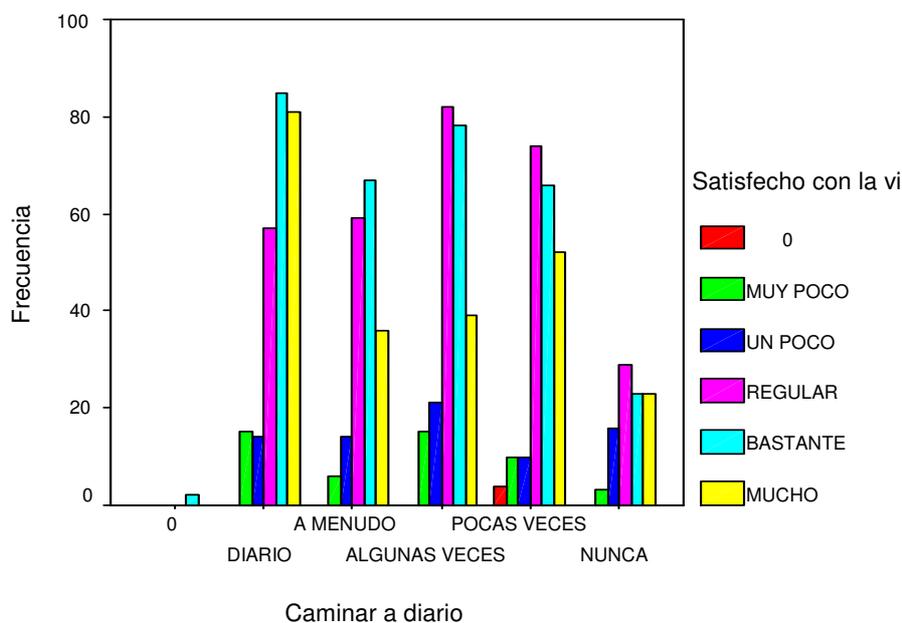


Figura 9. Muestra la relación de las categorías de caminar a diario y satisfecho con la vida.

Tabla 7. Caminar a diario * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Caminar a diario	0				2			2
	DIARIO		17	16	58	85	76	252
	A MENUDO		7	17	71	51	36	182
	ALGUNAS VECES	2	17	27	87	60	42	235
	POCAS VECES	4	21	28	81	55	27	216
	NUNCA		8	12	33	21	20	94
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	60.212	25	.000

Tabla 7. Frecuencia de la relación entre caminar a diario y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 10.

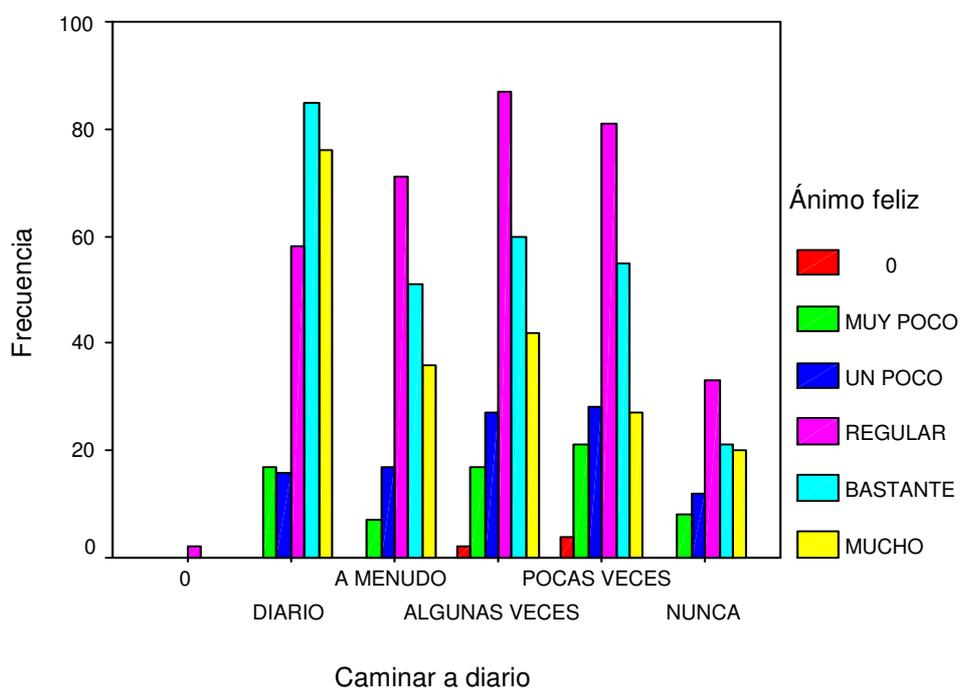


Figura 10. Muestra la relación de las categorías de caminar a diario y ánimo feliz.

Tabla 8. Caminar a diario * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Caminar a diario	0				2				2
	DIARIO		124	34	45	19	30		252
	A MENUDO		78	32	35	23	14		182
	ALGUNAS VECES		102	38	52	24	18	1	235
	POCAS VECES	4	87	45	49	16	15		216
	NUNCA		39	13	19	10	13		94
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.355	30	.044

Tabla 8. Frecuencia de la relación entre caminar a diario e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 11.

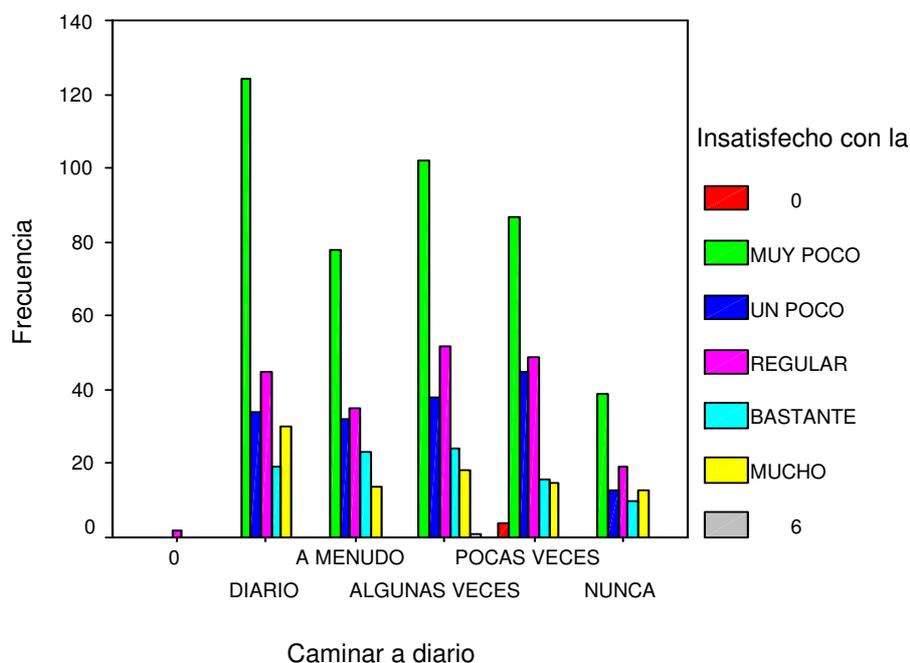


Figura 11. Muestra la relación de las categorías de caminar a diario e insatisfecho con la vida.

Tabla 9. Comer menos * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Comer menos	0				2	2		4
	DIARIO		3	4	4	5	4	20
	A MENUDO	1	15	19	40	30	14	119
	ALGUNAS VECES		31	42	133	93	30	329
	POCAS VECES	1	35	37	135	98	31	337
	NUNCA		27	24	51	42	28	172
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28.856	25	.270

Tabla 9. Frecuencia de la relación entre comer menos y cerca de los ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 12.

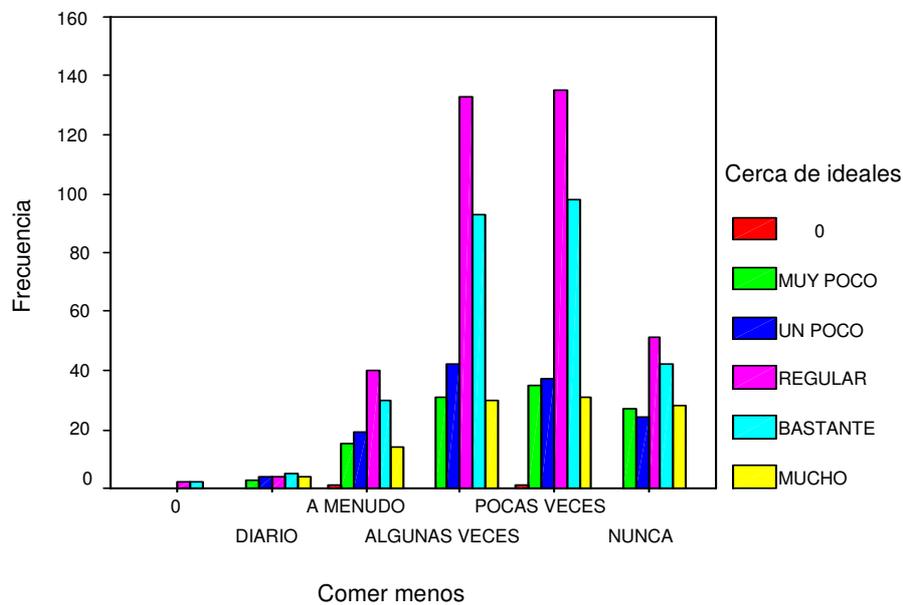


Figura 12. Muestra la relación de las categorías de comer menos y cerca de los ideales.

Tabla 10. Comer menos * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Comer menos	0				2	2		4
	DIARIO		1	4	7	4	4	20
	A MENUDO	2	12	11	29	39	26	119
	ALGUNAS VECES		20	22	108	100	79	329
	POCAS VECES	2	7	23	111	120	74	337
	NUNCA		9	15	44	56	48	172
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.107	25	.070

Tabla 10. Frecuencia de la relación entre comer menos y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 13.

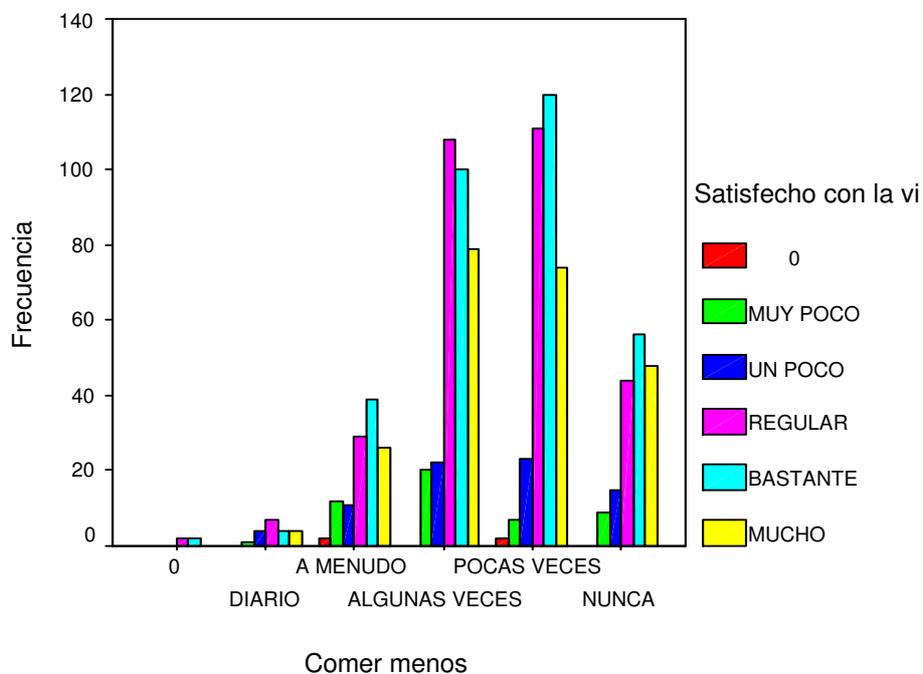


Figura 13. Muestra la relación de las categorías de comer menos y satisfecho con la vida.

Tabla 11. Comer menos * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Comer menos	0				4			4
	DIARIO		5	1	5	4	5	20
	A MENUDO		12	16	43	29	19	119
	ALGUNAS VECES	1	13	34	107	115	59	329
	POCAS VECES	2	27	33	117	84	74	337
	NUNCA	3	13	16	56	40	44	172
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.471	25	.007

Tabla 11. Frecuencia de la relación entre comer menos y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 14.

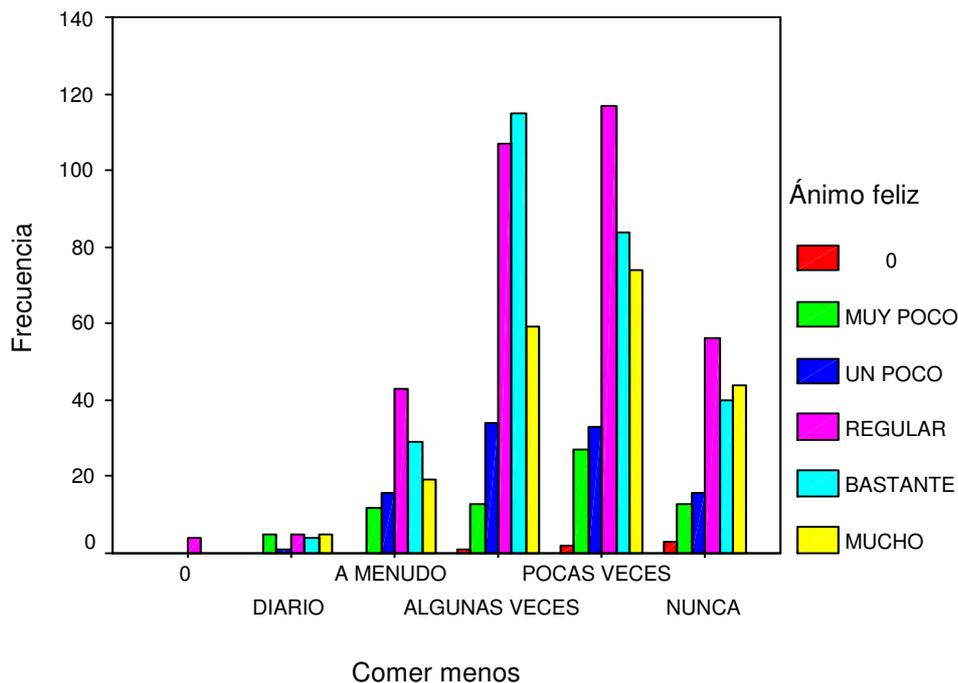


Figura 14. Muestra la relación de las categorías de comer menos y ánimo feliz.

Tabla 12. Comer menos * Insatisfecho con la vida

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Comer menos	0				4				4
	DIARIO		5	7	6		2		20
	A MENUDO		42	16	28	23	10		119
	ALGUNAS VECES		146	61	64	29	28	1	329
	POCAS VECES	4	155	53	64	29	32		337
	NUNCA		82	25	36	11	18		172
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	54.749	30	.004

Tabla 12. Frecuencia de la relación entre comer menos e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 15.

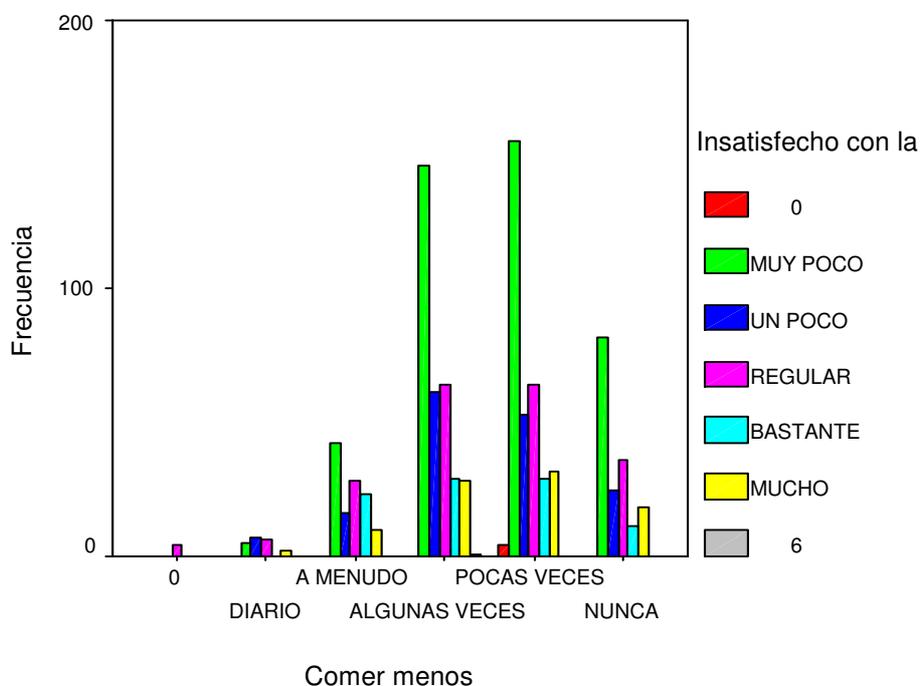


Figura 15. Muestra la relación de las categorías de comer menos e insatisfecho con la vida.

Tabla 13. Conocer calorías que consume * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Conocer calorías que consume	0				2	2		4
	DIARIO		4	9	16	13	8	50
	A MENUDO		5	6	27	27	6	71
	ALGUNAS VECES	1	13	21	54	46	13	148
	POCAS VECES		21	28	84	48	16	197
	NUNCA	1	68	62	182	134	64	511
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23.448	25	.551

Tabla 13. Frecuencia de la relación entre conocer las calorías que se consumen y cerca de los ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 16.

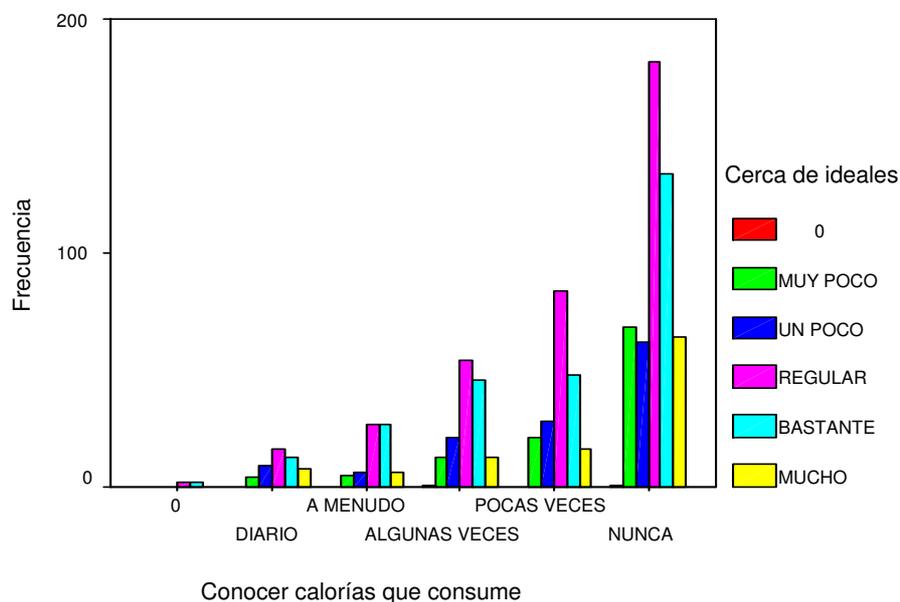


Figura 16. Muestra la relación de las categorías de conocer las calorías que se consumen y cerca de los ideales.

Tabla 14. Conocer calorías que consume * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Conocer calorías que consume	0				2	2		4
	DIARIO		1	2	9	24	14	50
	A MENUDO		2	4	18	25	22	71
	ALGUNAS VECES	1	9	9	46	54	29	148
	POCAS VECES	2	9	18	68	65	35	197
	NUNCA	1	28	42	158	151	131	511
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.133	25	.349

Tabla 14. Frecuencia de la relación entre conocer las calorías que se consumen y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 17.

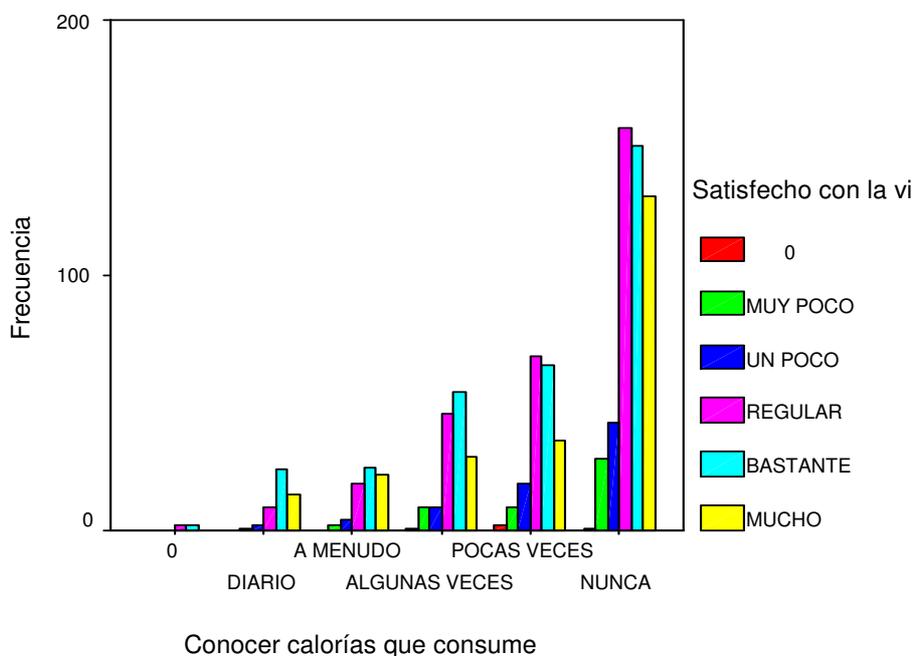


Figura 17. Muestra la relación de las categorías de conocer las calorías que se consumen y satisfecho con la vida.

Tabla 15. Conocer calorías que consume * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Conocer calorías que consume	0			2	2			4
	DIARIO	2	2	3	13	16	14	50
	A MENUDO		2	6	18	29	16	71
	ALGUNAS VECES	1	8	13	54	43	29	148
	POCAS VECES		17	27	71	53	29	197
	NUNCA	3	41	49	174	131	113	511
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.216	25	.017

Tabla 15. Frecuencia de la relación entre conocer las calorías que se consumen y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 18.

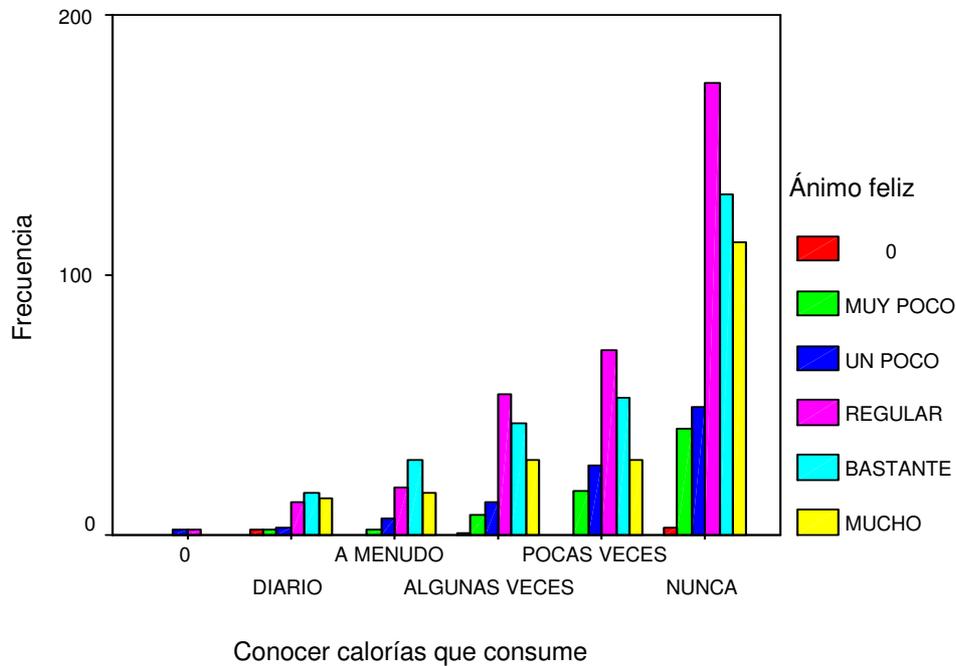


Figura 18. Muestra la relación de las categorías de conocer las calorías que se consumen y ánimo feliz.

