



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Manejo efectivo del estrés como elemento de
prevención de enfermedades relacionadas
con el Síndrome Metabólico”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
Viridiana Baltazar Palacios
Ana Patricia Soberanes González

Directora: Mtra. **Norma Yolanda Rodríguez Soriano**
Dictaminadores: Dr. **Adolfo René Méndez Cruz**
Mtra. **María Araceli Álvarez Gasca**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2010



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.

****PAPIME Y GMISARA.***

Gracias a cada uno de estos programas, por la oportunidad de realizar esta tesis, bajo la premisa de su trabajo.

Este trabajo fue financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) de la UNAM No. Reg. PE303507. Se realizó con apoyo de la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM y de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales (SDRI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

**Mtra. Norma, Dr. Méndez y Mtra. Araceli.*

Gracias a ustedes también, por el tiempo invertido en la revisión y retroalimentación del contenido de esta tesis.

AGRADECIMIENTOS

****Papá, Mamá y Hermanos:***

...esto también es por y para ustedes, gracias a su esfuerzo continuo y apoyo incondicional para conmigo; éste, es el primer gran logro de muchos que nos esperan, por ello, en estas líneas dejo plasmado mi eterno agradecimiento y amor por ustedes, sin ello, no podría estar parada de la mejor forma, en el aquí y en el ahora.

¡Son lo mejor de mi vida! porque gracias a cada uno de ustedes, doy este gran paso.
¡Simplemente, los amo!

Dr. Baltazar: Gracias hermano por tus cátedras, apoyo incondicional y consejos.
Tom: Por siempre estar conmigo en todo momento.

****Amigas:***

Gracias y así mismo felicidades, por llegar las cuatro hasta aquí y estar desde el inicio de esta gran aventura ¡juntas!

-*Ana:* ¡Gracias amiga! por hacer de esta tesis, uno de nuestros sueños compartidos hecho realidad, así mismo, por cada momento que este trabajo nos hizo pasar y sobre todo, por el apoyo y cariño que hasta ahora, existe entre nosotras. Te quiero mucho y felicidades.

*...Y a todas aquellas personas especiales (amigos, profesores y familia) por alimentar mi vida de aprendizaje, consejos y apoyo incondicional.

****Maestra Norma Y. Rodríguez:***

Agradezco de una forma muy especial, la oportunidad de realizar esta tesis bajo su asesoría, de igual forma, gracias por su tiempo, paciencia y cada minuto invertido en la revisión de dicho trabajo.

Con cariño.
Viridiana Baltazar Palacios.

AGRADECIMIENTOS

A la Mtra. Norma Yolanda gracias por contagiarme de ese amor a la carrera, por sus consejos, por compartir sus conocimientos y el tiempo dedicado a esta tesis. A el Dr. Méndez y la Mtra. Araceli por su apoyo y dedicación para mejorar este trabajo.

A mis padres no sólo por darme la vida si no también por mostrarme el verdadero sentido de ella, por infundirme grandes valores y mostrarme que los anhelos no tiene límites cuando se lucha por ellos. A mi papá por mostrar que el conocimiento no tiene fronteras. A mi mamá por ser mi cómplice y amiga. Los amo

A Carlos y Manuel por ser no sólo mis hermanos si no mis amigos y grandes ejemplos, gracias por las aventuras, su paciencia, sus enseñanzas, por las risas y las lagrimas. Los adoro

A mi tía Irma, gracias por el apoyo brindado a nuestra familia en los momentos más difíciles, por los consejos y los grandes momentos vividos.

A Camila, Lucia, Cony y Miguel, mis pequeños ángeles de la guarda, gracias por mostrarme que a pesar de las caídas siempre hay una sonrisa que te abraza y ayuda a seguir adelante. Gracias por recordarme día tras día que aún hay una niña dentro de mi llena de sueños

A mis amigos, una lista interminable, gracias por estar cuando más los necesito, por no decirme lo que quiero escuchar si no lo que me hará salir adelante, porque a pesar de la distancia siempre están presentes, gracias por esas grandes historias que siempre son gratas recordar. Los quiero Mucho

A Viry no sólo por ser mi compañera de tesis si no mi amiga incondicional y hasta mi psicóloga personal. Te adoro amiga

A cada persona que he conocido en mi vida gracias por ser parte de ella, por que de cada uno de ellos he aprendido algo y porque cada uno ha llenado mi vida de momentos gratos.