Tabla 16. Conocer calorías que consume * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Conocer calorías que consume	0				4				4
	DIARIO	2	18	13	5	2	10		50
	A MENUDO		34	12	16	5	4		71
	ALGUNAS VECES	1	78	19	19	19	11	1	148
	POCAS VECES		76	37	49	22	13		197
	NUNCA	1	224	81	109	44	52		511
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	72.078	30	.000

Tabla 16. Frecuencia de la relación entre conocer las calorías que se consumen e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 19.

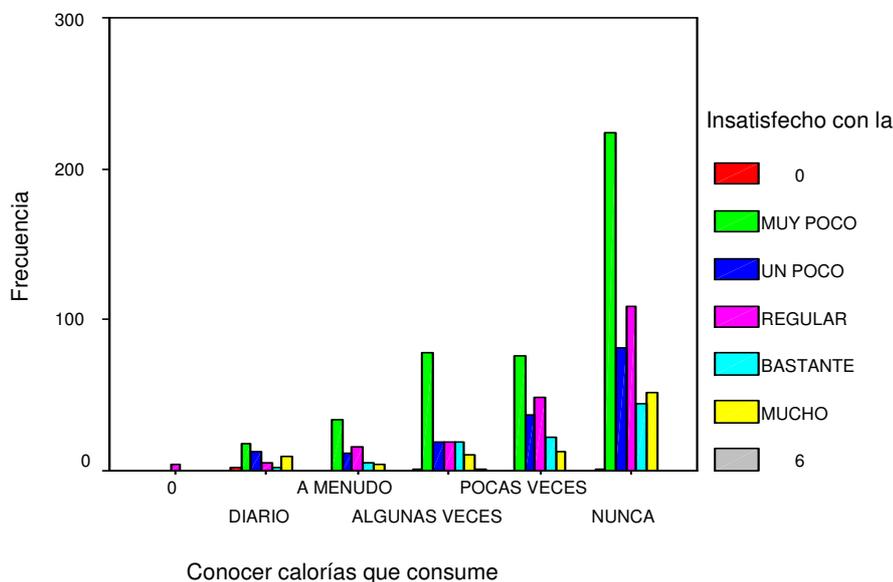


Figura 19. Muestra la relación de las categorías de conocer las calorías que se consumen e insatisfecho con la vida.

Tabla 17. Desayunar sustanciosamente * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Desayunar sustanciosamente	0				1	2		3
	DIARIO	1	19	15	66	47	30	178
	A MENUDO		17	17	78	71	15	198
	ALGUNAS VECES	1	28	37	109	83	23	281
	POCAS VECES		35	41	82	47	26	231
	NUNCA		11	16	29	20	12	88
Total		2	110	126	365	270	106	979

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.938	25	.011

Tabla 17. Frecuencia de la relación entre desayunar sustanciosamente y cerca de ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 20.

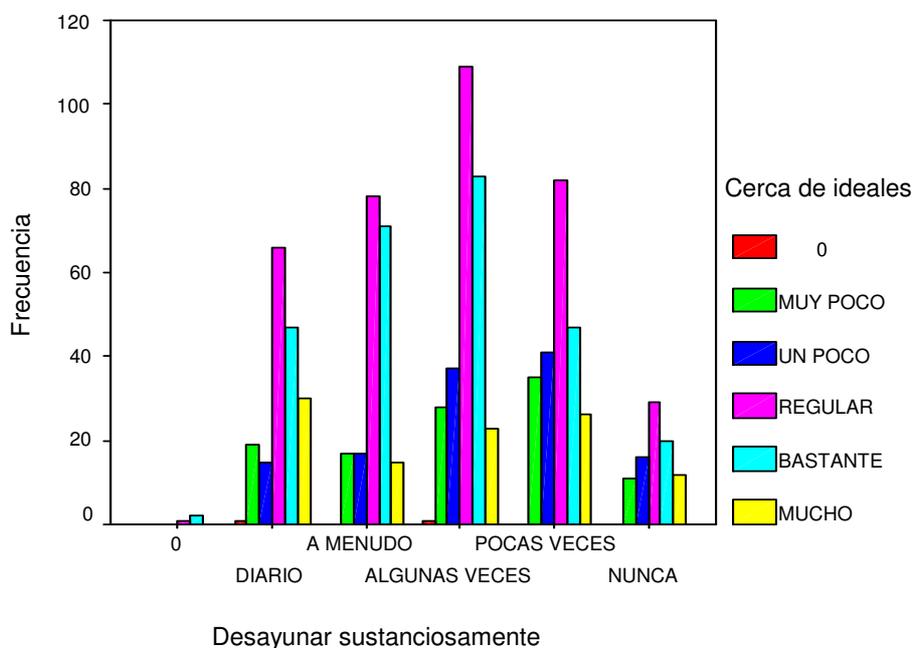


Figura 20. Muestra la relación de las categorías de desayunar sustanciosamente y cerca de ideales.

Tabla 18. Desayunar sustanciosamente * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Desayunar sustanciosamente	0				1	2		3
	DIARIO	1	12	8	50	50	57	178
	A MENUDO	3	9	13	65	68	40	198
	ALGUNAS VECES		16	14	81	113	57	281
	POCAS VECES		6	25	74	73	53	231
	NUNCA		6	15	29	15	23	88
Total		4	49	75	300	321	230	979

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55.777	25	.000

Tabla 18. Frecuencia de la relación entre desayunar sustanciosamente y satisfacción de vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 21.

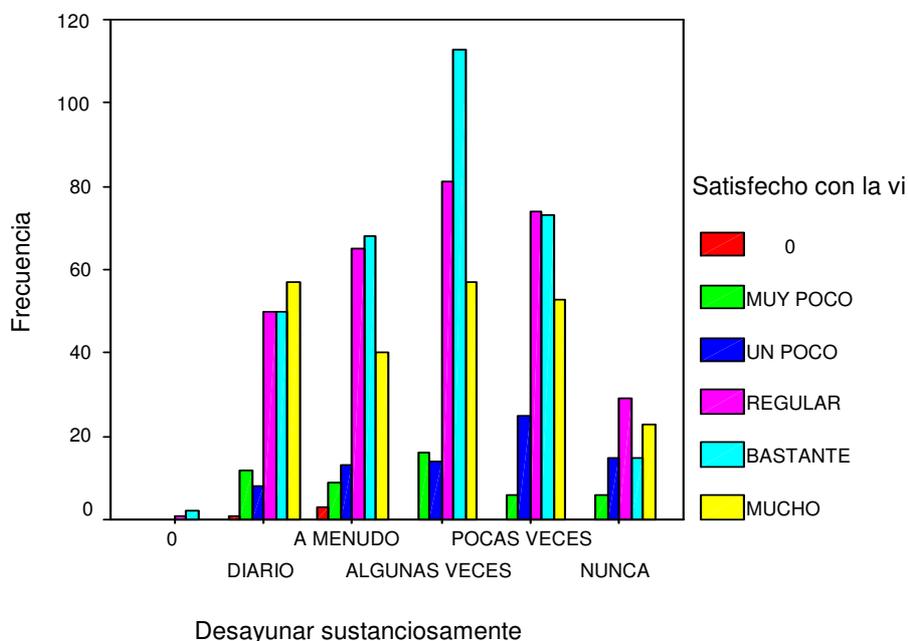


Figura 21. Muestra la relación de las categorías de desayunar sustanciosamente y satisfecho con la vida.

Tabla 19. Desayunar sustanciosamente * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Desayunar sustanciosamente	0				3			3
	DIARIO	2	15	15	47	48	51	178
	A MENUDO		9	20	54	70	45	198
	ALGUNAS VECES	3	19	27	105	79	48	281
	POCAS VECES	1	18	32	91	56	33	231
	NUNCA		9	6	32	19	22	88
Total		6	70	100	332	272	199	979

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46.015	25	.006

Tabla 19. Frecuencia de la relación entre desayunar sustanciosamente y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 22.

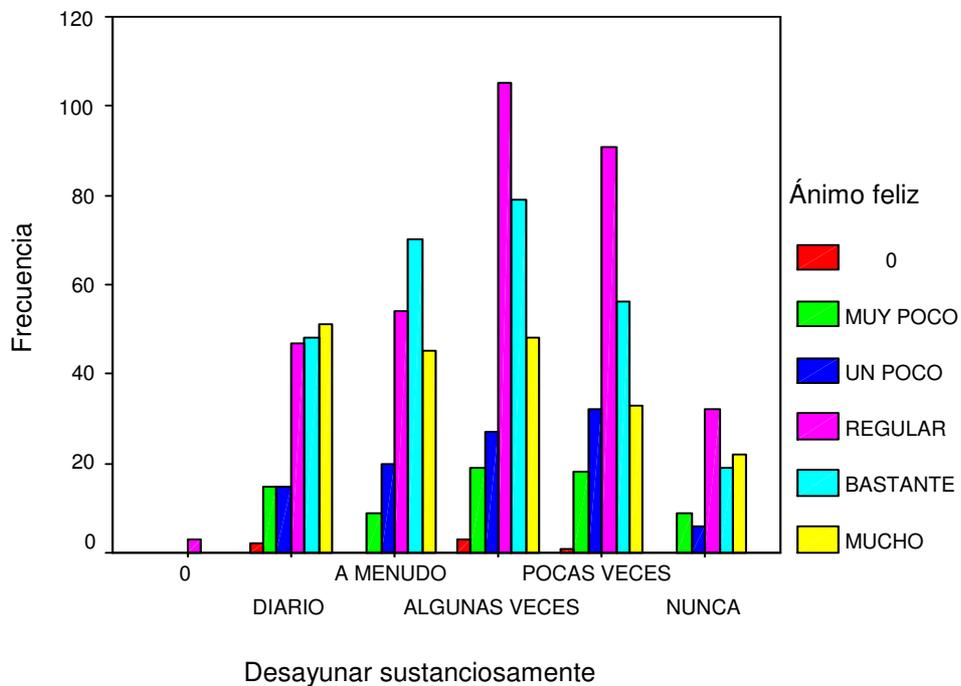


Figura 22. Muestra la relación de las categorías de desayunar sustanciosamente y ánimo feliz.

Tabla 20. Desayunar sustanciosamente * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Desayunar sustanciosamente	0				3				3
	DIARIO	1	66	28	40	14	29		178
	A MENUDO	1	84	40	42	20	10	1	198
	ALGUNAS VECES	2	142	37	59	20	21		281
	POCAS VECES		91	46	42	30	22		231
	NUNCA		45	11	16	8	8		88
Total		4	428	162	202	92	90	1	979

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51.516	30	.009

Tabla 20. Frecuencia de la relación entre desayunar sustanciosamente e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 23.

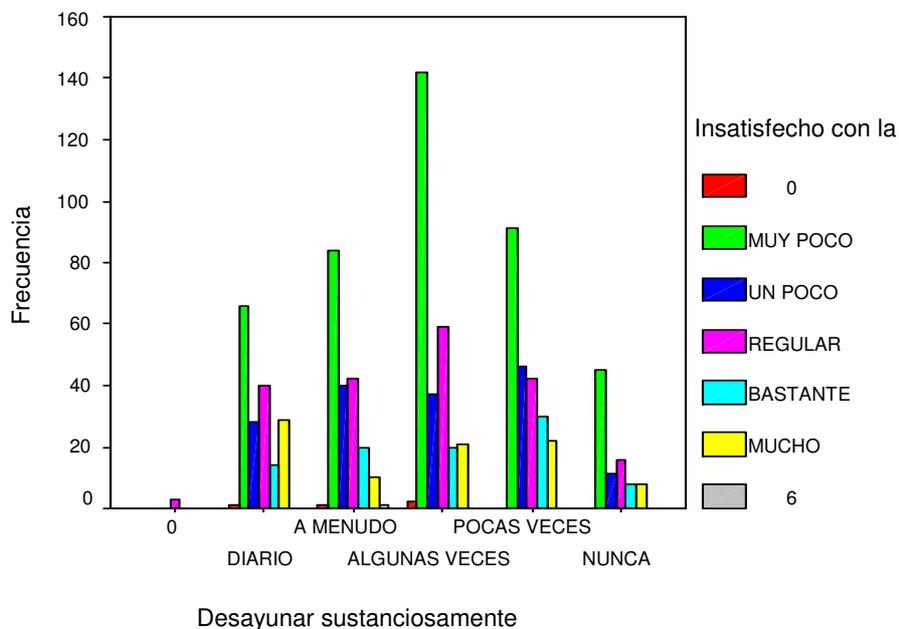


Figura 23. Muestra la relación de las categorías de desayunar sustanciosamente e insatisfecho con la vida.

Tabla 21. Dormir al menos siete horas * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Dormir al menos siete horas	DIARIO		36	45	124	95	61	361
	A MENUDO		28	23	80	68	9	208
	ALGUNAS VECES	2	18	27	79	56	10	192
	POCAS VECES		20	16	62	36	20	154
	NUNCA		9	15	20	14	7	65
Total		2	111	126	365	269	107	980

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51.248	20	.000

Tabla 21. Frecuencia de la relación entre dormir al menos siete horas y cerca de ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 24.

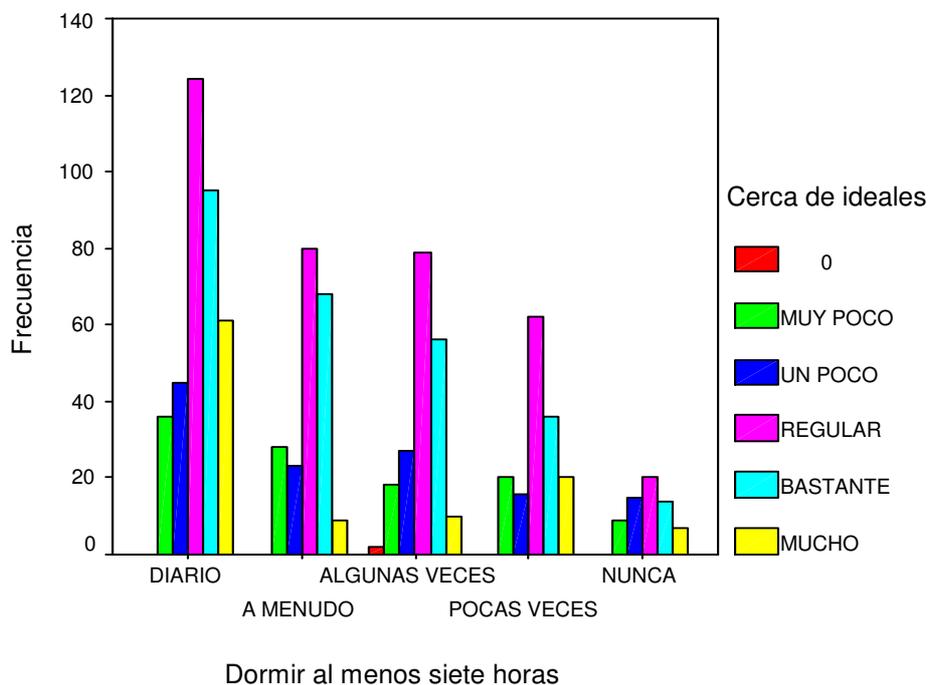


Figura 24. Muestra la relación de las categorías de dormir al menos siete horas y cerca de ideales.

Tabla 22. Dormir al menos siete horas * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Dormir al menos siete horas	DIARIO		14	24	99	120	104	361
	A MENUDO		13	17	57	76	45	208
	ALGUNAS VECES	1	10	15	63	69	34	192
	POCAS VECES	3	10	11	62	38	30	154
	NUNCA		2	8	19	18	18	65
Total		4	49	75	300	321	231	980

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37.711	20	.010

Tabla 22. Frecuencia de la relación entre dormir al menos siete horas y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 25.

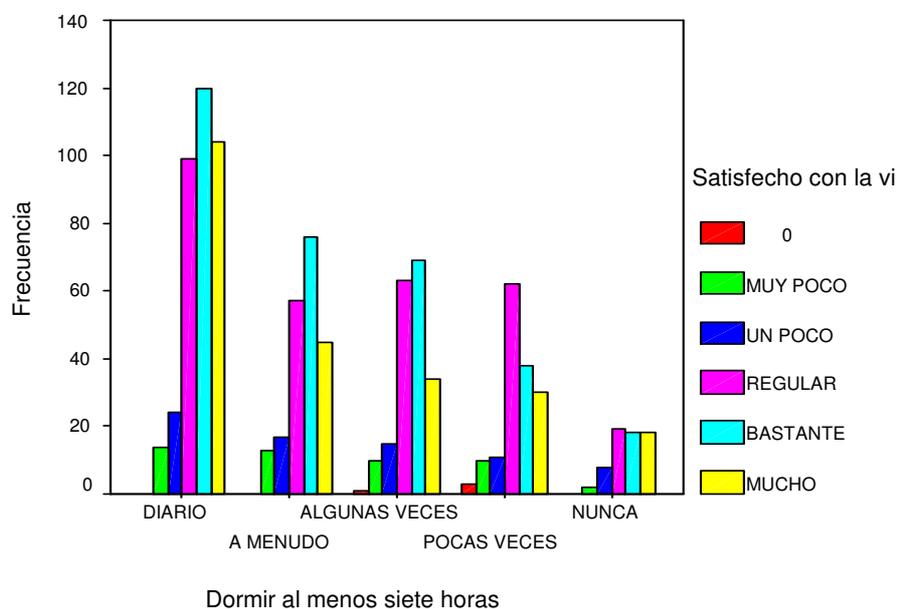


Figura 25. Muestra la relación de las categorías de dormir al menos siete horas y satisfecho con la vida.

Tabla 23. Dormir al menos siete horas * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Dormir al menos siete horas	DIARIO	1	21	21	117	97	104	361
	A MENUDO	2	17	30	61	58	40	208
	ALGUNAS VECES	1	12	27	82	49	21	192
	POCAS VECES	2	15	17	60	39	21	154
	NUNCA		5	5	11	29	15	65
Total		6	70	100	331	272	201	980

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	64.027	20	.000

Tabla 23. Frecuencia de la relación entre dormir al menos siete horas y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 26.

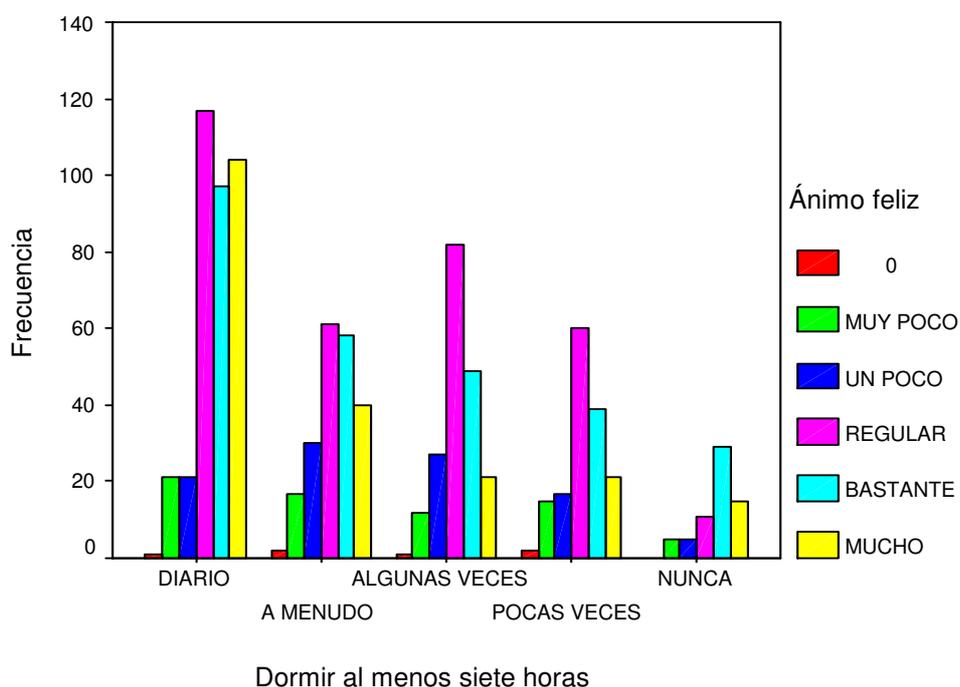


Figura 26. Muestra la relación de las categorías de dormir al menos siete horas y ánimo feliz.

Tabla 24. Dormir al menos siete horas * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Dormir al menos siete horas	DIARIO		177	56	64	31	33		361
	A MENUDO		76	41	45	23	23		208
	ALGUNAS VECES	1	88	31	36	18	17	1	192
	POCAS VECES	3	58	22	44	15	12		154
	NUNCA		31	12	12	5	5		65
Total		4	430	162	201	92	90	1	980

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.485	24	.094

Tabla 24. Frecuencia de la relación entre dormir al menos siete horas e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 27.

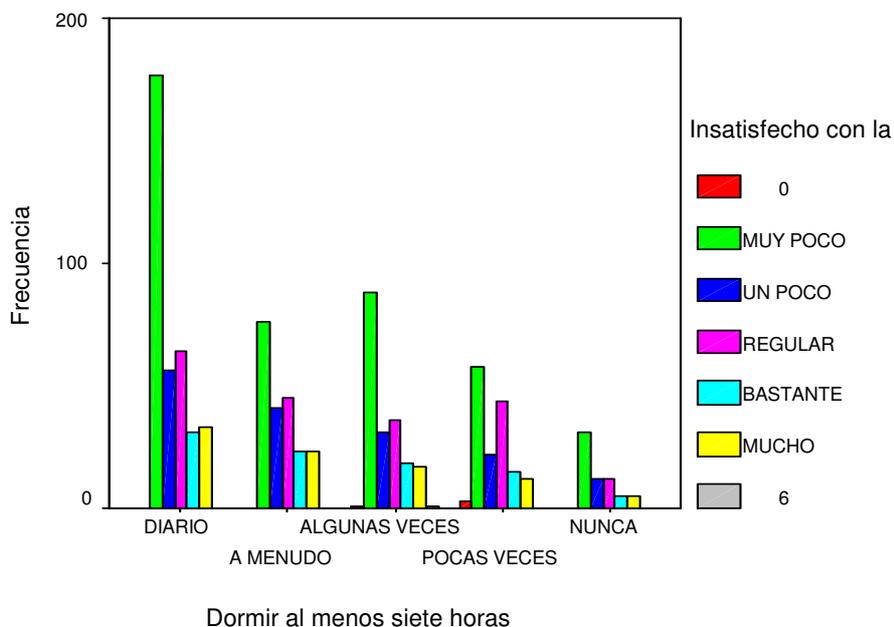


Figura 27. Muestra la relación de las categorías de dormir al menos siete horas e insatisfecho con la vida.

Tabla 25. Ingerir alimentos nutritivos * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Ingerir alimentos nutritivos	0				1		2	3
	DIARIO		31	20	98	74	57	280
	A MENUDO	1	43	48	162	112	22	388
	ALGUNAS VECES	1	17	37	84	64	20	223
	POCAS VECES		16	18	18	16	5	73
	NUNCA		4	3	2	4	1	14
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	87.223	25	.000

Tabla 25. Frecuencia de la relación entre ingerir alimentos nutritivos y cerca de los ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 28.

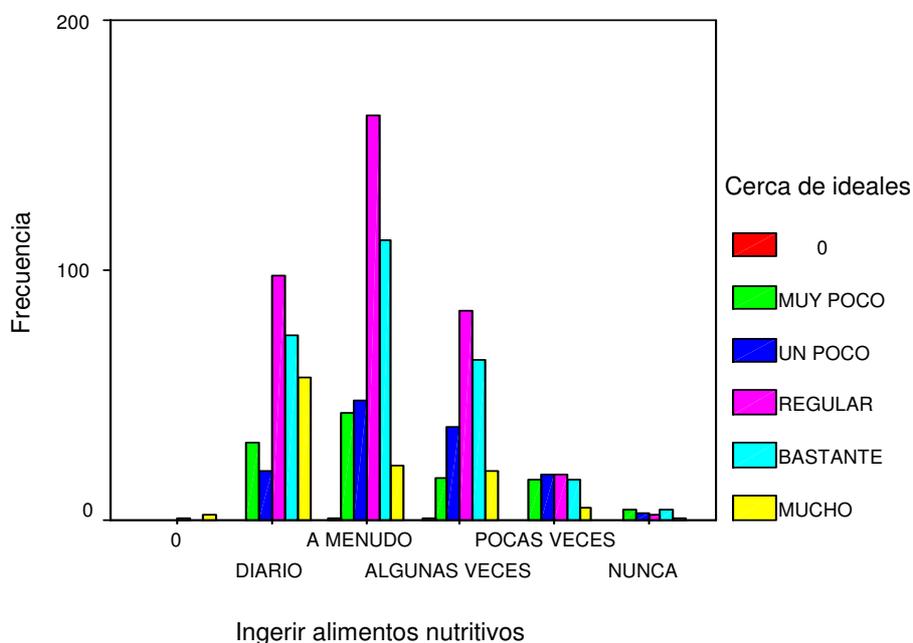


Figura 28. Muestra la relación de las categorías de ingerir alimentos nutritivos y cerca de los ideales.

Tabla 26. Ingerir alimentos nutritivos * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Ingerir alimentos nutritivos	0	2			1			3
	DIARIO		15	13	59	106	87	280
	A MENUDO	1	18	39	120	119	91	388
	ALGUNAS VECES		9	11	98	65	40	223
	POCAS VECES	1	7	9	20	24	12	73
	NUNCA			3	3	7	1	14
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	387.047	25	.000

Tabla 26. Frecuencia de la relación entre ingerir alimentos nutritivos y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 29.

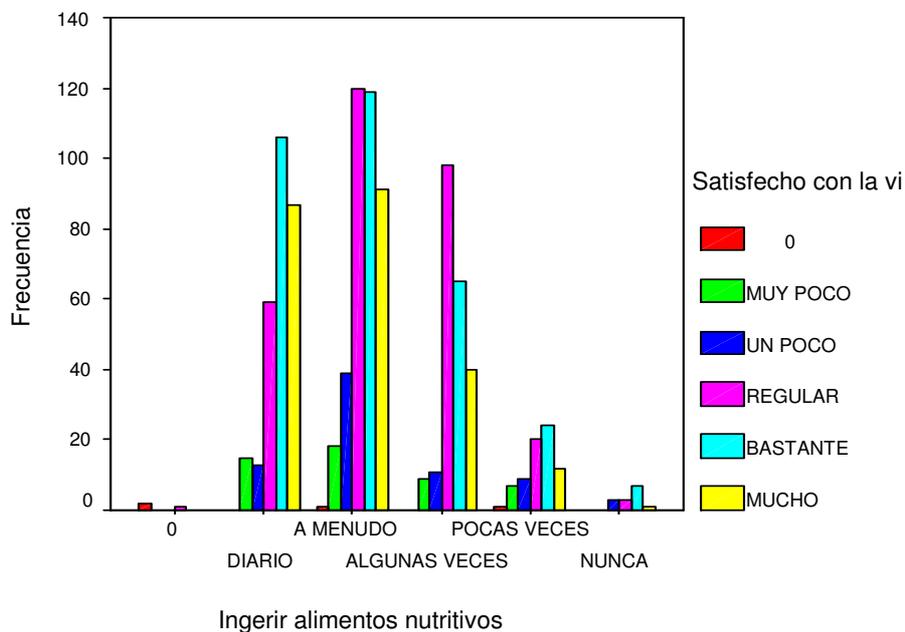


Figura 29. Muestra la relación de las categorías de ingerir alimentos nutritivos y satisfecho con la vida.

Tabla 27. Ingerir alimentos nutritivos * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Ingerir alimentos nutritivos	0		2		1			3
	DIARIO	3	18	18	72	88	81	280
	A MENUDO		24	34	138	110	82	388
	ALGUNAS VECES	3	18	30	95	50	27	223
	POCAS VECES		7	15	23	21	7	73
	NUNCA		1	3	3	3	4	14
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	78.176	25	.000

Tabla 27. Frecuencia de la relación entre ingerir alimentos nutritivos y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 30.

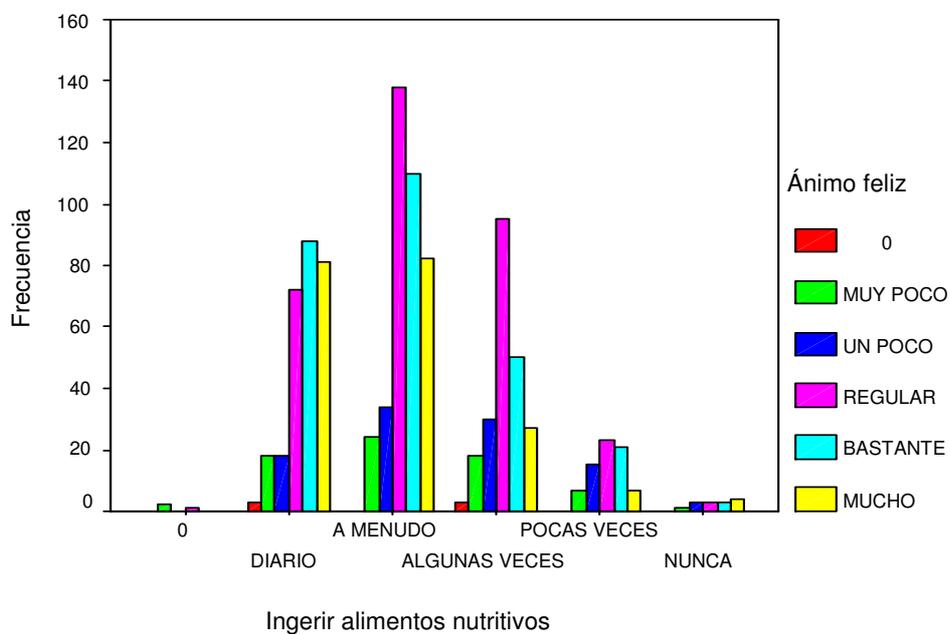


Figura 30. Muestra la relación de las categorías de ingerir alimentos nutritivos y ánimo feliz.

Tabla 28. Ingerir alimentos nutritivos * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Ingerir alimentos nutritivos	0		2		1				3
	DIARIO	2	159	35	31	28	25		280
	A MENUDO	1	159	74	89	36	29		388
	ALGUNAS VECES		76	37	68	16	25	1	223
	POCAS VECES	1	30	13	10	10	9		73
	NUNCA		4	3	3	2	2		14
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62.429	30	.000

Tabla 28. Frecuencia de la relación entre ingerir alimentos nutritivos e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 31.

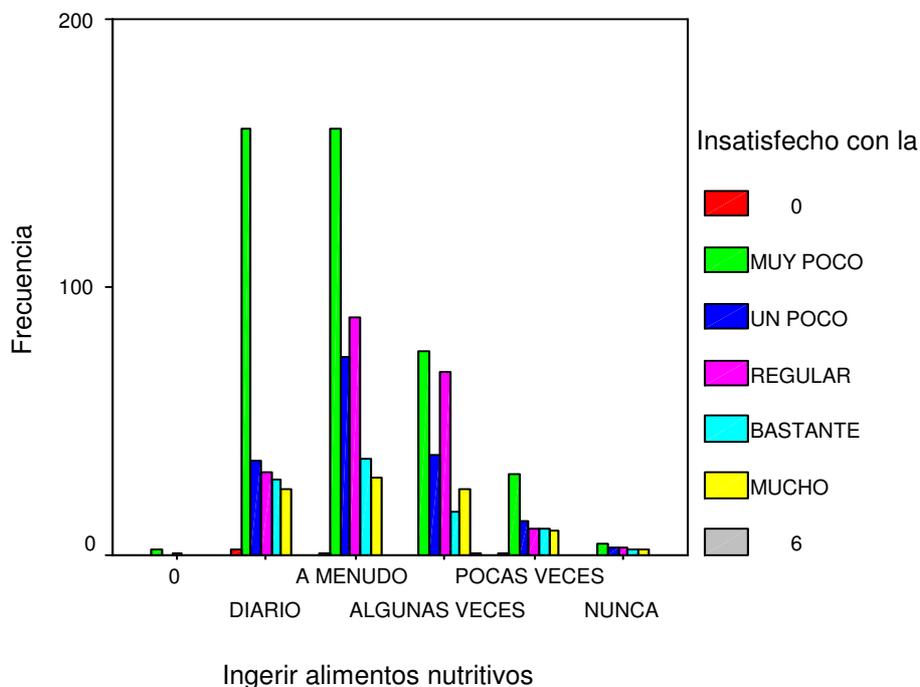


Figura 31. Muestra la relación de las categorías de ingerir alimentos nutritivos e insatisfecho con la vida.

Tabla 29. Ingerir vitaminas * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Ingerir vitaminas	0						2	2
	DIARIO		9	8	17	25	9	68
	A MENUDO		13	20	47	44	13	137
	ALGUNAS VECES	2	21	31	120	77	29	280
	POCAS VECES		31	28	100	68	25	252
	NUNCA		37	39	81	56	29	242
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.627	25	.007

Tabla 29. Frecuencia de la relación entre ingerir vitaminas y cerca de los ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 32.

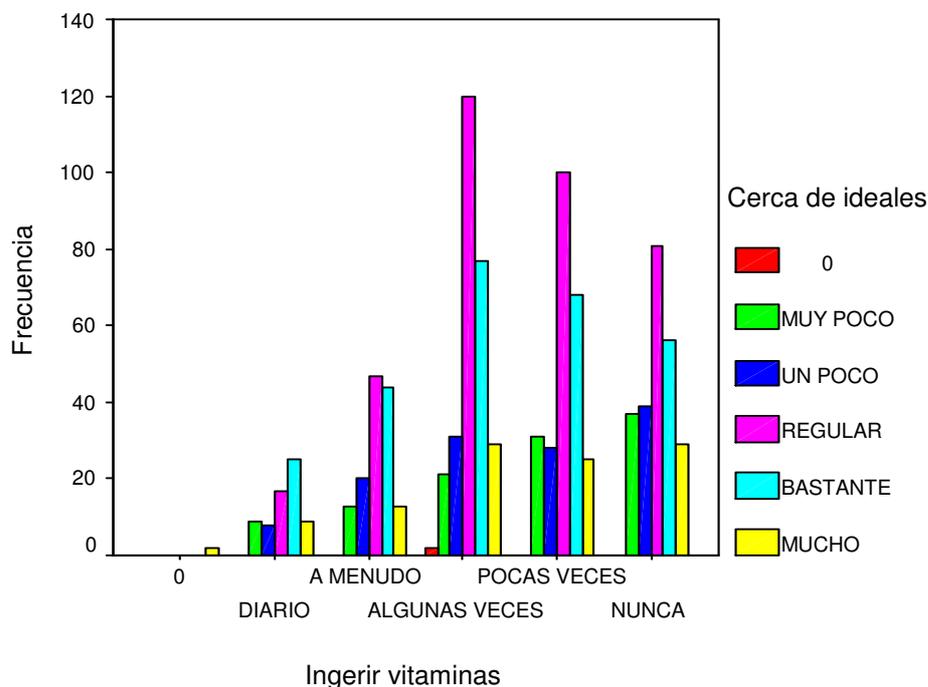


Figura 32. Muestra la relación de las categorías de ingerir vitaminas y cerca de los ideales.

Tabla 30. Ingerir vitaminas * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Ingerir vitaminas	0						2	2
	DIARIO		5	4	21	28	10	68
	A MENUDO		5	12	43	42	35	137
	ALGUNAS VECES	3	13	20	87	99	58	280
	POCAS VECES	1	14	18	80	76	63	252
	NUNCA		12	21	70	76	63	242
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.406	25	.670

Tabla 30. Frecuencia de la relación entre ingerir vitaminas y satisfacción de vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 33.

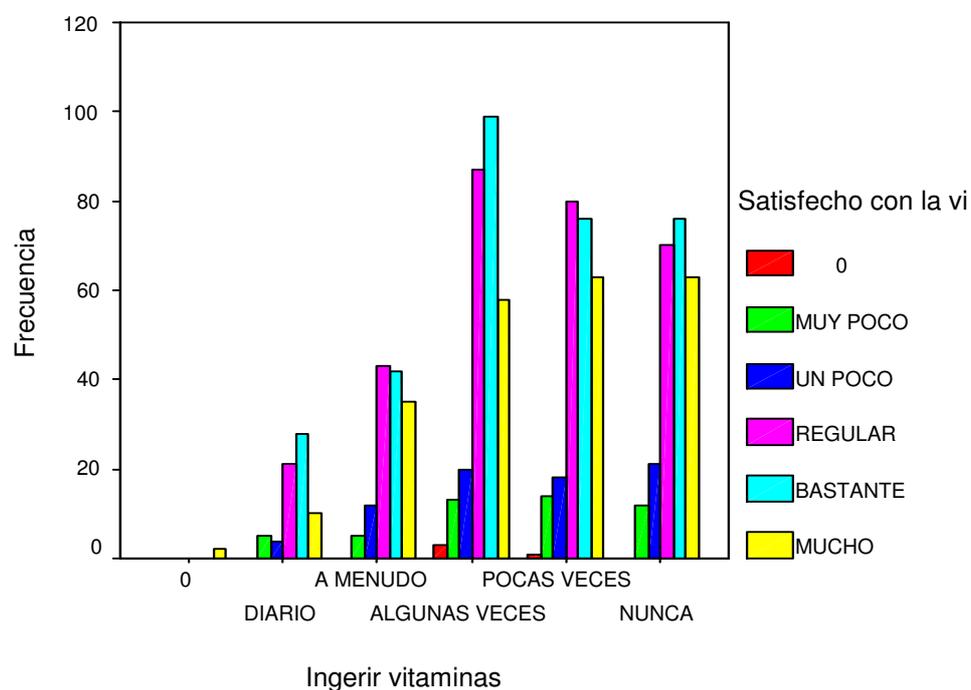


Figura 33. Muestra la relación de las categorías de ingerir vitaminas y satisfacción de vida.

Tabla 31. Ingerir vitaminas * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Ingerir vitaminas	0					2		2
	DIARIO		6	6	17	21	18	68
	A MENUDO	2	10	11	48	37	29	137
	ALGUNAS VECES	3	17	27	99	81	53	280
	POCAS VECES		14	37	85	62	54	252
	NUNCA	1	23	19	83	69	47	242
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.518	25	.434

Tabla 31. Frecuencia de la relación entre ingerir vitaminas y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 34.

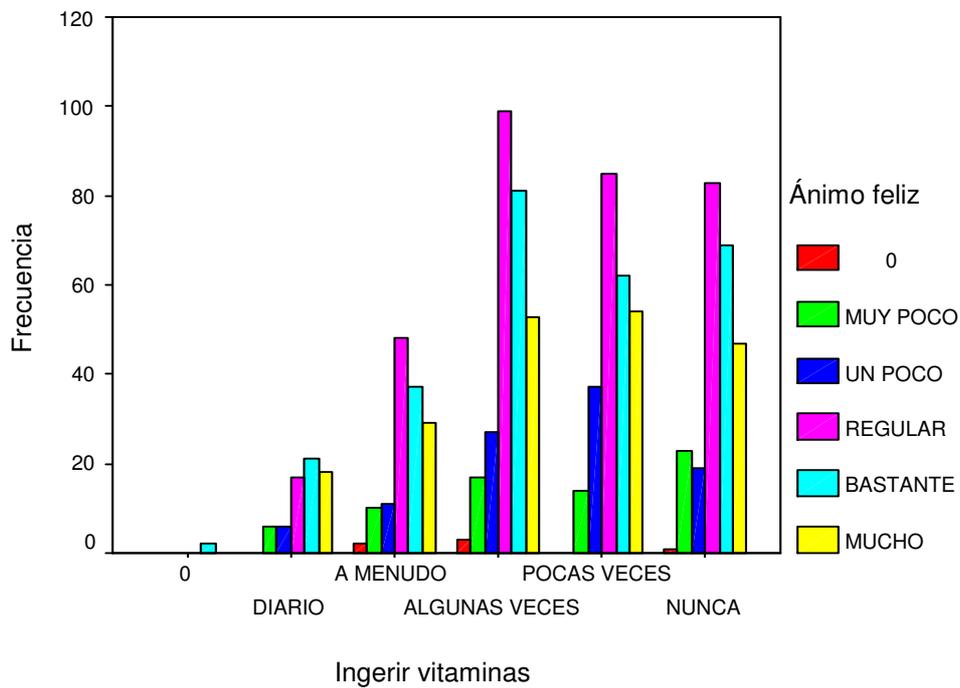


Figura 34. Muestra la relación de las categorías de ingerir vitaminas y ánimo feliz.

Tabla 32. Ingerir vitaminas * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Ingerir vitaminas	0		2						2
	DIARIO		30	10	14	6	8		68
	A MENUDO		45	22	42	15	13		137
	ALGUNAS VECES	3	128	51	51	21	26		280
	POCAS VECES	1	110	42	49	23	27		252
	NUNCA		115	37	46	27	16	1	242
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.214	30	.506

Tabla 32. Frecuencia de la relación entre ingerir vitaminas e insatisfecho con la vida y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 35.

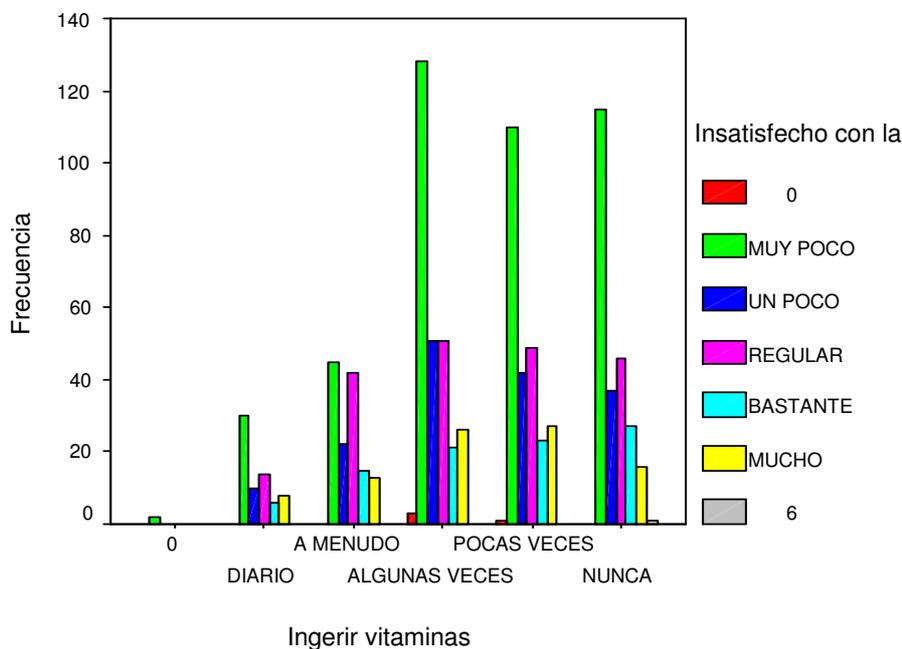


Figura 35. Muestra la relación de las categorías de ingerir vitaminas e insatisfecho con la vida.

Tabla 33. Leer sobre cuidado de salud * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Leer sobre cuidado de salud	0						2	2
	DIARIO		2	3	7	6	7	25
	A MENUDO		13	15	56	50	15	149
	ALGUNAS VECES	1	26	34	117	83	36	297
	POCAS VECES	1	32	33	115	82	23	286
	NUNCA		38	41	70	49	24	222
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51.920	25	.001

Tabla 33. Frecuencia de la relación entre leer sobre cuidado de salud y cerca de los ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 36.

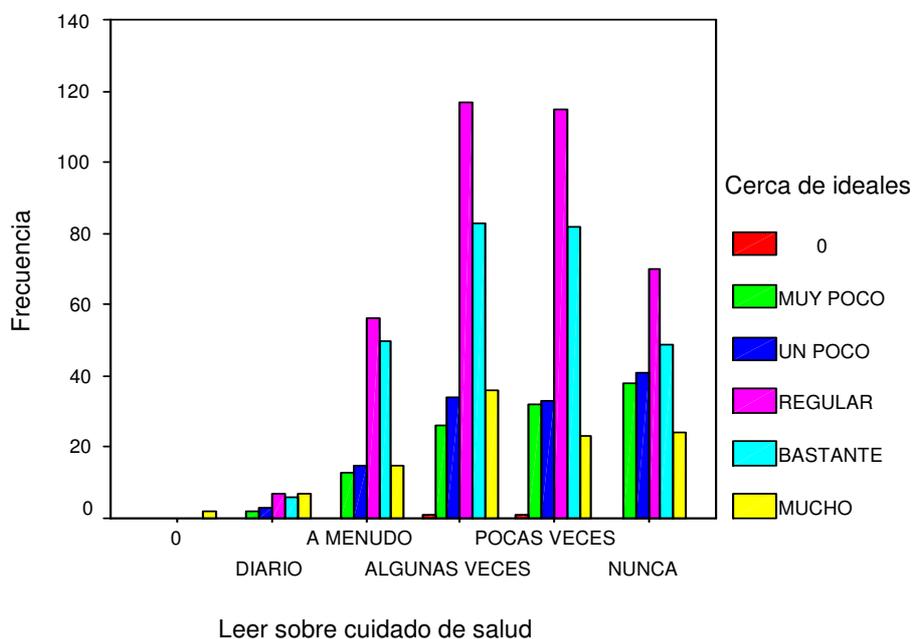


Figura 36. Muestra la relación de las categorías entre leer sobre cuidado de salud y cerca de los ideales.

Tabla 34. Leer sobre cuidado de salud * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Leer sobre cuidado de salud	0				2			2
	DIARIO	2	1		8	6	8	25
	A MENUDO	1	4	10	36	52	46	149
	ALGUNAS VECES		12	21	98	97	69	297
	POCAS VECES	1	16	27	84	108	50	286
	NUNCA		16	17	73	58	58	222
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	68.572	25	.000

Tabla 34. Frecuencia de la relación entre leer sobre cuidado de salud y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 37.

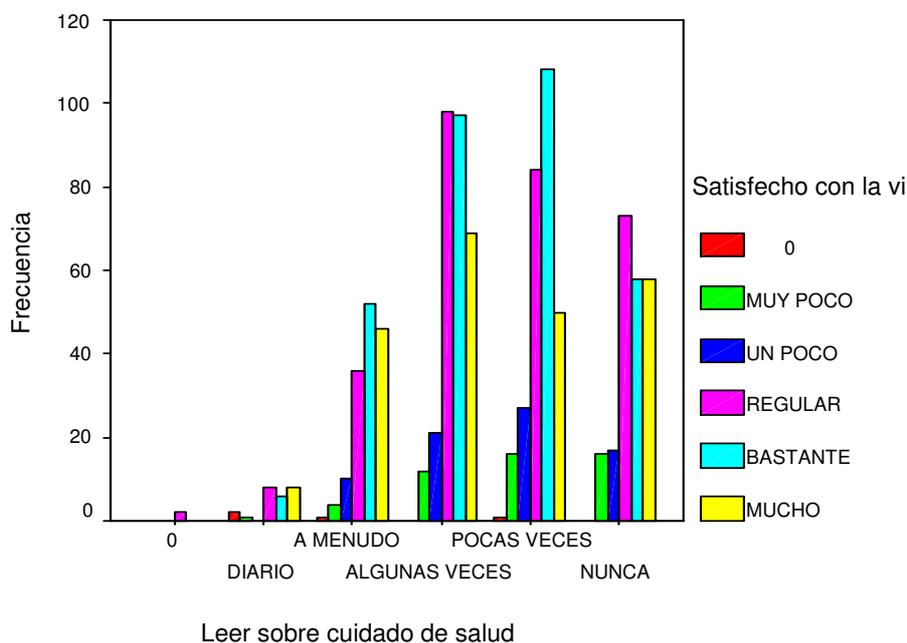


Figura 37. Muestra la relación de las categorías entre leer sobre cuidado de salud y satisfecho con la vida.

Tabla 35. Leer sobre cuidado de salud * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Leer sobre cuidado de salud	0				2			2
	DIARIO		5		5	8	7	25
	A MENUDO	1	1	16	46	42	43	149
	ALGUNAS VECES	3	22	27	92	94	59	297
	POCAS VECES	1	18	34	104	90	39	286
	NUNCA	1	24	23	83	38	53	222
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	57.860	25	.000

Tabla 35. Frecuencia de la relación entre leer sobre cuidado de salud y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 38.

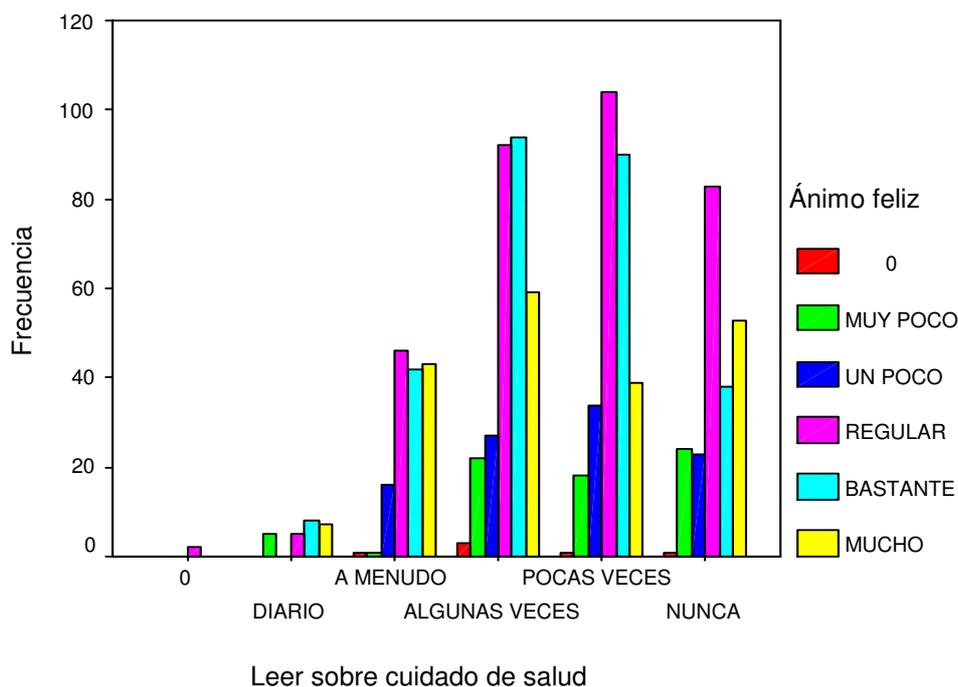


Figura 38. Muestra la relación de las categorías entre leer sobre cuidado de salud y ánimo feliz.

Tabla 36. Leer sobre cuidado de salud * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Leer sobre cuidado de salud	0			2					2
	DIARIO		12	8	3	1	1		25
	A MENUDO	1	67	19	29	16	17		149
	ALGUNAS VECES	2	131	47	59	23	35		297
	POCAS VECES	1	122	51	68	29	14	1	286
	NUNCA		98	35	43	23	23		222
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	34.695	30	.254

Tabla 36. Frecuencia de la relación entre leer sobre cuidado de salud e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 39.

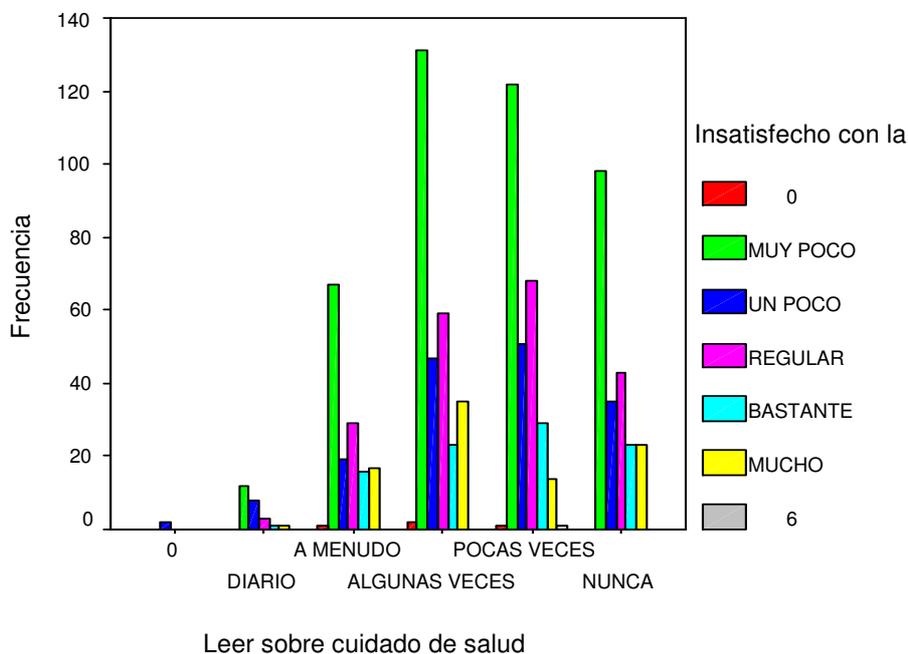


Figura 39. Muestra la relación de las categorías entre leer sobre cuidado de salud e insatisfecho con la vida.

Tabla 37. Medir colesterol * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Medir colesterol	0					1		1
	DIARIO		2	10	5	10		27
	A MENUDO		4	6	21	15	5	51
	ALGUNAS VECES	1	10	14	55	44	26	150
	POCAS VECES		9	22	63	51	26	171
	NUNCA	1	86	74	221	149	50	581
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	53.571	25	.001

Tabla 37. Frecuencia de la relación entre medir el colesterol y cerca de ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 40.

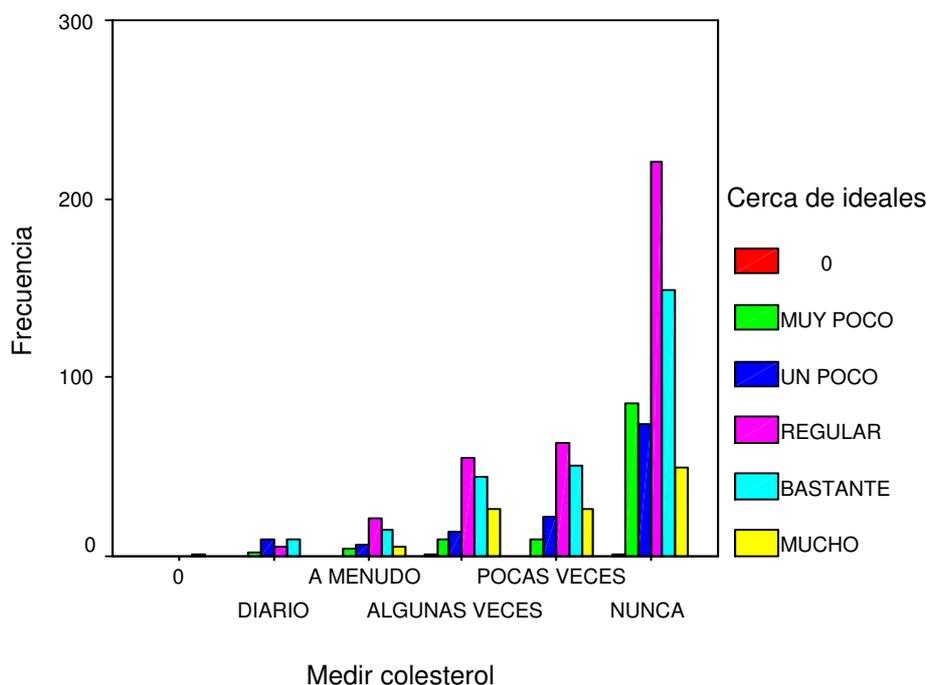


Figura 40. Muestra la relación de las categorías entre medir el colesterol y cerca de ideales.

Tabla 38. Medir colesterol * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Medir colesterol	0					1		1
	DIARIO		2	6	6	11	2	27
	A MENUDO		1	3	13	18	16	51
	ALGUNAS VECES	1	6	8	41	49	45	150
	POCAS VECES		7	7	37	73	47	171
	NUNCA	3	33	51	204	169	121	581
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46.410	25	.006

Tabla 38. Frecuencia de la relación entre medir el colesterol y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 41.

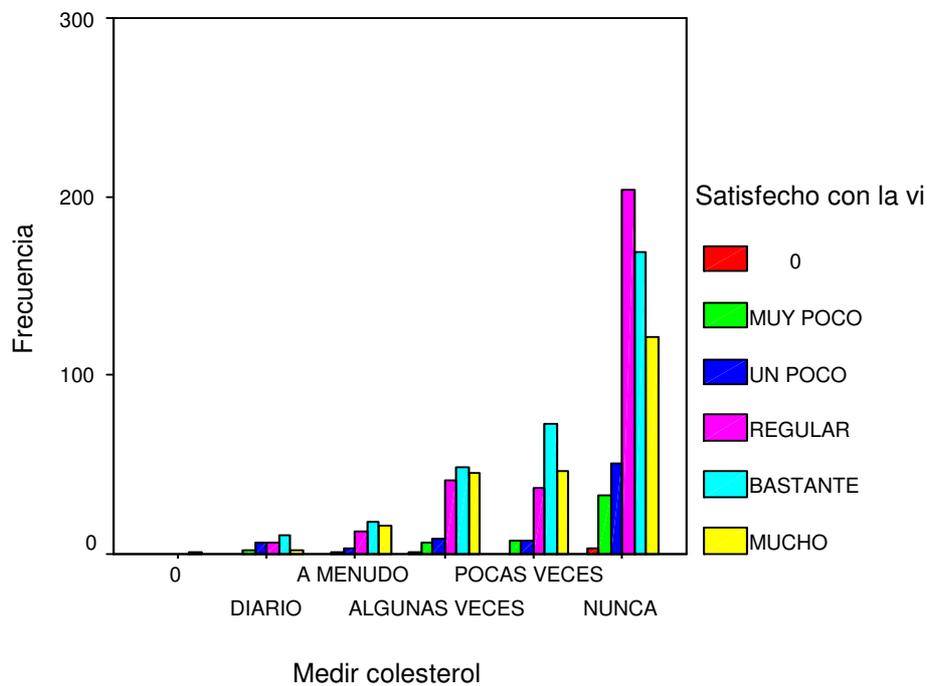


Figura 41. Muestra la relación de las categorías entre medir el colesterol y satisfecho con la vida.

Tabla 39. Medir colesterol * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Medir colesterol	0							1
	DIARIO		5	5	6	9	2	27
	A MENUDO	1	2	3	15	16	14	51
	ALGUNAS VECES		4	24	40	47	35	150
	POCAS VECES	1	12	13	59	55	31	171
	NUNCA	4	47	55	212	144	119	581
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	38.683	25	.040

Tabla 39. Frecuencia de la relación entre medir el colesterol y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 42.

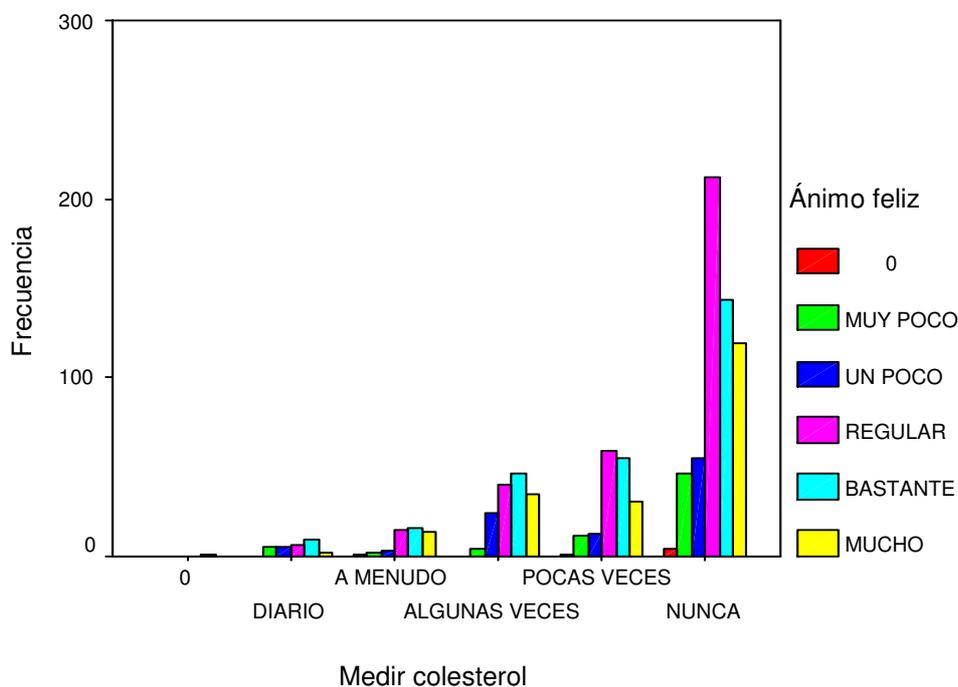


Figura 42. Muestra la relación de las categorías entre medir el colesterol y ánimo feliz.

Tabla 40. Medir colesterol * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Medir colesterol	0						1		1
	DIARIO		9	5	4	5	4		27
	A MENUDO		22	9	9	8	3		51
	ALGUNAS VECES	1	73	25	30	14	7		150
	POCAS VECES		85	32	27	12	15		171
	NUNCA	3	241	91	132	53	60	1	581
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.674	30	.383

Tabla 40. Frecuencia de la relación entre medir el colesterol e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 43.

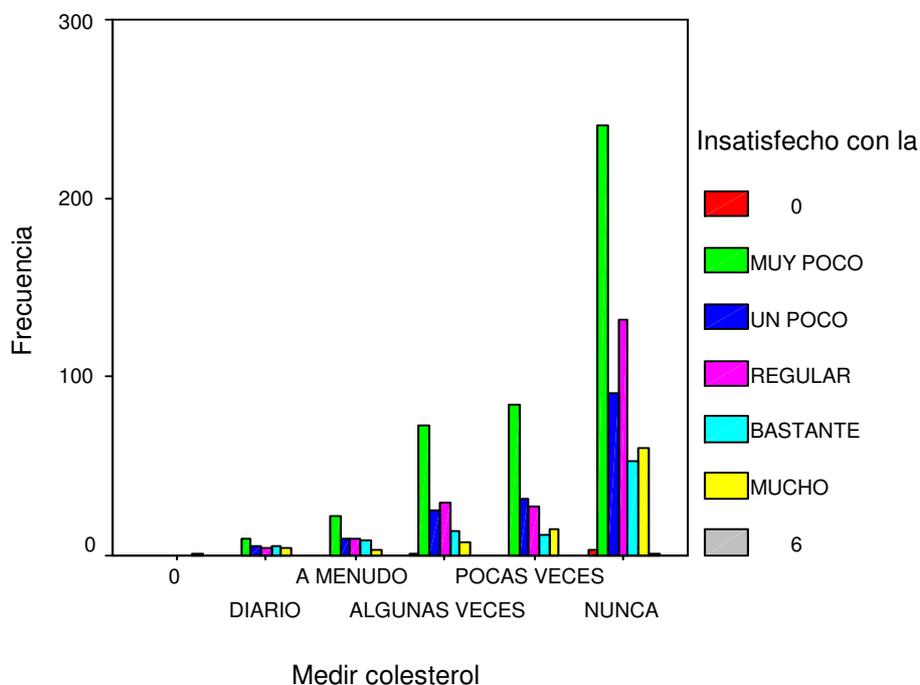


Figura 43. Muestra la relación de las categorías entre medir el colesterol e insatisfecho con la vida.

Tabla 41. Platicar con amigos sobre salud * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Platicar con amigos sobre salud	0					1		1
	DIARIO			6	6	5	1	18
	A MENUDO	1	9	12	40	26	9	97
	ALGUNAS VECES		40	42	121	107	42	352
	POCAS VECES	1	27	31	123	83	29	294
	NUNCA		35	35	75	48	26	219
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.784	25	.137

Tabla 41. Frecuencia de la relación entre platicar con amigos sobre salud y cerca de ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 44.

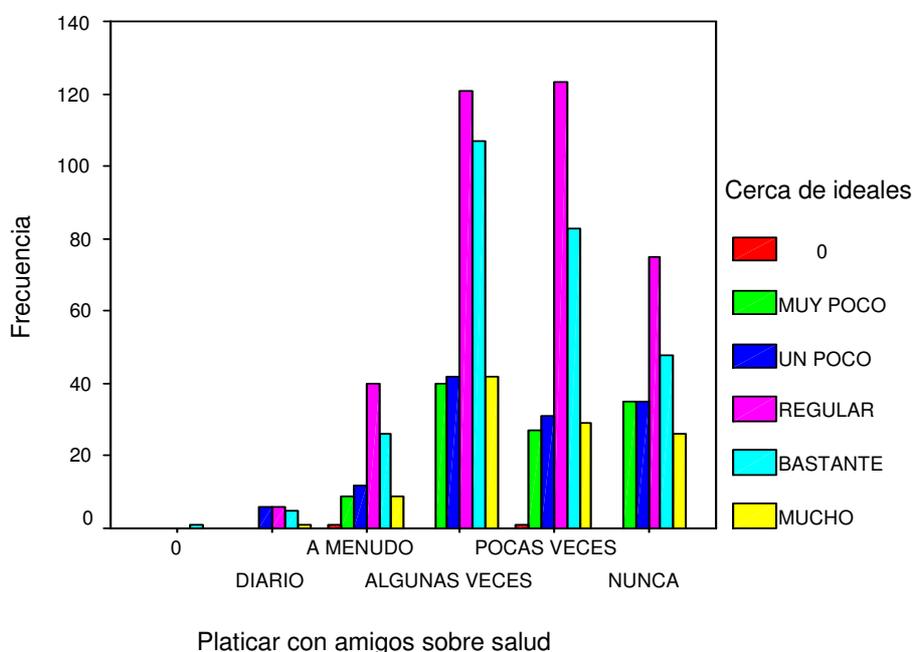


Figura 44. Muestra la relación de las categorías entre platicar con amigos sobre salud y cerca de ideales.

Tabla 42. Platicar con amigos sobre salud * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Platicar con amigos sobre salud	0					1		1
	DIARIO			3	3	6	6	18
	A MENUDO		2	5	28	39	23	97
	ALGUNAS VECES		17	22	115	111	87	352
	POCAS VECES	2	9	27	90	114	52	294
	NUNCA	2	21	18	65	50	63	219
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.712	25	.007

Tabla 42. Frecuencia de la relación entre platicar con amigos sobre salud y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 45.

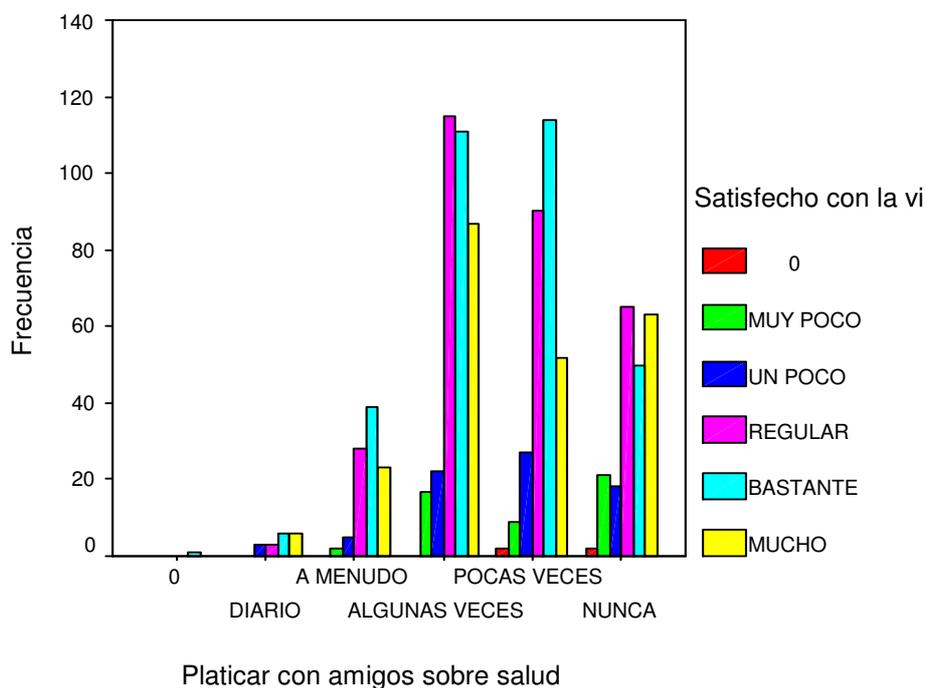


Figura 45. Muestra la relación de las categorías entre platicar con amigos sobre salud y satisfecho con la vida.

Tabla 43. Platicar con amigos sobre salud * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Platicar con amigos sobre salud	0					1		1
	DIARIO		1	3	6	1	7	18
	A MENUDO		4	13	28	28	24	97
	ALGUNAS VECES	3	24	37	114	111	63	352
	POCAS VECES	2	12	26	120	84	50	294
	NUNCA	1	29	21	64	47	57	219
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.536	25	.004

Tabla 43. Frecuencia de la relación entre platicar con amigos sobre salud y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 46.

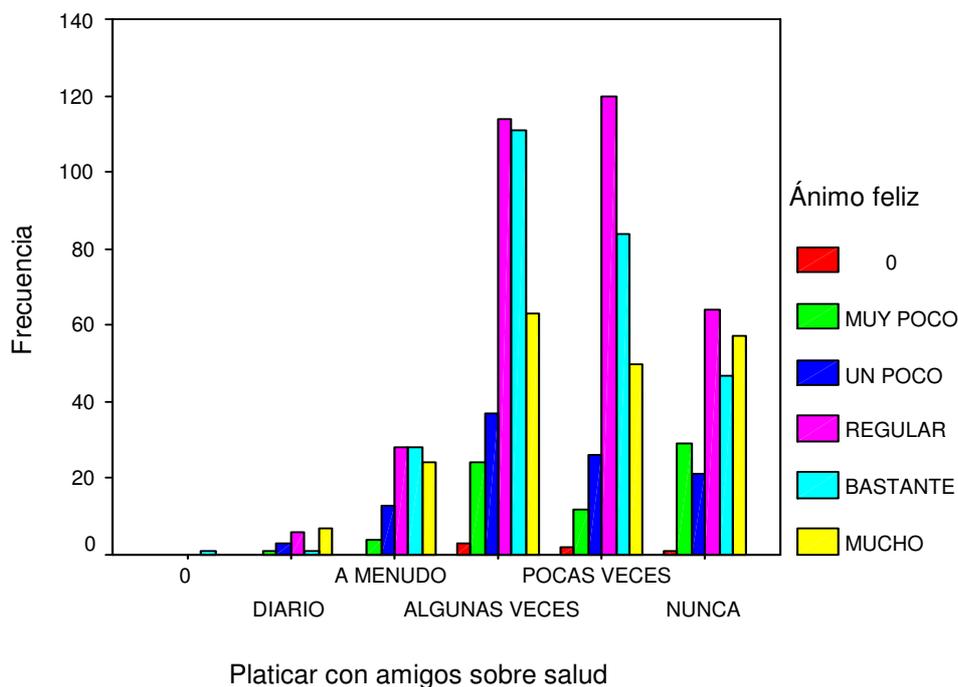


Figura 46. Muestra la relación de las categorías entre platicar con amigos sobre salud y ánimo feliz.

Tabla 44. Platicar con amigos sobre salud * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Platicar con amigos sobre salud	0						1		1
	DIARIO		6	3	4		5		18
	A MENUDO		40	16	21	12	8		97
	ALGUNAS VECES	2	142	66	78	38	26		352
	POCAS VECES	2	136	53	58	16	28	1	294
	NUNCA		106	24	41	26	22		219
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	41.920	30	.073

Tabla 44. Frecuencia de la relación entre platicar con amigos sobre salud e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 47.

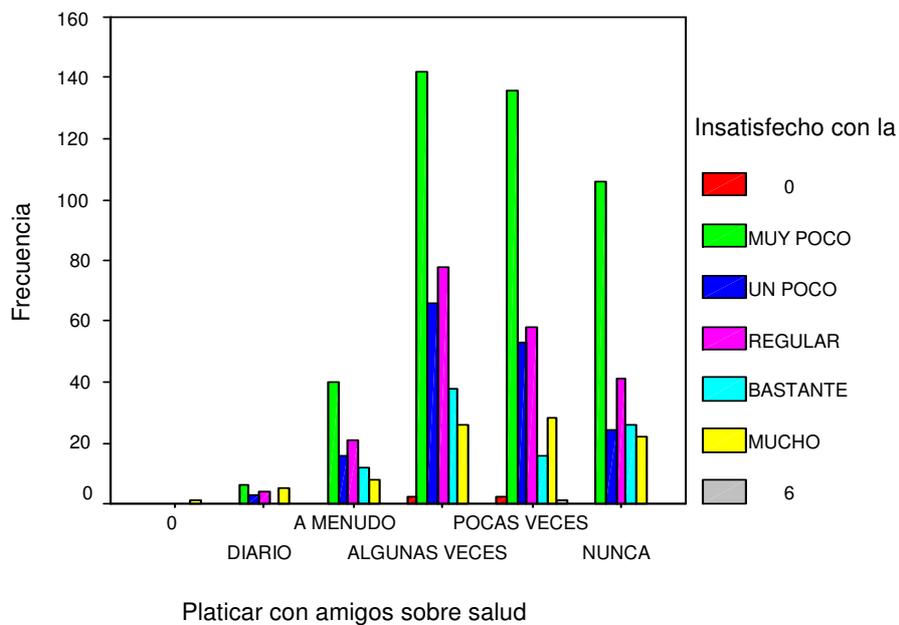


Figura 47. Muestra la relación de las categorías entre platicar con amigos sobre salud e insatisfecho con la vida.

Tabla 45. Realizar ejercicio * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Realizar ejercicio	DIARIO		8	16	41	22	14	101
	A MENUDO		12	6	58	60	14	150
	ALGUNAS VECES	1	23	30	92	85	25	256
	POCAS VECES	1	23	34	99	43	22	222
	NUNCA		45	40	75	60	31	251
	45						1	1
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	65.678	25	.000

Tabla 45. Frecuencia de la relación entre realizar ejercicio y cerca de ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 48.

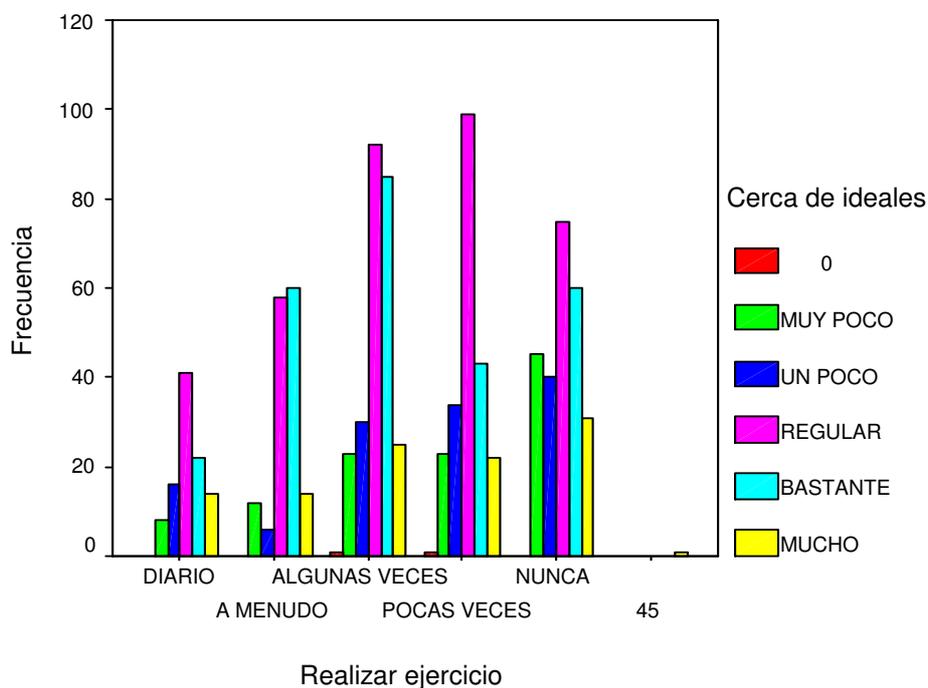


Figura 48. Muestra la relación de las categorías entre realizar ejercicio y cerca de ideales.

Tabla 46. Realizar ejercicio * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Realizar ejercicio	DIARIO		7	3	20	37	34	101
	A MENUDO		6	11	41	56	36	150
	ALGUNAS VECES		8	18	82	93	55	256
	POCAS VECES	1	10	15	80	67	49	222
	NUNCA	3	18	28	78	68	56	251
45							1	1
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39.033	25	.037

Tabla 46. Frecuencia de la relación entre realizar ejercicio y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 49.

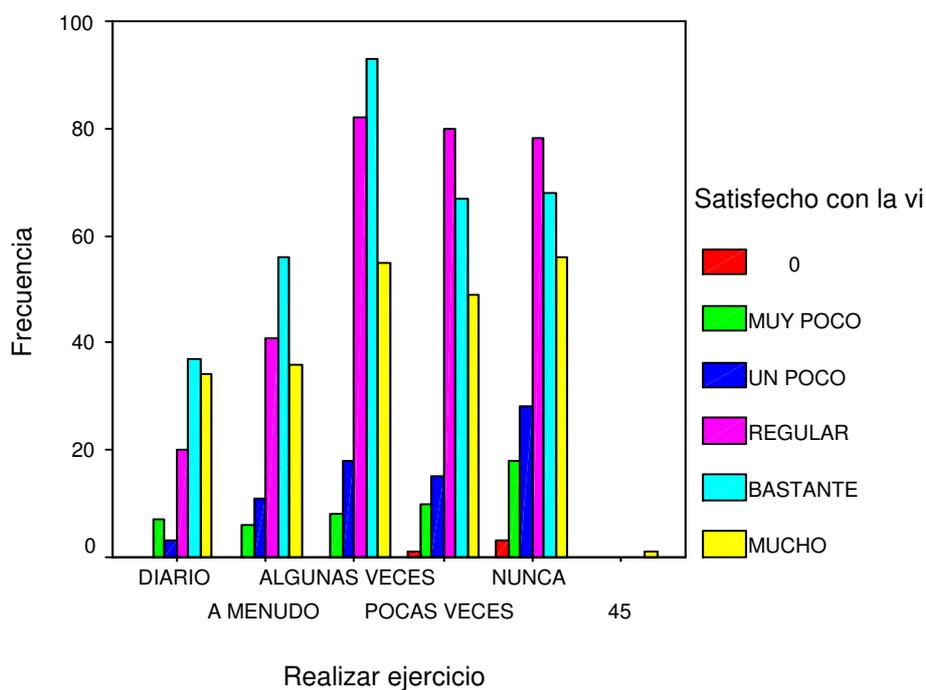


Figura 49. Muestra la relación de las categorías entre realizar ejercicio y satisfecho con la vida.

Tabla 47. Realizar ejercicio * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Realizar ejercicio	DIARIO	2	10	6	27	18	38	101
	A MENUDO		12	9	42	53	34	150
	ALGUNAS VECES	2	13	17	87	98	39	256
	POCAS VECES		10	30	88	54	40	222
	NUNCA	2	25	38	88	49	49	251
	45						1	1
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	81.596	25	.000

Tabla 47. Frecuencia de la relación entre realizar ejercicio y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 50.

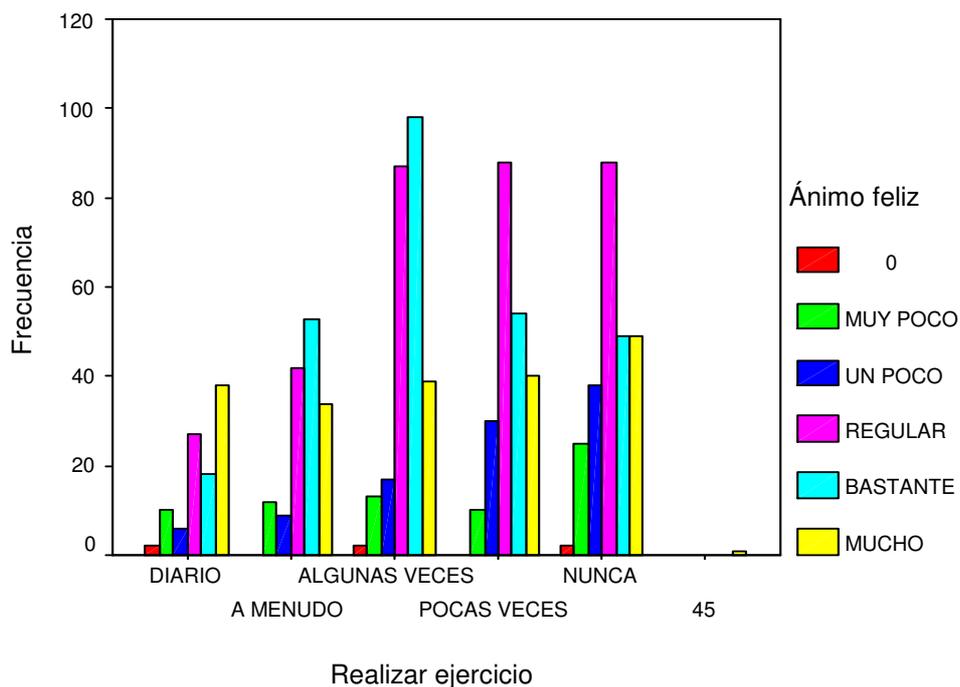


Figura 50. Muestra la relación de las categorías entre realizar ejercicio y ánimo feliz.

Tabla 48. Realizar ejercicio * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Realizar ejercicio	DIARIO	2	41	21	12	8	17		101
	A MENUDO		69	22	30	13	16		150
	ALGUNAS VECES		120	38	53	26	19		256
	POCAS VECES	1	89	46	47	22	16	1	222
	NUNCA	1	110	35	60	23	22		251
	45		1						1
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	33.722	30	.292

Tabla 48. Frecuencia de la relación entre realizar ejercicio e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 51.

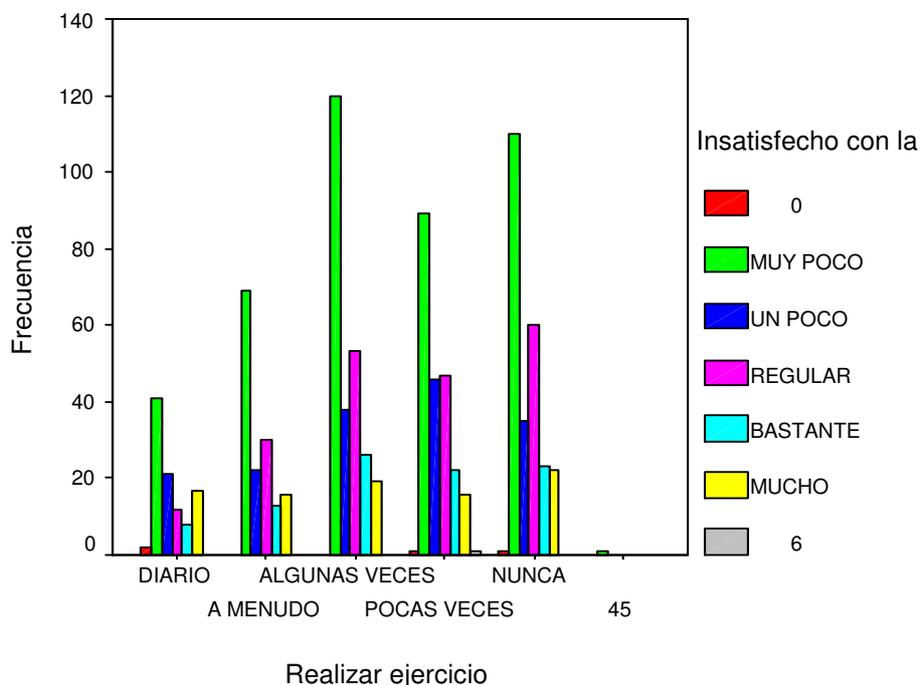


Figura 51. Muestra la relación de las categorías entre realizar ejercicio e insatisfecho con la vida.

Tabla 49. Usar hilo dental * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Usar hilo dental	DIARIO		7	9	17	19	7	59
	A MENUDO		12	5	36	39	10	102
	ALGUNAS VECES		10	12	68	50	16	156
	POCAS VECES		17	18	58	44	17	154
	NUNCA	2	65	82	186	118	57	510
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	31.723	20	.046

Tabla 49. Frecuencia de la relación entre usar hilo dental y cerca de ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 52.

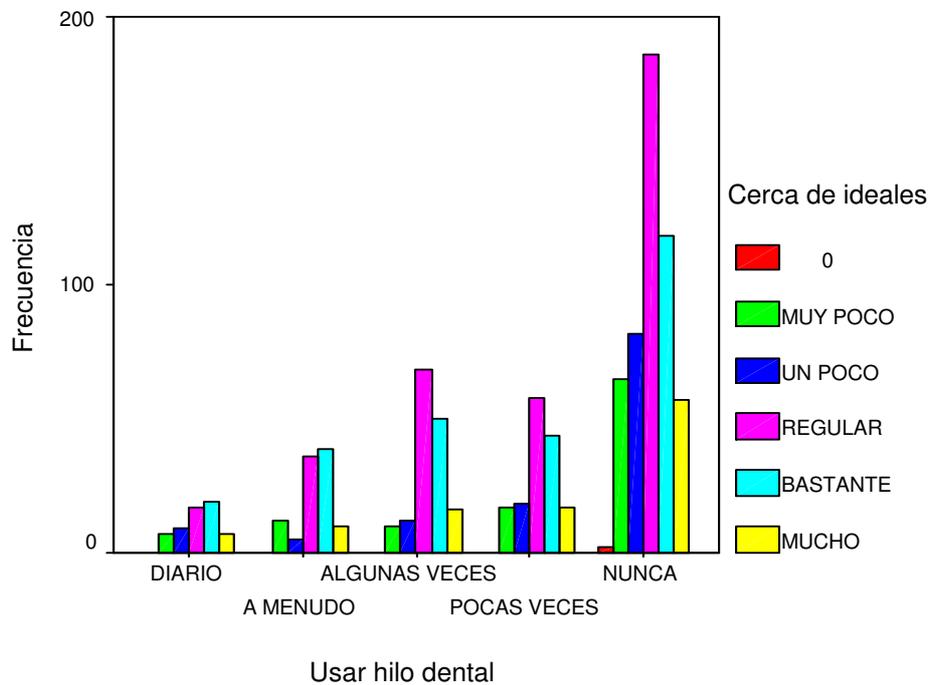


Figura 52. Muestra la relación de las categorías entre usar hilo dental y cerca de ideales.

Tabla 50. Usar hilo dental * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Usar hilo dental	DIARIO		8	2	9	28	12	59
	A MENUDO		3	4	31	38	26	102
	ALGUNAS VECES		5	18	41	60	32	156
	POCAS VECES	3	9	9	55	45	33	154
	NUNCA	1	24	42	165	150	128	510
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	46.429	20	.001

Tabla 50. Frecuencia de la relación entre usar hilo dental y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 53.

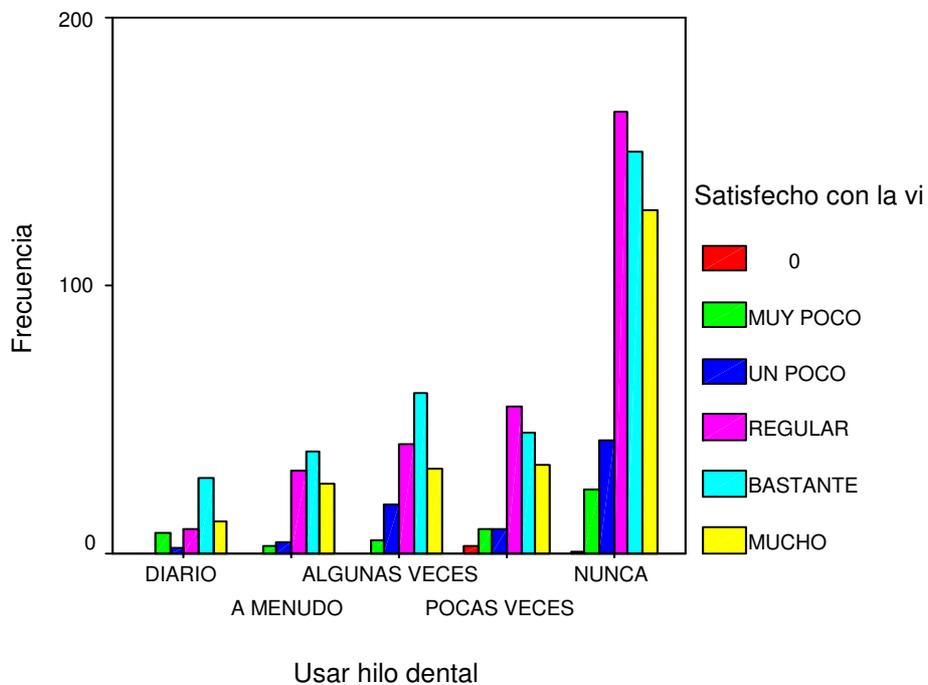


Figura 53. Muestra la relación de las categorías usar hilo dental y satisfecho con la vida.

Tabla 51. Usar hilo dental * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Usar hilo dental	DIARIO	1	11	5	9	18	15	59
	A MENUDO		7	12	39	22	22	102
	ALGUNAS VECES		13	12	45	55	31	156
	POCAS VECES	1	9	18	55	44	27	154
	NUNCA	4	30	53	184	133	106	510
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.878	20	.035

Tabla 51. Frecuencia de la relación entre usar hilo dental y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 54.

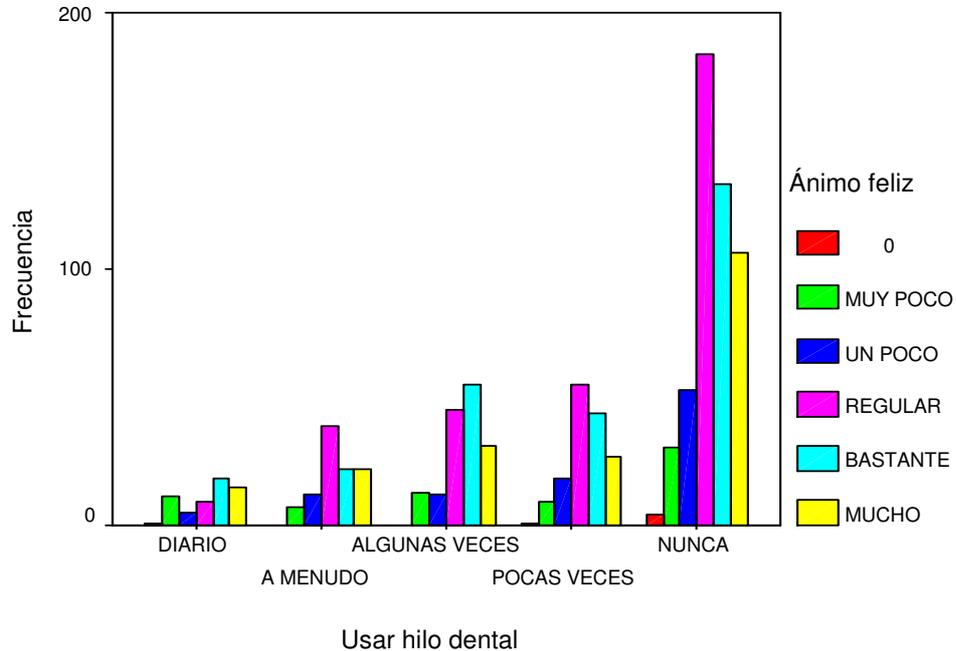


Figura 54. Muestra la relación de las categorías usar hilo dental y animo feliz.

Tabla 52. Usar hilo dental * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Usar hilo dental	DIARIO		25	16	3	2	13		59
	A MENUDO		48	9	20	17	8		102
	ALGUNAS VECES		70	25	36	10	14	1	156
	POCAS VECES	1	61	24	42	13	13		154
	NUNCA	3	226	88	101	50	42		510
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48.174	24	.002

Tabla 52. Frecuencia de la relación entre usar hilo dental e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 55.

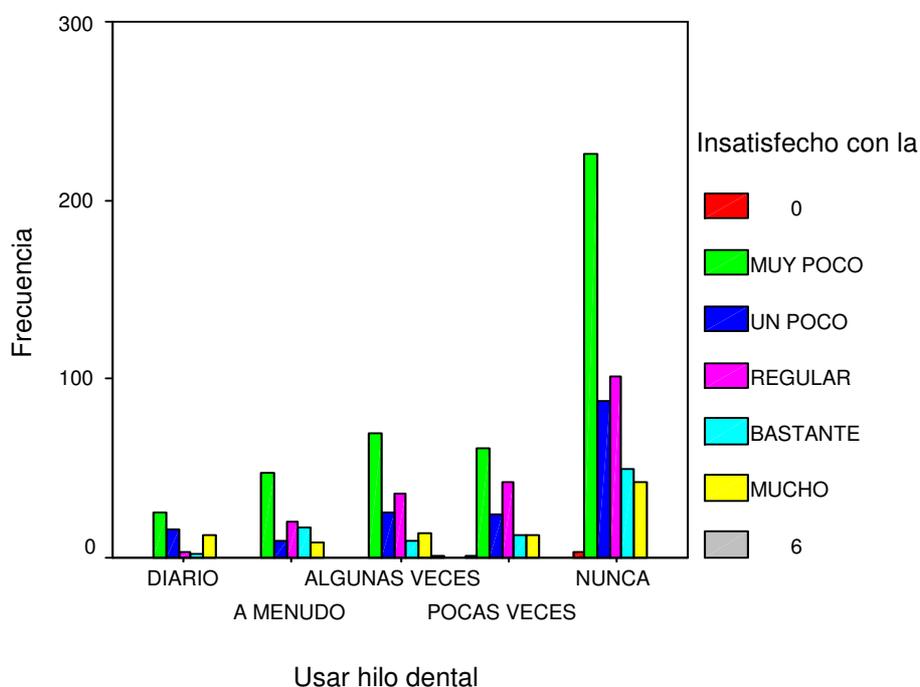


Figura 55. Muestra la relación de las categorías usar hilo dental e insatisfecho con la vida.

Tabla 53. Usar cinturón de seguridad * Cerca de ideales.

		Cerca de ideales						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Usar cinturón de seguridad	DIARIO		34	36	107	107	47	331
	A MENUDO		22	19	88	63	22	214
	ALGUNAS VECES	2	14	21	54	41	17	149
	POCAS VECES		11	10	33	19	5	78
	NUNCA		30	40	83	40	16	209
Total		2	111	126	365	270	107	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44.153	20	.001

Tabla 53. Frecuencia de la relación entre usar cinturón de seguridad y cerca de ideales; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 56.

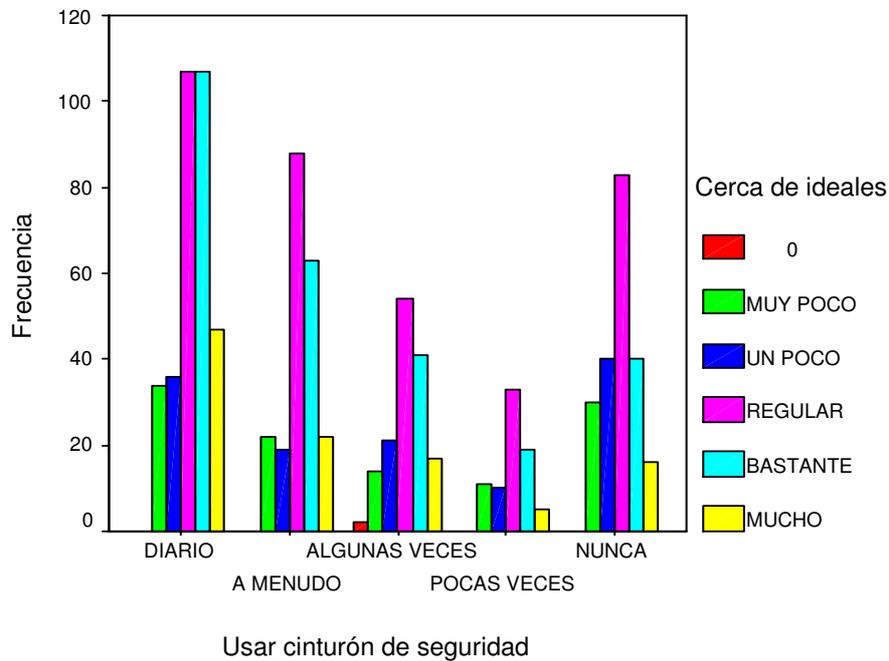


Figura 56. Muestra la relación de las categorías usar cinturón de seguridad y cerca de ideales.

Tabla 54. Usar cinturón de seguridad * Satisfecho con la vida.

		Satisfecho con la vida						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Usar cinturón de seguridad	DIARIO		16	25	85	100	105	331
	A MENUDO	1	3	11	70	96	33	214
	ALGUNAS VECES	1	4	10	44	49	41	149
	POCAS VECES		5	10	27	25	11	78
	NUNCA	2	21	19	75	51	41	209
Total		4	49	75	301	321	231	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67.569	20	.000

Tabla 54. Frecuencia de la relación entre usar cinturón de seguridad y satisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 57.

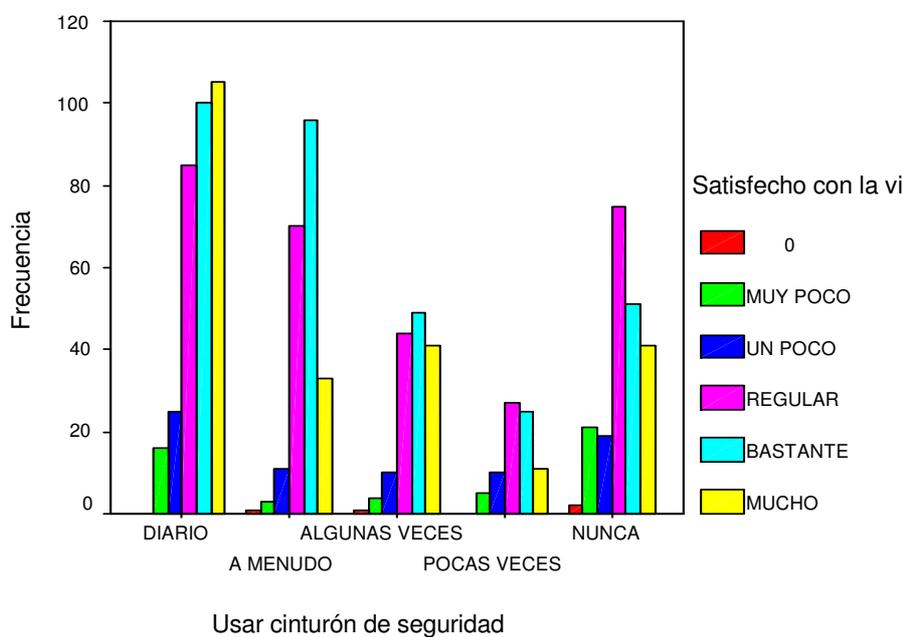


Figura 55. Muestra la relación de las categorías usar cinturón de seguridad y satisfecho con la vida.

Tabla 55. Usar cinturón de seguridad * Ánimo feliz.

		Ánimo feliz						Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
Usar cinturón de seguridad	DIARIO	3	20	25	101	89	93	331
	A MENUDO	1	13	23	80	71	26	214
	ALGUNAS VECES		7	17	49	46	30	149
	POCAS VECES	1	3	10	30	26	8	78
	NUNCA	1	27	25	72	40	44	209
Total		6	70	100	332	272	201	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51.338	20	.000

Tabla 55. Frecuencia de la relación entre usar cinturón de seguridad y ánimo feliz; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 58.

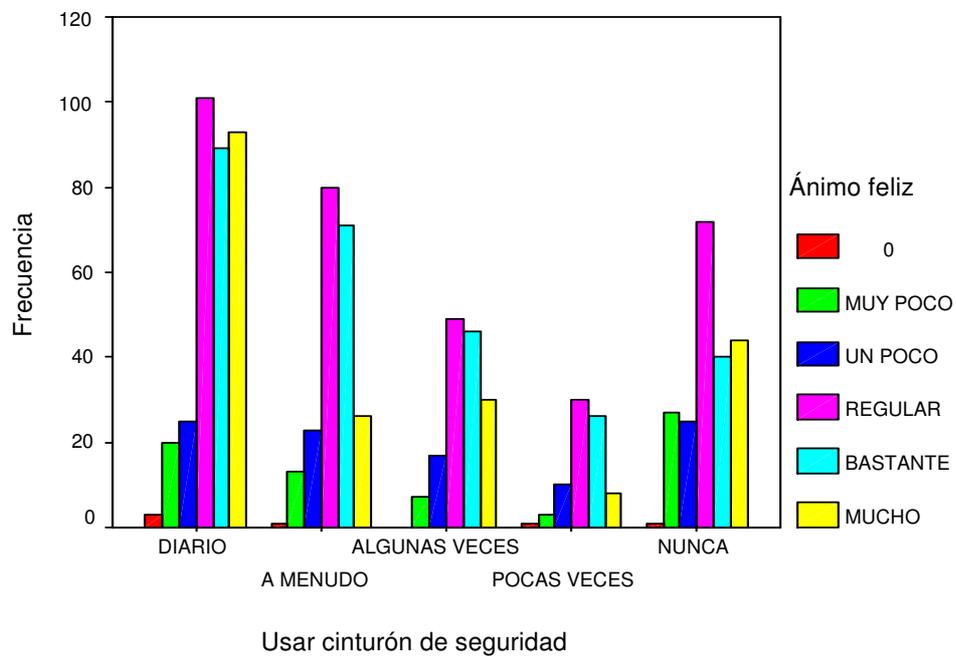


Figura 58. Muestra la relación de las categorías usar cinturón de seguridad y animo feliz.

Tabla 56. Usar cinturón de seguridad * Insatisfecho con la vida.

		Insatisfecho con la vida							Total
		0	MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	6	
Usar cinturón de seguridad	DIARIO	2	153	39	67	22	47	1	331
	A MENUDO	1	109	32	38	20	14		214
	ALGUNAS VECES	1	54	31	37	15	11		149
	POCAS VECES		30	16	21	7	4		78
	NUNCA		84	44	39	28	14		209
Total		4	430	162	202	92	90	1	981

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.957	24	.008

Tabla 56. Frecuencia de la relación entre usar cinturón de seguridad e insatisfecho con la vida; y resultados de la Chi cuadrada.

Figura 59.

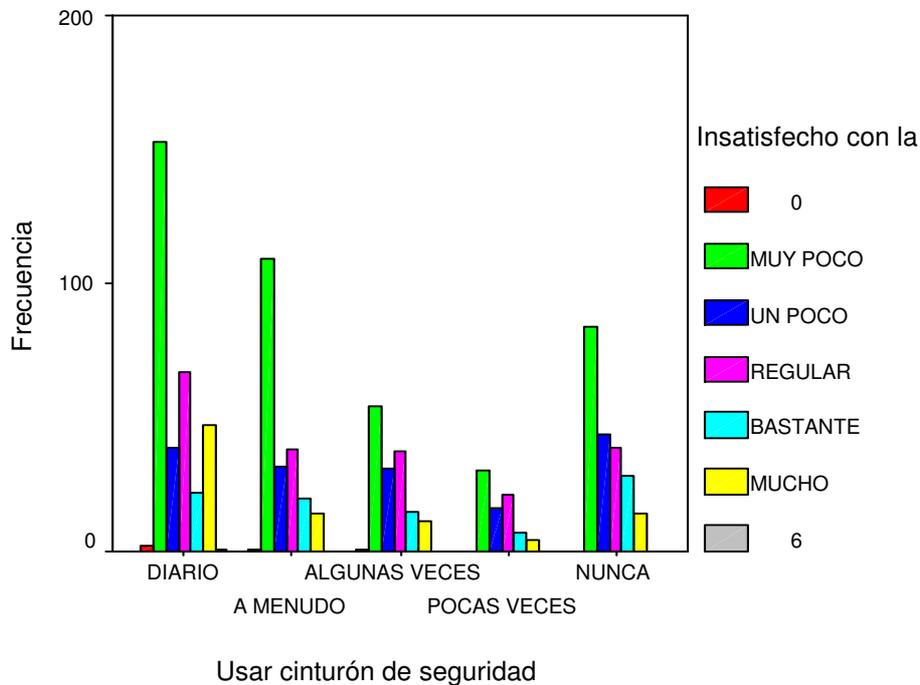


Figura 59. Muestra la relación de las categorías usar cinturón de seguridad e insatisfecho con la vida.

6.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE TABLAS Y GRAFICAS.

Tabla 1.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre beber sin cafeína y estar cerca de los ideales, ya que como se muestra en la figura 4, los individuos que reportaron beber diariamente sin cafeína, se encuentran más cerca de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca beben sin cafeína, están más lejos de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho beber sin cafeína, están más cerca de sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, casi nunca beber cafeína, están más lejos de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 1, donde de un total de 981 individuos encuestados, 145 indicaron casi nunca beber sin cafeína, de los cuales 13 sujetos muy poco y 26 un poco beben sin cafeína, por lo tanto, están más lejos de sus ideales; por lo contrario, 278 individuos reportaron beber sin cafeína diariamente, de los cuales 70 sujetos bastante y 42 mucho beben sin cafeína, por lo tanto, estos individuos están más cerca de cumplir sus ideales. Con estos resultados se puede observar que beber sin cafeína influye en estar cerca de los ideales de los sujetos.

Tabla 2.

Entre las variables beber sin cafeína y estar satisfecho con la vida; se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.018$); ya que como se muestra en la figura 5, los individuos que reportaron beber diariamente sin cafeína, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca beben sin cafeína, están lejos de estar satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho beber sin cafeína, están más satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, casi nunca beber sin cafeína, están más lejos de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 2, donde de un total de 981 individuos encuestados, 145 indicaron casi nunca beber sin cafeína, de los cuales 6 sujetos muy poco y 14 un poco beben sin cafeína, por lo tanto, están poco satisfechos con la vida; por lo contrario, 278 individuos reportaron beber sin cafeína diariamente, de los cuales 80 sujetos bastante y 85 mucho beben sin cafeína, por lo tanto, estos individuos están muy satisfechos con la vida

que llevan. Con estos resultados se puede observar que beber sin cafeína influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 3.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.040$); entre beber sin cafeína y ánimo feliz, ya que como se muestra en la figura 6, los individuos que reportaron beber diariamente sin cafeína, se encuentran con ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca beben sin cafeína, están con poco ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho beber sin cafeína, están con un excelente ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, casi nunca beber sin cafeína, y están con poco ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 3, donde de un total de 981 individuos encuestados, 145 indicaron casi nunca beber cafeína, de los cuales 12 sujetos muy poco y 14 un poco beben sin cafeína, por lo tanto, están con muy poco ánimo feliz; por lo contrario, 278 individuos reportaron beber sin cafeína diariamente, de los cuales 78 sujetos bastante y 66 mucho beben sin cafeína, por lo tanto, estos individuos están con un buen ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que beber sin cafeína influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 4.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.362$); entre beber sin cafeína y estar insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 7, los individuos que reportaron beber diariamente sin cafeína, se encuentran poco insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca beben sin cafeína, están insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco beber sin cafeína diariamente, están lejos de estar insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, casi nunca beber sin cafeína, están completamente insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 4, donde de un total de 981 individuos encuestados, 145 indicaron casi nunca beber sin cafeína, de los cuales 15 sujetos bastante y mucho un poco beben sin cafeína, por lo tanto, están más cerca de estar insatisfechos con la vida; por lo contrario, 278 individuos reportaron beber sin cafeína diariamente, de los cuales 138 sujetos muy poco y 39 un poco beben sin cafeína, por lo tanto, estos individuos están poco insatisfechos con la vida. Con

estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre beber sin cafeína e insatisfecho con la vida.

Tabla 5.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.23$); entre las variables caminar a diario y estar cerca de los ideales, ya que como se muestra en la figura 8, los individuos que reportaron caminar a diario, se encuentran más cerca de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca caminan a diario, están más lejos de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho caminar a diario, están más cerca de cumplir con sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, casi nunca caminar a diario, están más alejados de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 5, donde de un total de 981 individuos encuestados, 94 indicaron casi nunca caminar a diario, de los cuales 19 sujetos muy poco y 12 un poco caminar a diario, por lo tanto, están muy lejos de alcanzar sus ideales; por lo contrario, 252 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 65 sujetos bastante y 41 mucho caminar a diario, por lo tanto, estos individuos están muy cerca de cumplir sus ideales. Con estos resultados se puede observar que caminar a diario influye en estar cerca de los ideales.

Tabla 6.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre caminar a diario y estar satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 9, los individuos que reportaron caminar a diario, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca caminan a diario, están más lejos de estar satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho caminar a diario, están más satisfechos con la vida que llevan, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, casi nunca caminar a diario, están más alejados de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 6, donde de un total de 981 individuos encuestados, 94 indicaron casi nunca caminar a diario, de los cuales 3 sujetos muy poco y 16 un poco caminar a diario, por lo tanto, están muy lejos de estar satisfechos con la vida; por lo contrario, 252 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 85 sujetos bastante y 81 mucho caminar a diario, por lo tanto, estos individuos están más satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que caminar a diario influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 7.

Entre las variables caminar a diario y ánimo feliz, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); ya que como se muestra en la figura 10, los individuos que reportaron caminar a diario, se encuentran con un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca caminan a diario, están más lejos de tener un ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho caminar a diario, tienen un excelente ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, casi nunca caminar a diario, están más alejados de estar con un ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 7, donde de un total de 981 individuos encuestados, 94 indicaron casi nunca caminar a diario, de los cuales 8 sujetos muy poco y 12 un poco caminar a diario, por lo tanto, están muy lejos de tener ánimo feliz; por lo contrario, 252 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 85 sujetos bastante y 76 mucho caminan a diario, por lo tanto, estos individuos están con un buen ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que caminar a diario influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 8.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.044$); entre caminar a diario e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 11, los individuos que reportaron caminar a diario, se encuentran poco insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca caminan a diario, están más insatisfechos con la vida que realizan, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco caminar a diario, se encuentran muy poco insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, casi nunca caminar a diario, están muy insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 8, donde de un total de 981 individuos encuestados, 94 indicaron casi nunca caminar a diario, de los cuales 10 sujetos bastante y 13 mucho caminar a diario, por lo tanto, están más insatisfechos con la vida; por lo contrario, 252 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 124 sujetos muy poco y 34 poco caminan a diario, por lo tanto, estos están muy poco insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que caminar a diario influye en estar insatisfecho con la vida.

Tabla 9.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.270$); entre comer menos y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 12, los individuos que reportaron comer menos diariamente, se encuentran lejos de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca comen menos, están más cerca de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o poco comer menos, están muy lejos de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, casi nunca comer menos, están muy cerca de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 9, donde de un total de 981 individuos encuestados, 172 indicaron casi nunca comer menos, de los cuales 42 sujetos bastante y 28 mucho comen menos, por lo tanto, están más cerca de sus ideales, por lo contrario, 20 individuos reportaron comer menos, de los cuales 3 sujetos muy poco y 4 un poco comer menos, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados de sus ideales. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre comer menos y cerca de ideales.

Tabla 10.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.070$); entre comer menos y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 13, los individuos que reportaron comer menos diariamente, se encuentran alejados de estar satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca comen menos, se encuentran satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco comer menos, están muy alejados de estar satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, casi nunca comer menos, están completamente satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 10, donde de un total de 981 individuos encuestados, 172 indicaron casi nunca comer menos, de los cuales 56 sujetos muy bastante y 48 mucho comen menos, por lo tanto, están más cerca de estar satisfechos con la vida, por lo contrario, 20 individuos reportaron comer menos, de los cuales 1 sujetos muy poco y 4 un poco comer menos, por lo tanto, estos individuos están muy alejados de estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no hay una relación entre comer menos y estar satisfecho con la vida.

Tabla 11.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.007$); entre las variables comer menos y ánimo feliz, ya que como se muestra en la figura 14, los individuos que reportaron comer menos diariamente, se encuentran con mal ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca comen menos, tienen un buen ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco comer menos, están muy alejados de tener ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron, bastante o mucho casi nunca comer menos, están con un excelente ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 11, donde de un total de 981 individuos encuestados, 172 indicaron casi nunca comer menos, de los cuales 40 sujetos bastante y 44 mucho comen menos, por lo tanto, están con más ánimo feliz, por lo contrario, 20 individuos reportaron comer menos, de los cuales 5 sujetos muy poco y 1 un poco comer menos, por lo tanto, estos individuos no están con un buen ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que comer menos influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 12.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.004$); entre comer menos e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 15, los individuos que reportaron comer menos diariamente, se encuentran más insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca comen menos, están muy lejos de ser insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho comer menos, están insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, casi nunca comer menos, están lejos de estar insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 12, donde de un total de 981 individuos encuestados, 172 indicaron casi nunca comer menos, de los cuales 82 sujetos muy poco y 25 un poco comen menos, por lo tanto, están muy lejos de ser insatisfechos con la vida, por lo contrario, 20 individuos reportaron comer menos, de los cuales 0 sujetos bastante y 2 bastante comer menos, por lo tanto, estos individuos están aun más insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que comer menos influye en estar insatisfecho con la vida.

Tabla 13.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.551$); entre conocer las calorías que se consumen y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 16, los individuos que reportaron conocer las calorías que se consumen diariamente, se encuentran alejados de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca conocen las calorías que se consumen, están más cerca de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco conocer las calorías que se consumen, se encuentran con poco alejados de sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, conocer las calorías que se consumen, están muy cerca de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 13, donde de un total de 981 individuos encuestados, 511 indicaron casi nunca conocer las calorías que se consumen, de los cuales 134 sujetos bastante y 64 mucho conocen las calorías que se consumen, por lo tanto, están más cerca de cumplir con sus ideales; por lo contrario, 50 individuos conocer las calorías que consumen, de los cuales 4 sujetos muy poco y 9 un poco conocen las calorías que consumen, por lo tanto, están alejados de cumplir sus ideales. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre conocer las calorías que se consumen y cerca de ideales.

Tabla 14.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.349$); entre conocer las calorías que se consumen y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 17, los individuos que reportaron conocer las calorías que se consumen diariamente, se encuentran muy alejados de estar satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca conocen las calorías que se consumen, se encuentran más satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco conocer las calorías que se consumen, se encuentran poco satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, conocer las calorías que se consumen, están más cerca de encontrarse satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 14, donde de un total de 981 individuos encuestados, 511 indicaron casi nunca conocer las calorías que se consumen, de los cuales 151 sujetos bastante y 131 mucho conocen las calorías que se consumen, por lo tanto, están muy satisfechos con la vida; por lo contrario, 50 individuos conocer las calorías que consumen, de los cuales 1

sujetos muy poco y 2 un poco conocen las calorías que consumen, por lo tanto, estos individuos no están tan satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre conocer las calorías que se consumen y estar satisfecho con la vida.

Tabla 15.

Entre las variables conocer las calorías que se consumen y ánimo feliz, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.017$); ya que como se muestra en la figura 18, los individuos que reportaron conocer las calorías que se consumen diariamente, se encuentran con poco ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca conocen las calorías que se consumen, presentan un buen ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco conocer las calorías que se consumen, se encuentran lejos de estar con ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, conocer las calorías que se consumen, están con un excelente ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 15, donde de un total de 981 individuos encuestados, 511 indicaron casi nunca conocer las calorías que se consumen, de los cuales 131 sujetos bastante y 113 mucho conocen las calorías que se consumen, por lo tanto, están con más buen feliz; por lo contrario, 50 individuos conocer las calorías que consumen, de los cuales 2 sujetos muy poco y 3 un poco conocen las calorías que consumen, por lo tanto, estos individuos no están muy alejados de presentar un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que el conocer las calorías que se consumen influye en al ánimo feliz de los individuos.

Tabla 16.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre conocer las calorías que se consumen e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 19, los individuos que reportaron conocer las calorías que se consumen diariamente, se encuentran más cerca de estar insatisfechos, a diferencia de los que casi nunca conocen las calorías que se consumen, se encuentran lejos de estar insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho conocer las calorías que se consumen, se encuentran insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, conocer las calorías que se consumen, se encuentran alejados de estar insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 16, donde de un total de 981 individuos encuestados, 511 indicaron casi nunca conocer las calorías que se consumen, de los cuales

224 sujetos muy poco y 81 un poco conocen las calorías que se consumen, por lo tanto, están muy alejados de encontrarse insatisfechos con la vida; por lo contrario, 50 individuos conocer las calorías que consumen, de los cuales 2 sujetos bastante y 10 mucho conocen las calorías que consumen, por lo tanto, estos individuos están más insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que el conocer las calorías que se consumen influye en estar insatisfecho con la vida.

Tabla 17.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.011$); entre las variables desayunar sustanciosamente y estar cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 20, los individuos que reportaron desayunar sustanciosamente, se encuentran cerca de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca desayunan sustanciosamente, están más lejos de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho desayunar sustanciosamente, están más cerca de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, desayunar sustanciosamente, están más lejos de sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 17, donde de un total de 979 individuos encuestados, 88 indicaron casi nunca desayunar sustanciosamente, de los cuales 11 sujetos muy poco y 16 un poco desayunar sustanciosamente, por lo tanto, se encuentran alejados de sus ideales; por lo contrario, 178 individuos reportaron desayunar sustanciosamente, de los cuales 47 sujetos bastante y 30 mucho desayunar sustanciosamente, por lo tanto, estos individuos están más cerca de todos ideales. Con estos resultados se puede observar que desayunar sustanciosamente influye en los ideales de los individuos.

Tabla 18.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre desayunar sustanciosamente y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 21, los individuos que reportaron desayunar sustanciosamente, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca desayunan sustanciosamente, no están tan satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho desayunar sustanciosamente, están más satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, desayunar sustanciosamente, están alejados de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 18, donde de un total de 979 individuos encuestados, 88 indicaron

casi nunca desayunar sustanciosamente, de los cuales 6 sujetos muy poco y 15 un poco desayunar sustanciosamente, por lo tanto, se encuentran muy alejado de encontrarse satisfechos con la vida; por lo contrario, 178 individuos reportaron desayunar sustanciosamente, de los cuales 50 sujetos bastante y 57 mucho desayunar sustanciosamente, por lo tanto, estos individuos están excelentemente satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que desayunar sustanciosamente influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 19.

Entre las variables desayunar sustanciosamente y ánimo feliz, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.006$); ya que como se muestra en la figura 22, los individuos que reportaron desayunar sustanciosamente, se encuentran con un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca desayunan sustanciosamente, no se encuentran con un ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho desayunar sustanciosamente, están con más ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, desayunar sustanciosamente, no están con un ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 19, donde de un total de 979 individuos encuestados, 88 indicaron casi nunca desayunar sustanciosamente, de los cuales 9 sujetos muy poco y 6 un poco desayunan sustanciosamente, por lo tanto, se encuentran con poco ánimo feliz; por lo contrario, 178 individuos reportaron desayunar sustanciosamente, de los cuales 48 sujetos bastante y 51 mucho desayunar sustanciosamente, por lo tanto, estos individuos están con un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que desayunar sustanciosamente influye en el ánimo feliz de los sujetos.

Tabla 20.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.009$); entre desayunar sustanciosamente e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 23, los individuos que reportaron desayunar sustanciosamente diariamente, se encuentran poco insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca desayunan sustanciosamente, se encuentran más insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco desayunar sustanciosamente, están más alejados de estar insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, desayunar sustanciosamente, están aun más insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 20, donde

de un total de 979 individuos encuestados, 88 indicaron casi nunca desayunar sustanciosamente, de los cuales 8 sujetos bastante y 8 mucho desayunan sustanciosamente, por lo tanto, se encuentran muy insatisfechos con la vida; por lo contrario, 178 individuos reportaron desayunar sustanciosamente, de los cuales 66 sujetos muy poco y 28 poco desayunar sustanciosamente, por lo tanto, estos individuos están muy lejos de encontrarse insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que desayunar sustanciosamente influye en estar insatisfecho con la vida.

Tabla 21.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre las variables, dormir al menos siete horas y estar cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 24, los individuos que reportaron dormir al menos siete horas, se encuentran cerca de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca duermen por lo menos siete horas, están lejos de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho dormir al menos siete horas, están más cerca de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, dormir al menos siete horas, están más lejos de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 21, donde de un total de 980 individuos encuestados, 65 indicaron casi nunca dormir por lo menos siete horas, de los cuales 9 sujetos muy poco y 15 un poco dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, se encuentran muy lejos de alcanzar sus ideales; por lo contrario, 361 individuos reportaron dormir por lo menos siete horas, de los cuales 68 sujetos bastante y 9 mucho dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, estos individuos se encuentran más cerca de sus ideales. Con estos resultados se puede observar que dormir por lo menos siete horas influye en estar cerca de los ideales de los sujetos.

Tabla 22.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.010$); entre dormir al menos siete horas y estar satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 25, los individuos que reportaron dormir al menos siete horas, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca duermen por lo menos siete horas, están lejos de estar satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho dormir al menos siete horas, están más satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, dormir al menos siete horas, están muy alejados de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede

corroborar en la tabla 22, donde de un total de 980 individuos encuestados, 65 indicaron casi nunca dormir por lo menos siete horas, de los cuales 2 sujetos muy poco y 8 un poco dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, se encuentran muy alejados de estar satisfechos con la vida; por lo contrario, 361 individuos reportaron dormir por lo menos siete horas, de los cuales 120 sujetos bastante y 104 mucho dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, estos individuos se encuentran excelentemente satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que dormir por lo menos siete horas influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 23.

Entre las variables dormir al menos siete horas y ánimo feliz, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); ya que como se muestra en la figura 26, los individuos que reportaron dormir al menos siete horas, se encuentran con un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca duermen por lo menos siete horas, se encuentran con poco ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho dormir al menos siete horas, están con más ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, dormir al menos siete horas, no tienen un ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 23, donde de un total de 980 individuos encuestados, 65 indicaron casi nunca dormir por lo menos siete horas, de los cuales 5 sujetos muy poco y 5 un poco dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, no se encuentran con un ánimo feliz; por lo contrario, 361 individuos reportaron dormir por lo menos siete horas, de los cuales 97 sujetos bastante y 104 mucho dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, estos individuos se encuentran con un buen ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que dormir por lo menos siete horas influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 24.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.094$); entre dormir al menos siete horas e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 27, los individuos que reportaron dormir al menos siete horas, se encuentran lejos de estar insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca duermen por lo menos siete horas, se encuentran más cerca de estar insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco dormir al menos siete horas, están más alejados de estar insatisfechos con la vida, por el contrario, los

individuos que reportaron bastante o mucho, dormir al menos siete horas, se sienten muy insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 24, donde de un total de 980 individuos encuestados, 65 indicaron casi nunca dormir por lo menos siete horas, de los cuales 5 sujetos bastante y 5 un mucho dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, se encuentran más insatisfechos con la vida ; por lo contrario, 361 individuos reportaron dormir por lo menos siete horas, de los cuales 177 sujetos muy poco y 56 un poco dormir por lo menos siete horas, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de estar insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre dormir por lo menos siete horas e insatisfecho con la vida.

Tabla 25.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre ingerir alimentos nutritivos y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 28, los individuos que reportaron ingerir alimentos nutritivos diariamente, se encuentran cerca de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca ingieren alimentos nutritivos, están muy lejos de cumplir sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho ingerir alimentos nutritivos, están más cerca de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, ingerir alimentos nutritivos, están más alejados de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 25, donde de un total de 981 individuos encuestados, 14 indicaron casi nunca ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 4 sujetos muy poco y 3 un poco ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, están lejos de cumplir con sus ideales; por lo contrario, 280 individuos reportaron ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 74 sujetos bastante y 57 mucho ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, estos individuos están más cerca de cumplir todos sus ideales. Con estos resultados se puede observar que ingerir alimentos nutritivos influye en estar cerca de los ideales de los individuos.

Tabla 26.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre las variables, ingerir alimentos nutritivos y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 29, los individuos que reportaron ingerir alimentos nutritivos diariamente, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca ingieren alimentos nutritivos, están lejos de estar satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho ingerir alimentos nutritivos, están más satisfechos con la vida que llevan, por el contrario, los

individuos que reportaron muy poco o un poco, ingerir alimentos nutritivos, están lejos de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 26, donde de un total de 981 individuos encuestados, 14 indicaron casi nunca ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 0 sujetos muy poco y 3 un poco ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, están lejos de estar satisfechos con la vida; por lo contrario, 280 individuos reportaron ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 106 sujetos bastante y 87 mucho ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, estos individuos están excelentemente satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que ingerir alimentos nutritivos influye en estar satisfechos con la vida.

Tabla 27.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre ingerir alimentos nutritivos y ánimo feliz, ya que como se muestra en la figura 30, los individuos que reportaron ingerir alimentos nutritivos diariamente, se encuentran con un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca ingieren alimentos nutritivos, están lejos de presentar un ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho ingerir alimentos nutritivos, están con un ánimo muy feliz, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, ingerir alimentos nutritivos, están muy lejos de presentar un ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 27, donde de un total de 981 individuos encuestados, 14 indicaron casi nunca ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 1 sujetos muy poco y 3 un poco ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, están alejados de presentar un ánimo muy feliz; por lo contrario, 280 individuos reportaron ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 88 sujetos bastante y 81 mucho ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, estos individuos están con un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que ingerir alimentos nutritivos influye en el ánimo feliz de los sujetos.

Tabla 28.

Entre las variables ingerir alimentos nutritivos e insatisfecho con la vida, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); ya que como se muestra en la figura 31, los individuos que reportaron ingerir alimentos nutritivos diariamente, se encuentran lejos de estar insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca ingieren alimentos nutritivos, están más cerca de estar insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que

reportan tener muy poco o un poco ingerir alimentos nutritivos, están alejados de ser insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, ingerir alimentos nutritivos, están más cerca de estar insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 28, donde de un total de 981 individuos encuestados, 14 indicaron casi nunca ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 2 sujetos bastante y 2 mucho ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, están cerca de estar insatisfechos con la vida; por lo contrario, 280 individuos reportaron ingerir alimentos nutritivos, de los cuales 159 sujetos muy poco y 35 un poco ingerir alimentos nutritivos, por lo tanto, estos individuos están muy alejados de estar insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que ingerir alimentos nutritivos influye en estar insatisfecho con la vida de los individuos encuestados.

Tabla 29.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.007$); entre ingerir vitaminas y estar cerca de los ideales, ya que como se muestra en la figura 32, los individuos que reportaron ingerir vitaminas, se encuentran lejos de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca ingieren vitaminas, están más cerca de cumplir sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco ingerir vitaminas, están más alejados de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, ingerir vitaminas, están cerca de sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 29, donde de un total de 981 individuos encuestados, 242 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 56 sujetos bastante y 29 mucho ingerir vitaminas, por lo tanto, están más cerca de cumplir sus ideales; por lo contrario, 68 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 9 sujetos muy poco y 8 un poco ingerir vitaminas, por lo tanto, estos individuos están más lejos de sus ideales. Con estos resultados se puede observar que ingerir vitaminas influye en los ideales de los individuos.

Tabla 30.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de no que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.670$); entre ingerir vitaminas y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 33, los individuos que reportaron ingerir vitaminas, se encuentran lejos de estar satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca ingieren vitaminas, están más cerca de estar satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy

poco o un poco ingerir vitaminas, están alejados de encontrarse satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, ingerir vitaminas, están más cerca de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 30, donde de un total de 981 individuos encuestados, 242 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 76 sujetos bastante y 63 mucho ingerir vitaminas, por lo tanto, están muy cerca de estar satisfechos con la vida; por lo contrario, 68 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 5 sujetos muy poco y 4 un poco ingerir vitaminas, por lo tanto, estos individuos están alejados de estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre ingerir vitaminas y satisfecho con la vida.

Tabla 31.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.434$); entre ingerir vitaminas y ánimo feliz, ya que como se muestra en la figura 34, los individuos que reportaron ingerir vitaminas, se encuentran lejos de tener un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca ingieren vitaminas, están más cerca de tener un ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco ingerir vitaminas, están más alejados de tener un ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, ingerir vitaminas, están más cerca de un ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 31, donde de un total de 981 individuos encuestados, 242 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 69 sujetos bastante y 47 mucho ingerir vitaminas, por lo tanto, están más cerca de tener un ánimo feliz; por lo contrario, 68 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 6 sujetos muy poco y 6 un poco ingerir vitaminas, por lo tanto, estos individuos están más lejos un buen ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre ingerir vitaminas y ánimo feliz.

Tabla 32.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.506$); entre ingerir vitaminas e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 35, los individuos que reportaron ingerir vitaminas, se encuentran más insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca ingieren vitaminas, están más lejos de estar insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho ingerir vitaminas, están más cerca de estar insatisfechos con la vida, por el

contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, ingerir vitaminas, están más lejos de estar insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 32, donde de un total de 981 individuos encuestados, 242 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 115 sujetos muy poco y 37 un poco ingerir vitaminas, por lo tanto, están más lejos de estar insatisfechos con la vida; por lo contrario, 68 individuos reportaron caminar a diario, de los cuales 6 sujetos bastante y 8 mucho ingerir vitaminas, por lo tanto, estos individuos están más insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre ingerir vitaminas e insatisfecho con la vida.

Tabla 33.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.001$); entre las variables, leer sobre cuidado de salud y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 36, los individuos que reportaron leer sobre cuidado de salud, se encuentran lejos de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca leen sobre el cuidado de su salud, están más cerca de cumplir sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco leer sobre el cuidado de la salud, están más alejados de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, leer sobre el cuidado de la salud, están más cerca de sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 33, donde de un total de 981 individuos encuestados, 222 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 49 sujetos bastante y 24 mucho leer sobre cuidado de salud, por lo tanto, están más cerca de cumplir sus ideales; por lo contrario, 25 individuos reportaron leer sobre el cuidado de la salud, de los cuales 2 sujetos muy poco y 3 un poco leen sobre el cuidado de la salud, por lo tanto, estos individuos están muy lejos de sus ideales. Con estos resultados se puede observar que leer sobre el cuidado de la salud influye en los ideales de los sujetos.

Tabla 34.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre leer sobre cuidado de salud y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 37, los individuos que reportaron leer sobre cuidado de salud, se encuentran lejos de estar satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca leen sobre el cuidado de su salud, están más satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco leer sobre el cuidado de la salud, están muy lejos de estar insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o

mucho, leer sobre el cuidado de la salud, están muy satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 34, donde de un total de 981 individuos encuestados, 222 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 58 sujetos bastante y 58 mucho leer sobre cuidado de salud, por lo tanto, están satisfechos con la vida; por lo contrario, 25 individuos reportaron leer sobre el cuidado de la salud, de los cuales 1 sujetos muy poco y 0 un poco leen sobre el cuidado de la salud, por lo tanto, estos individuos están muy lejos de estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que leer sobre el cuidado de la salud influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 35.

Entre las variables leer sobre cuidado de salud y ánimo feliz, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); ya que como se muestra en la figura 38, los individuos que reportaron leer sobre cuidado de salud, se encuentran alejados de un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca leen sobre el cuidado de su salud, están con más ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco leer sobre el cuidado de la salud, están muy lejos de un ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, leer sobre el cuidado de la salud, tiene un buen ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 35, donde de un total de 981 individuos encuestados, 222 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 38 sujetos bastante y 53 mucho leer sobre cuidado de salud, por lo tanto, están con un excelente ánimo feliz; por lo contrario, 25 individuos reportaron leer sobre el cuidado de la salud, de los cuales 5 sujetos muy poco y 0 un poco leen sobre el cuidado de la salud, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados de estar con un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que leer sobre el cuidado de la salud influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 36.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.254$); entre leer sobre cuidado de salud e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 39, los individuos que reportaron leer sobre cuidado de salud, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca leen sobre el cuidado de su salud, están lejos de estar satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho leer sobre el cuidado de la salud, están completamente

satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, leer sobre el cuidado de la salud, se encuentran alejados de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 36, donde de un total de 981 individuos encuestados, 222 indicaron casi nunca ingerir vitaminas, de los cuales 98 sujetos muy poco y 35 un poco leer sobre cuidado de salud, por lo tanto, están completamente insatisfechos con la vida; por lo contrario, 25 individuos reportaron leer sobre el cuidado de la salud, de los cuales 1 sujetos bastante y 1 mucho leen sobre el cuidado de la salud, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de estar insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre leer sobre el cuidado de la salud e insatisfecho con la vida.

Tabla 37.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.001$); entre medir colesterol y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 40, los individuos que reportaron medir el colesterol diariamente, se encuentran alejados de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca miden el colesterol, están más cerca de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco medir el colesterol, están muy lejos de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, medir el colesterol, están más cerca de cumplir con sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 37, donde de un total de 981 individuos encuestados, 581 indicaron casi nunca medir el colesterol, de los cuales 149 sujetos bastante y 50 mucho medir el colesterol, por lo tanto, están más cerca de cumplir sus ideales; por lo contrario, 27 individuos reportaron medir el colesterol, de los cuales 2 sujetos muy poco y 10 un poco medir el colesterol, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados de sus ideales. Con estos resultados se puede observar que medir el colesterol influye en estar cerca de los ideales de los sujetos.

Tabla 38.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.006$); entre las variables, medir colesterol y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 41, los individuos que reportaron medir el colesterol diariamente, se encuentran alejados de estar satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca miden el colesterol, están más satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco medir el colesterol, están muy lejos de estar satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que

reportaron bastante o mucho, medir el colesterol, están más cerca de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 38, donde de un total de 981 individuos encuestados, 581 indicaron casi nunca medir el colesterol, de los cuales 168 sujetos bastante y 121 mucho medir el colesterol, por lo tanto, están más satisfechos con la vida; por lo contrario, 27 individuos reportaron medir el colesterol, de los cuales 2 sujetos muy poco y 2 un poco medir el colesterol, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados de estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que medir el colesterol influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 39.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.040$); entre medir colesterol y ánimo feliz, ya que como se muestra en la figura 42, los individuos que reportaron medir el colesterol diariamente, se encuentran lejos de un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca miden el colesterol, se encuentran con más ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco medir el colesterol, están muy lejos de tener un ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, medir el colesterol, están con más ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 39, donde de un total de 981 individuos encuestados, 581 indicaron casi nunca medir el colesterol, de los cuales 144 sujetos bastante y 119 mucho medir el colesterol, por lo tanto, están con más ánimo feliz; por lo contrario, 27 individuos reportaron medir el colesterol, de los cuales 5 sujetos muy poco y 5 un poco medir el colesterol, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados de presentar un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que medir el colesterol influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 40.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.383$); entre medir colesterol e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 43, los individuos que reportaron medir el colesterol diariamente, se encuentran más alejados de estar insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca miden el colesterol, se encuentran lejos de estar insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho medir el colesterol, están más lejos de estar insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o

un poco, medir el colesterol, están completamente lejos de estar insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 40, donde de un total de 981 individuos encuestados, 581 indicaron casi nunca medir el colesterol, de los cuales 241 sujetos muy poco y 91 un poco medir el colesterol, por lo tanto, están lejos de estar insatisfechos con la vida; por lo contrario, 27 individuos reportaron medir el colesterol, de los cuales 5 sujetos bastante y 4 mucho medir el colesterol, por lo tanto, estos individuos se encuentran aun más insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre medir el colesterol e insatisfecho con la vida.

Tabla 41.

Entre las variables platicar con amigos de salud y cerca de ideales, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.137$); ya que como se muestra en la figura 44, los individuos que reportaron platicar con amigos sobre salud diariamente, se encuentran lejos de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca platican con amigos sobre salud, se encuentran más cerca de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco platicar con amigos sobre salud, están muy lejos de alcanzar sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, platicar con amigos sobre salud, están cerca de sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 41, donde de un total de 981 individuos encuestados, 219 indicaron casi nunca platicar con amigos de salud, de los cuales 48 sujetos bastante y 26 mucho platicar con amigos de salud, por lo tanto, están más cerca de sus ideales; por lo contrario, 18 individuos reportaron platicar con amigos sobre salud, de los cuales 0 sujetos muy poco y 6 un poco platicar con amigos sobre salud, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados de cumplir sus ideales. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre platicar con los amigos de salud y cerca de ideales.

Tabla 42.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.007$); entre platicar con amigos sobre salud y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 45, los individuos que reportaron platicar con amigos sobre salud diariamente, se encuentran lejos de estar satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca platican con amigos sobre salud, se encuentran satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco platicar con amigos sobre salud, están muy lejos de estar satisfechos con la vida,

por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, platicar con amigos sobre salud, están más cerca de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 42, donde de un total de 981 individuos encuestados, 219 indicaron casi nunca platicar con amigos de salud, de los cuales 50 sujetos bastante y 63 mucho platicar con amigos de salud, por lo tanto, están más satisfechos con la vida; por lo contrario, 18 individuos reportaron platicar con amigos sobre salud, de los cuales 0 sujetos muy poco y 3 un poco platicar con amigos sobre salud, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que platicar con amigos sobre salud influye en estar satisfecho con la vida de los sujetos.

Tabla 43.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.004$); entre las variables, platicar con amigos sobre salud y ánimo feliz, ya que como se muestra en la figura 46, los individuos que reportaron platicar con amigos sobre salud diariamente, se encuentran lejos de presentar un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca platican con amigos sobre salud, se encuentran cerca de un ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco platicar con amigos sobre salud, están muy lejos de un ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, platicar con amigos sobre salud, están más cerca presentar un excelente ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 43, donde de un total de 981 individuos encuestados, 219 indicaron casi nunca platicar con amigos de salud, de los cuales 47 sujetos bastante y 57 mucho platicar con amigos de salud, por lo tanto, están con más ánimo feliz; por lo contrario, 18 individuos reportaron platicar con amigos sobre salud, de los cuales 1 sujetos muy poco y 3 un poco platicar con amigos sobre salud, por lo tanto, estos individuos se encuentran alejados de un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que medir el colesterol influye entre platicar con amigos sobre salud y ánimo feliz.

Tabla 44.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.073$); entre platicar con amigos sobre salud e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 47, los individuos que reportaron platicar con amigos sobre salud diariamente, se encuentran insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca platican con amigos sobre salud, se encuentran lejos de estar insatisfechos con la

vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho platicar con amigos sobre salud, se encuentran más lejos de ser insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, platicar con amigos sobre salud, se encuentran insatisfechos con vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 44, donde de un total de 981 individuos encuestados, 219 indicaron casi nunca platicar con amigos de salud, de los cuales 106 sujetos muy poco y 24 un poco platicar con amigos de salud, por lo tanto, están insatisfechos con la vida; por lo contrario, 18 individuos reportaron platicar con amigos sobre salud, de los cuales 0 sujetos bastante y 5 mucho platicar con amigos sobre salud, por lo tanto, estos individuos se encuentran satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre platicar con amigos sobre salud e insatisfecho con la vida.

Tabla 45.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre realizar ejercicio y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 48, los individuos que reportaron realizar ejercicio diariamente, se encuentran lejos de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca realizan ejercicio, se encuentran cerca de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco realizar ejercicio, están muy lejos de cumplir sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, realizar ejercicio, están más cerca de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 45, donde de un total de 981 individuos encuestados, 251 indicaron casi nunca realizan ejercicio, de los cuales 60 sujetos bastante y 31 mucho realizan ejercicio, por lo tanto, están más cerca de cumplir sus ideales; por lo contrario, 101 individuos reportaron realizar ejercicio, de los cuales 8 sujetos muy poco y 16 un poco realizan ejercicio, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de cumplir con sus ideales. Con estos resultados se puede observar que el realizar ejercicio influye en estar cerca de cumplir los ideales de los sujetos encuestados.

Tabla 46.

Entre las variables realizar ejercicio y satisfecho con la vida, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.037$); ya que como se muestra en la figura 49, los individuos que reportaron realizar ejercicio diariamente, se encuentran insatisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca realizan ejercicio, se encuentran satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco realizar ejercicio, están muy lejos de estar satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron

bastante o mucho, realizar ejercicio, están más cerca de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 46, donde de un total de 981 individuos encuestados, 251 indicaron casi nunca realizan ejercicio, de los cuales 68 sujetos bastante y 56 mucho realizan ejercicio, por lo tanto, están más cerca de estar satisfechos con la vida; por lo contrario, 101 individuos reportaron realizar ejercicio, de los cuales 7 sujetos muy poco y 3 un poco realizan ejercicio, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que el realizar ejercicio influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 47.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre realizar ejercicio y ánimo feliz, ya que como se muestra en la figura 50, los individuos que reportaron realizar ejercicio diariamente, se encuentran lejos de un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca realizan ejercicio, se encuentran con un buen ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco realizar ejercicio, están muy lejos de tener un ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, realizar ejercicio, están más cerca de presentar un ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 47, donde de un total de 981 individuos encuestados, 251 indicaron casi nunca realizan ejercicio, de los cuales 49 sujetos bastante y 49 mucho realizan ejercicio, por lo tanto, están más cerca de un ánimo feliz; por lo contrario, 101 individuos reportaron realizar ejercicio, de los cuales 10 sujetos muy poco y 6 un poco realizan ejercicio, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que el realizar ejercicio influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 48.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que no existen diferencias significativas ($\text{sig}=.292$); entre usar hilo dental e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 51, los individuos que reportaron usar hilo dental diariamente, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca usan hilo dental, se encuentran insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho usar hilo dental, se encuentran satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco usar hilo dental, están insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 48, donde de un total de 981 individuos

encuestados, 251 indicaron casi nunca usar hilo dental, de los cuales 110 sujetos muy poco y 35 un poco usar hilo dental, por lo tanto, están insatisfechos con la vida; por lo contrario, 101 individuos reportaron usar hilo dental, de los cuales 8 sujetos bastante y 17 mucho usar hilo dental, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que no existe ninguna relación entre usar hilo dental e insatisfecho con la vida.

Tabla 49.

Hay diferencias significativas ($\text{sig}=.046$); entre las variables, usar hilo dental y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 52, los individuos que reportaron usar hilo dental diariamente, se encuentran lejos de alcanzar sus ideales, a diferencia de los que casi nunca usan hilo dental, se encuentran cerca de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco usar hilo dental, están muy lejos de sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho usar hilo dental, están más cerca de cumplir sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 49, donde de un total de 981 individuos encuestados, 510 indicaron casi nunca usar hilo dental, de los cuales 118 sujetos bastante y 57 mucho usar hilo dental, por lo tanto, están más cerca de cumplir con sus ideales; por lo contrario, 59 individuos reportaron usar hilo dental, de los cuales 7 sujetos muy poco y 9 un poco usar hilo dental, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de cumplir con sus ideales. Con estos resultados se puede observar que el usar hilo dental influye en estar cerca de los ideales de los individuos.

Tabla 50.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.001$); entre usar hilo dental y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 53, los individuos que reportaron usar hilo dental diariamente, se encuentran lejos de estar satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca usan hilo dental, se encuentran satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco usar hilo dental, están muy lejos de estar satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho usar hilo dental, están más satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 50, donde de un total de 981 individuos encuestados, 510 indicaron casi nunca usar hilo dental, de los cuales 150 sujetos bastante y 128 mucho usar hilo dental, por lo tanto, están más satisfechos con la vida; por

lo contrario, 59 individuos reportaron usar hilo dental, de los cuales 8 sujetos muy poco y 2 un poco usar hilo dental, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que el usar hilo dental influye en estar satisfecho con la vida de los sujetos.

Tabla 51.

Entre las variables usar hilo dental y ánimo feliz, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.035$); ya que como se muestra en la figura 54, los individuos que reportaron usar hilo dental diariamente, se encuentran lejos de un ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca usan hilo dental, se encuentran con un buen ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco usar hilo dental, están muy lejos de presentar un ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho usar hilo dental, están con más ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 51, donde de un total de 981 individuos encuestados, 510 indicaron casi nunca usar hilo dental, de los cuales 133 sujetos bastante y 106 mucho usar hilo dental, por lo tanto, están más cerca de presentar un ánimo feliz; por lo contrario, 59 individuos reportaron usar hilo dental, de los cuales 11 sujetos muy poco y 5 un poco usar hilo dental, por lo tanto, estos individuos se encuentran muy alejados de estar con un ánimo feliz. Con estos resultados se puede observar que el usar hilo dental influye en el ánimo feliz de los individuos.

Tabla 52.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.002$); entre usar hilo dental e insatisfecho, ya que como se muestra en la figura 55, los individuos que reportaron usar hilo dental diariamente, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca usan hilo dental, se encuentran insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho usar hilo dental, están muy lejos de estar insatisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco usar hilo dental, están más insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 52, donde de un total de 981 individuos encuestados, 510 indicaron casi nunca usar hilo dental, de los cuales 226 sujetos muy poco y 88 un poco usar hilo dental, por lo tanto, están más cerca de estar insatisfechos con la vida; por lo contrario, 59 individuos reportaron usar hilo dental, de los cuales 2 sujetos bastante y 13 mucho usar hilo dental, por lo tanto, estos individuos se

encuentran muy alejados de estar insatisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que el usar hilo dental influye en estar insatisfecho con la vida.

Tabla 53.

Hay existen diferencias significativas ($\text{sig}=.001$); entre las variables, usar cinturón de seguridad y cerca de ideales, ya que como se muestra en la figura 56, los individuos que reportaron usar cinturón de seguridad, se encuentran cerca de sus ideales, a diferencia de los que casi nunca usan cinturón de seguridad, están más lejos de sus ideales, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho usar cinturón de seguridad, están más cerca de sus ideales, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, usar cinturón de seguridad, están más alejados de cumplir con sus ideales. Lo cual se puede corroborar en la tabla 53, donde de un total de 981 individuos encuestados, 209 indicaron casi nunca usar cinturón de seguridad, de los cuales 30 sujetos muy poco y 40 un poco usar cinturón de seguridad, por lo tanto, están muy lejos de sus ideales; por lo contrario, 331 individuos reportaron usar cinturón de seguridad, de los cuales 107 sujetos bastante y 47 mucho usar cinturón de seguridad, por lo tanto, estos individuos están más cerca de cumplir con sus ideales. Con estos resultados se puede observar que usar cinturón de seguridad influye en estar cerca de ideales.

Tabla 54.

La prueba estadística chi cuadrada da cuenta de que existen diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); entre usar cinturón de seguridad y satisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 57, los individuos que reportaron usar cinturón de seguridad, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca usan cinturón de seguridad, están más lejos de estar satisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho usar cinturón de seguridad, están más satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, usar cinturón de seguridad, están más alejados de estar satisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 54, donde de un total de 981 individuos encuestados, 209 indicaron casi nunca usar cinturón de seguridad, de los cuales 12 sujetos muy poco y 19 un poco usar cinturón de seguridad, por lo tanto, están muy lejos de estar satisfechos con la vida; por lo contrario, 331 individuos reportaron usar cinturón de seguridad, de los cuales 100 sujetos bastante y 105 mucho usar cinturón de seguridad, por lo tanto, estos individuos están más cerca de

estar satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que usar cinturón de seguridad influye en estar satisfecho con la vida.

Tabla 55.

Entre las variables usar cinturón de seguridad y ánimo feliz, se encontraron diferencias significativas ($\text{sig}=.000$); ya que como se muestra en la figura 58, los individuos que reportaron usar cinturón de seguridad, se encuentran con ánimo feliz, a diferencia de los que casi nunca usan cinturón de seguridad, están más lejos de estar con ánimo feliz, es decir; los individuos que reportan tener bastante o mucho usar cinturón de seguridad, están con más ánimo feliz, por el contrario, los individuos que reportaron muy poco o un poco, usar cinturón de seguridad, están más alejados de un ánimo feliz. Lo cual se puede corroborar en la tabla 55, donde de un total de 981 individuos encuestados, 209 indicaron casi nunca usar cinturón de seguridad, de los cuales 27 sujetos muy poco y 25 un poco usar cinturón de seguridad, por lo tanto, están muy lejos de presentar un ánimo feliz; por lo contrario, 331 individuos reportaron usar cinturón de seguridad, de los cuales 89 sujetos bastante y 93 mucho usar cinturón de seguridad, por lo tanto, estos individuos están más cerca de presentar un ánimo muy feliz. Con estos resultados se puede observar que usar cinturón de seguridad influye en el ánimo feliz de los sujetos.

Tabla 56.

Existen diferencias significativas ($\text{sig}=.008$); entre usar cinturón de seguridad e insatisfecho con la vida, ya que como se muestra en la figura 59, los individuos que reportaron usar cinturón de seguridad, se encuentran satisfechos con la vida, a diferencia de los que casi nunca usan cinturón de seguridad, están insatisfechos con la vida, es decir; los individuos que reportan tener muy poco o un poco usar cinturón de seguridad, están satisfechos con la vida, por el contrario, los individuos que reportaron bastante o mucho, casi nunca usar cinturón de seguridad, están insatisfechos con la vida. Lo cual se puede corroborar en la tabla 56, donde de un total de 981 individuos encuestados, 209 indicaron casi nunca usar cinturón de seguridad, de los cuales 28 sujetos bastante y 14 mucho usar cinturón de seguridad, por lo tanto, están insatisfechos con la vida; por lo contrario, 331 individuos reportaron usar cinturón de seguridad, de los cuales 153 sujetos muy poco y 39 un poco usar cinturón de seguridad, por lo tanto, estos individuos están satisfechos con la vida. Con estos resultados se puede observar que usar cinturón de seguridad influye en estar insatisfecho con la vida.

CAPÍTULO 7

CONCLUSIONES

El presente trabajo, permite identificar como la salud tiene su origen, causas y consecuencias, en aspectos biosociales, por tanto, ha sido una tarea difícil en lograr que los individuos la posean. Se han hecho, múltiples trabajos y propuestas en mejora de la salud, sin embargo, las patologías continúan incrementando. Al realizar un análisis que lleva a encontrar una de las razones de esta problemática, se encuentra, una pobre cultura de prevención, ya que, se ha identificado, mayor frecuencia en enfermedades de tipo crónico, lo que se relaciona básicamente con la falta de hábitos positivos.

Después de haber analizado los resultados que se obtuvieron en la presente investigación, podemos concluir, que los individuos les interesa muy poco realizar hábitos positivos de salud y aun así, están satisfechos con la vida que llevan, ya que como nos muestran los resultados, a los individuos les interesa cuidar solo algunos aspectos de su salud, otros no tanto, mientras que algunos les da igual algunos aspectos que tienen relación a su bienestar, a tener una buena salud.

Ahora bien, la mayoría de los individuos encuestados consideran importante algunos aspectos para su salud, como son: desayunar, dormir, usar cinturón de seguridad, caminar, y comer alimentos nutritivos, como importantes en sus vidas y así de esta manera, están contentos y satisfechos con la vida que llevan, esto es importante para tener una calidad de vida buena, ya que como nos dice Brannon y Feist, (2001); los estilos de vida saludables, implica conocer aquellos comportamientos que mejoren nuestra salud física y emocional, para que se logre ese bienestar, es conveniente realizar ejercicio y comer adecuadamente.

Respecto a esto podemos ver que los individuos, asumen que es importante caminar y comer sanamente, ahora bien, para López, (1982); menciona, que el caminar es considerado como una actividad física importante, que ayuda a nuestro organismo a mejorar nuestra actividad cardiaca y de esta manera podemos prevenir el comienzo de las

principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la mayoría de los individuos, a lo que concierne el consumo de alimentos nutritivos y desayunar diariamente, respecto a esto, Konopka, (1995); nos dice, que hay que tener en claro la diferencia entre alimentación y nutrición, ahora bien, la alimentación, es todo lo relacionado con los alimentos, su producción, transporte, aspectos ecológicos, entre otros, por lo tanto, la nutrición en cambio, es el conjunto de reacciones químicas y enzimáticas que transforman las sustancias nutritivas, a nutrientes contenidos en los alimentos, en elementos que se integran a las células y humores orgánicos o se transforman en energía de calor.

Ya que muchos de los mexicanos confunden el término alimentación y nutrición, y lo toman como uno sólo, y piensan que si comen cualquier alimento este los va a nutrir y en ocasiones no es así, para esto, Cabeiro y Martínez, (1990); nos mencionan, que las sustancias que necesita nuestro organismo se pueden clasificar en dos tipos, uno de ellos son los orgánicos, donde se instalan los carbohidratos, grasas, proteínas y vitaminas, y los inorgánicos donde se presenta el agua y los minerales, por ello para, una buena nutrición, hay que consumir estos dos grupos tan importantes, ya que en la investigación, a los individuos les preocupa ingerir alimentos nutritivos, y además mencionan que desayunar diariamente, es de suma importancia, ya que es la principal comida del día, y la que da la energía necesaria durante todo el día.

Otro aspecto que los individuos encuestados tomaron en cuenta, es el dormir, y usar cinturón de seguridad, ya que este último, es de suma importancia, ya que una de las principales causas de muerte en nuestro país, a parte de las enfermedades cardiovasculares y crónico degenerativas, son precisamente, las muertes por accidentes y la mayoría son por no usar el cinturón de seguridad, como no lo menciona, De la fuente Sepúlveda, (1999); citado en (INEGI, 1998); sin embargo, a los encuestados si les importa usar cinturón de seguridad, por el bienestar de su salud física y emocional. A lo que corresponde el dormir, es importante, ya que de este modo, nuestro organismo pueda descansar y así evitar enfermedades con el paso del tiempo y puedan llegar afectar física y emocionalmente la salud del individuo.

En general, son algunos de los aspectos más significativos que los encuestados tomaron en cuenta para que se sientan satisfechos con la vida que llevan.

Sin embargo, dejaron a un lado aspectos como, conocer las calorías que consumen, no ingerir vitaminas, no leen sobre cuidado de salud, no se miden el colesterol, no platican con amigos sobre salud y por ultimo no usan hilo dental, con esto nos queda claro que los individuos, saben que si tienen hábitos positivos en sus vidas, la calidad de estas, va a estar mucho mejor, pero aun conociéndolo, no lo hacen.

Ahora bien, López, (1982); nos dice, que el ejercicio físico, es considerado una actividad física con la gran diferencia que este es planteado estructurado y repetitivo, teniendo como objetivo el mantenimiento del acondicionamiento físico, tiene como objetivo central mejorar el consumo de oxígeno y los procesos metabólicos, así como mejorar los aspectos físicos, el ejercicio aporta beneficios psicológicos como no la menciona, Has Kell, (1984); citado en: (Brannon y Feist, 2001); entre los que destacan la reducción del estrés y ansiedad, mejora las actividades laborales del individuo en cuestión, así como el autoestima, entre los más importantes.

Es sorprendente que a pesar de que los mexicanos saben que el ejercicio es de suma importancia en nuestra salud, no lo realicen, esto se debe a diferentes factores o circunstancias, pero deberían ver lo beneficioso que es hacer ejercicio para su salud, y como podrían porvenir un sin fin de enfermedades, como la reducción de enfermedades cardiovasculares que son una de las principales causas de muerte, por lo consiguiente, todos los individuos deberían de incorporar una rutina de ejercicios en sus vidas cotidianas, no es necesario matarse haciendo ejercicio, como no lo reitera, Bellamy, (1995); que nos dice, que la Asociación de Cardiología recomienda que los individuos realicen ejercicio por lo menos 30 minutos, de 3 a 4 veces por semana, los expertos dividen el ejercicio en tres categorías generales: aeróbico, fuerza y flexibilidad, recomiendan un programa equilibrado donde se incluyan las tres, por eso es de suma importancia hacer ejercicio y comer sanamente.

Otro aspecto que podría ayudar a tener una buena salud, es leyendo y platicando con las demás personas, precisamente de salud, pero los mexicanos no leen, México es uno de los países que menos leen y mucho menos libros donde explique cómo comer adecuadamente, de esta manera estarían más informados de los hábitos que deberían llevar las personas para cuidar mejor su salud y prevenir enfermedades, pero, desgraciadamente en nuestro país no existe la cultura de cuidar nuestra salud, solo la cuidamos cuando estamos enfermos, acudiendo al médico y resolviendo el problema con fármacos, pero nunca prevenimos las enfermedades, cuando estamos bien, y una forma que está a nuestro alcance, es realizando ejercicio y comiendo adecuadamente, como primer paso, ya que existen otras conductas que deberíamos de cambiar, pero hay que empezar con estas.

Ahora bien, la alimentación, es de suma importancia para prevenir enfermedades, de hecho en la actualidad, la mayor parte de las enfermedades guardan una estrecha relación con la dieta alimentaria; por ejemplo: la diabetes y la caries, los individuos encuestados, no se preocupan por cuidar las calorías que consumen a diario y debido al exceso de estas, es cuando los individuos suben de peso pero, por abusar de ellas y por no cuidar lo que comen, no miden el colesterol que hay en sus cuerpos, que les puede traer consecuencias graves, sobre todo del corazón, que puede manifestarse mediante un infarto, y no toman vitaminas que les puede ayudar a fortalecer su organismo, y por último no usan hilo dental, después de haberse lavado los dientes, el hilo dental, es de gran importancia ya que mediante él se puede eliminar los residuos de comida que el cepillo de dientes no lo quita, y de este modo evitar la caries, estos son algunos ejemplos que pueden cambiar significativamente lo que hacemos, nuestra calidad de vida, ya que una buena práctica alimentaria se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga las sustancias nutritivas esenciales (minerales, vitaminas, proteínas, entre otras), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos, nos ayuda a tener una buena salud.

Como conclusión final, podemos decir, que la calidad de vida o satisfacción de vida tiende a ser mayor entre aquellos individuos que gozan de una buena salud, tanto física como emocional, los individuos que están satisfechos con la vida que llevan, tienen menos

probabilidad de enfermarse o morir que las personas que no lo son, ¿cómo tener una vida satisfecha?

De los propios individuos dependerá si se consigue una vida satisfecha o no, y esto está estrechamente ligado con el estilo de vida que lleva cada individuo, si realiza conductas positivas o negativas, que van a afectar su salud en general.

Si un individuo lleva un estilo de vida positivo; como por ejemplo: realiza ejercicio de 2 a 3 días por semana, lleva una dieta equilibrada (proteínas, carbohidratos, grasas, etcétera), no fuma, no bebe alcohol, no consume ningún tipo de drogas, duerme bien durante la noche, tiene una buena higiene personal, esto es, se baña diariamente, se lava los dientes 3 veces al día, hay buena comunicación con todos los integrantes de la familia y del trabajo, sus relaciones sexuales son placenteras e higiénicas, por nombrar sólo algunas, el individuo no va a presentar ningún tipo de problema de salud, y por lo consiguiente la calidad de vida de este individuo indudablemente va a ser buena, y de esta manera va a tener una vida satisfecha, plena y feliz.

Sin embargo, si un individuo realiza todo lo contrario; realiza conductas negativas, por ejemplo: no realiza ejercicio, no se alimenta adecuadamente, fuma, toma, bebe alcohol, consume drogas, no duerme lo suficiente, no tiene higiene personal, y se lleva mal con las personas que integran su familia, así como con los individuos de su trabajo indudablemente esto va a repercutir en su salud, física y emocional, y va a afectar la calidad de vida, y por lo consiguiente, su vida no va a ser satisfecha.

Realizando conductas saludables es como se puede llegar a tener una vida satisfecha, plena, y sobre todo con calidad, sin enfermedades, pero en la actualidad es difícil llevar un estilo de vida saludable, y por lo consiguiente, no podemos tener una vida satisfecha, tan fácil.

Muchos factores que impiden llevar un estilo de vida saludable, es básicamente al ritmo tan acelerado que llevan los individuos, lleno de estrés y con poco tiempo para dedicarlo a su salud, el realizar ejercicio o comer sanamente, se vuelve casi imposible, ya que los individuos se preocupan más por su trabajo o por otras cuestiones, que por su propia salud, y sólo comen para satisfacer esa necesidad, pero no importa como lo hagan, si lo que están comiendo es sano, si les va a nutrir, pero eso no importa, y qué decir de realizar ejercicio, queda totalmente descartado, por la falta de tiempo, o simplemente porque no lo consideramos un hábito positivo que nos va a permitir estar sanos y evitar muchas enfermedades, y a partir de estas cuestiones se generan un gran sin fin de enfermedades que aquejan cada vez más a los individuos y que en ocasiones los llevan a la muerte por los hábitos negativos, con los que está constituido su vida.

De aquí, se puede observar la fuerte relación que hay, en que si tenemos buenos hábitos de salud, se va a conseguir una vida satisfecha, esto es, vamos a tener una buena salud, tanto física como emocionalmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, A.R. (1995). Educación para la salud. Manual moderno. México.
2. Ardila, R. (2000). Prevención primaria en la psicología de la salud. En Oblitas. Psicología de la salud. México Plaza Valdez 53-65.
3. Ávila, R. (1984). El proceso de producción y organización del conocimiento en el campo de la salud en Educación y salud. ENEP-1. UNAM. México.
4. Barnett, L. (1986). El universo y el doctor. México. F.C.E, colec, Breviarias, Pág. 7-117.
5. Barriga, S. (1992). El estrés en la vida actual: anotaciones para la intervención psicosocial. Psicología de la salud. Universidad de Sevilla, Vol. 4.
6. Bayes, R. (1979). Psicología y medicina; interacción, cooperación y conflicto. Barcelona. Edit. Fontanella.
7. Bazam, R. (1997). Psicología de la salud en el tratamiento de pacientes con infarto miocardio; aplicación de la tecnología conductual. Tesis. México. Carrera de Psicología. UNAM. Campus Iztacala.
8. Brannon L, y Feist J. (2001). Psicología de la salud. Paraninfa Thomson Learning: España.
9. Becoña, E. Vázquez, y L. Oblitas, L y (2000). Psicología de la salud. Plaza y Valdés: México.
10. Bellamy, C. (1995). Desarrollo duradero en el ámbito de la salud. Promoción y educación. En revista internacional de promoción de la salud y educación para la salud. Vol. 11, N.4.
11. Belloch, A. (1989). Conducta de salud y conducta de enfermedad. Psicología y medicina. Valencia y como libro.
12. Beneit, P.J. (1995). Conocimiento y comprensión de la enfermedad. Ciencias psicosociales aplicadas II. Edit. Síntesis, Madrid. Cáp. 10. Pág. 139-150.
13. Beneit, M.P (1994). Psicología de la salud. Argentina. Edit Lumen.
14. Berstein, D. (1988). Introducción a la psicología clínica. México. Edit. MacGraw Hill, pag. 3-23.
15. Buceta, J.M. (1990). Modificación de conducta y salud. Madrid.

16. Buela, C. Caballo, V. Sierra, C. (1996). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España. Edit. Siglo XXI. Pág.1.
17. Caballo, V. E. (1991). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid. Siglo. XXI.
18. Cabeiro, X. y Martínez, A. (1990). ¿Estas en forma?. Editorial: Biblioteca de recursos didácticos.
19. Cabrera, G. Tascón, J y Lucimí, D. (2002). Creencias de la salud, constructos y aportes del modelo. En (Internet) <http://guajiros.udea.edu.co/risp/revista%204.1>
20. Castillo B. (2001). El psicólogo como promotor de la educación para la salud. En tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
21. Costa, M. y López E. (1998). Educación para la salud una estrategia para cambiar los estilos de vida. España. Edit Pirámide.
22. Fernández, F.A. (1989). Psicología medica y social. Barcelona: Edit, Salvat. Pág. 5-10.
23. Fernández, R.C. (1998). Manual de la psicología de la salud. Madrid, Edit, Pirámide, Pág., 37-57.
24. Fontana, D. (1995). Control del estrés. México. Edit. Manual moderno.
25. Flores, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y la prevención. Avances de la psicología clínica. Latinoamericana. 18, 13-22.
26. Fuente, R. (1994). Psicología médica. México: Fondo de cultura económica. Pág. XI, Pág., 510-570.
27. Gonzáles, B. (2002). Modo de vida y salud. En: folleto complementario de psicología medica I. Pág. 56-60. Ciudad de la Habana: ELAM.
28. Greene, H. (1998). Educación para la salud. México. Edit. McGraw-Hill.
29. Harschs, C. (1994). La identidad del psicólogo. México. Edit. Harla.
30. Hernández, G. (1998). La psicología de la salud en América Latina. En: La psicología de la salud en América Latina. México. Porrúa UNAM.
31. INEGI (1998).
32. Kanfer, H.F. (1980). Principios del aprendizaje en la terapia del comportamiento. México. Edit. Trillas.

33. Kazdin, E.A. (1996). Modificación de la conducta y sus aplicaciones. México. Edit. Manual moderno.
34. Konopka, P. (1995). La alimentación en los deportistas. Ediciones Roca, S.A de C.V.
35. Latorre J, y Beneit, P. (1992). Psicología de la salud: aportaciones para los profesionales de la salud. Argentina: Lumen.
36. López, A.D. (1982). La salud desigual en México. México. Edit. Siglo XXI editores.
37. Morales, F. (1997). Introducción a la Psicología de la salud. Argentina: Paidós
38. Morales, F. (1999). Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyectos de trabajo. Ciudad de la Habana: Científico-técnica.
39. Olgún, H.A y Sánchez, L.J. (2003). Psicología de la salud: estrés y hábitos negativos en la salud. En tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
40. Palacios, V.J. y Gómez, M.E. (1993). Primer congreso internacional de psicología y salud. Facultad de Psicología UNAM.
41. Phares, J. (1999). Psicología clínica: conceptos método y práctica. Edit. Manual Moderno. México
42. Piña, L.J. (1991). La psicología en el proceso salud-enfermedad: la necesidad de una redefinición conceptual práctica. Revista de psicología y salud. Centros de estudios psicológicos de la universidad Veracruzana, 85-92.
- 43 Ramírez, G. Hernández R. y Ramos. (1993). Panorama preliminar del estado de la investigación en Psicología de la salud en Latinoamérica. 1.Congreso internacional de Psicología de la salud. UNAM. México.
44. Ramírez, M.E. (1996). Tesis de maestría pediátrica. UNAM Iztacala.
45. Ramírez, G.E. y Cortes, E.B. (1999). Mecnógrafa. Pág. 79-101.
46. Ribes, E. (1990). Psicología y salud. Un análisis conceptual. Barcelona. Martínez Roca.
46. Rodríguez, M. y García, R.(1995). Estilo de vida y salud. Ciencias psicosociales II. Edit. Síntesis, Madrid. Cáp. 2. Pág. 25-343.
47. Rodríguez, G. y Rojas, M. (1996). Psicología de la salud en América Latina. México D.F. Facultad de psicología. UNAM.

48. Rodríguez, O y Rojas R. (1998). Introducción a la psicología clínica. México. Edit. Graw will. Pág. 3-24.
49. Rojas, S.R. (1990). Crisis, salud y enfermedad y practica médica. Edit. Plaza y Valdez, Editores México.
50. Rosenstock, L.M. (1996). Why people use health services. Milbank memorial fundt. Quartely.
51. Salinas, R, J. (1995). El psicólogo en la atención de la salud. Tesis maestría. México. Carrera de Psicología. UNAM. Campus Iztacala.
52. Sánchez, M. (1994). Economía, cultura y salud. En M. Sánchez (Ed) Elementos de salud pública. (21-29). México, D.F. Edit. Méndez Editores S.A de C.V.
53. San Martín, H. (1981). Salud y enfermedad. México. Edit, ediciones científicas la prensa mexicana.
54. Sarafino, E.P. (1994). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. New York, Johon Wiley, Sons.
55. Schwartz, G. (1977). Biofeedback and patterning of autonomic and central proceses: CNS cardiovascular interactions. In Schwartz, G. y Beatty, (1977). Biofeedback: Theory and research. New York Academic Press.
56. Serrano, G.M. (1990). Hacia una salud más dinámica. Educación para la salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodología. Edit. Díaz de Santos, S.A Madrid.
57. Simón, M. (1993). Manual de psicología de la salud. Fundamentos Metodología y aplicaciones. Edit. Biblioteca Nueva. Universidad España.
58. Simón, M. (1999). Manual de psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid. Pirámide
59. Taylor, S.E. (1986). Health Psychology. Nueva York. Edit. Ramdon House.
60. Torrejón, M. (1991). El proceso de salud-enfermedad y su interrelación con el comportamiento humano. Psicología y salud. 101-113.
61. Torres, B. (1998). Manual de autocontrol del estrés. México UNAM.
62. Trejo, P. (2001). Psicología de la salud en México: estilos de vida y hábitos de salud. En tesis para obtener la Licenciatura en Psicología. México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

63. Valdez, A, Landa, P. (1998). Un modelo tentativo de análisis de la relación estrés- enfermedad. Psicología y la salud. Instituto de investigaciones psicológicas, Nueva época, Enero- Junio, N. 2.

64. Vargas, A. y Palacios, V. (1993). Educación para la salud. México D.F. Edit. Interamericana.

65. Villaseñor, F. (1984). La educación higiénica. Manual de educación higiénica. Edit. Trillas. México.

66. Werner, R. y Pelicioni, M. (2002). La psicología de salud latinoamericana hacia la promoción de la salud. Pág. 153- 172. Enero del 2002.

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 regular probablemente SI
No si
1 2 3 4 5

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

AA AP AM AE PT

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	
19..	Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5	HA
20.	Mantengo la calma	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
21.	Procuro controlar la situación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
22.	Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
23.	Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
24.	Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

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

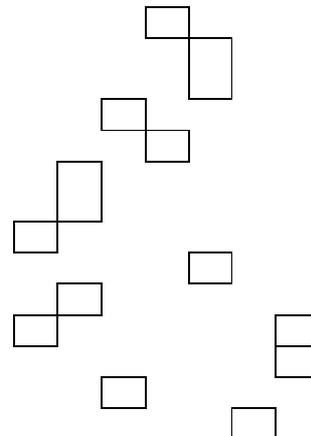
		Ninguno	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
		1	2	3	4	5	
25.	El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5	AO AI AT
26.	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

		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	<input type="checkbox"/>

		Ninguno	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
		1	2	3	4	5	
28.	El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5	AO AI AT
29.	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

		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	<input type="checkbox"/>

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 HOSPL.	44
TE	TRATAMIENTO EMER.	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8
CREENCIAS Y ACTITUDES SAL		
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