In memoria

Heliodoro, Elvira, Consuelo, José Antonio, guardianes de mi vida, gracias por esos grandes regalos que son mis padres, gracias por ser mis segundos padres, por sus cuidados y cariños y esa inmensa sabiduría de la que siempre me llenaron. Gracias por ser parte de mi vida siempre están presentes en mi mente y corazón.

A Jorge Bernal un gran amigo, siempre estarás con nosotros, gracias por tantas aventuras y locuras vividas

Con Cariño y Gratitud

Ana Patricia Soberanes González

Resume	
Introducción	1
<i>Capítulo 1. Psicología Aplicada a la Salud y su relación con la conducta.</i>	
1.1. Antecedentes	4
1 Relación mente-cuerpo	6
1.2. Modelo biomédico	7
1.3. Modelo biopsicosocial	8
2. Demarcación disciplinaria y el Surgimiento de la Psicología aplicada a la Salud	9
2.1. Psicología Médica	11
2.2. Medicina Psicosomática	11
2.3. Medicina Conductual	14
2.4. Psicología Clínica	15
2.5. Psicología Aplicada a la Salud y la función del Psicólogo	16
<i>Capítulo 2. Modelos de Intervención en Psicología Aplicada a la Salud.</i>	
3. Modelos con orientación individual	25
3.1 Modelo Trasteórico (MTT) de Prochaska	25
3.2 Modelo de Creencias de Salud	27
3.3 Teoría de la Acción Razonada	28
3.4 Teoría de la Conducta Planeada	30
3.5 Modelo de Proceso de Adopción de Preocupaciones	31
3.6 Modelo Psicológico de la salud de Ribes	32
3.6.1 Procesos psicológicos de la salud	33
3.6.1.1 Historia de competencias del individuo	33
3.6.1.2 Competencias funcionales	33
3.6.1.3 Modulación de los estados biológicos	33
3.6.2 Consecuencias de los procesos psicológicos de la salud	34
3.6.2.1 Vulnerabilidad biológica	34
3.6.2.2 Conductas instrumentales y la salud	34

4. Modelos Interpersonales	35
4.1 Teoría Social-Cognitiva	36
4.2 Redes Sociales y Soporte Social	38
4.3 Estrés, Afrontamiento y Comportamiento en Salud	40
4.3.1 Modelo transaccional del estrés y afrontamiento	41
5. Modelos de Intervención comunitaria	43
5.1 La mejora de la salud a través de la organización y construcción comunitaria	44
5.2 Marketing Social	45

Capítulo 3. Enfermedades crónicas y su impacto psicosocial.

6. Enfermedades crónico-degenerativas	51
6.1 Problemas de Salud Pública	52
6.2 Definición	53
6.3 Clasificación	53
6.4 Intervención multidisciplinaria	54
7. Perfil epidemiológico actual	54
7.1 Implicaciones de la enfermedad crónico-degenerativa	57
8. Síndrome Metabólico	57
8.1 Obesidad	60
8.2 Hipertensión Arterial	62
8.3 Diabetes	62
8.4 Dislipidemias	63
8.5 Cardiopatía isquémica	63
9. Calidad y Estilos de Vida	64
9.1 Estilos de Vida	64
9.2 Calidad de Vida	65
10. Estrés y su relación con la Salud	67
10.1 Estrés académico	73
10.1.1 Aspectos generales del estrés académico	74
10.1.2 Indicadores del estrés académico	76
10.1.3 Afrontamiento ante el estrés académico	77
10.2 Técnicas para el manejo efectivo del estrés	80
11. Adherencia Terapéutica	88
Metodología	89

Conclusiones	97
Mensajes	100
Bibliografía	121

En la actualidad el Síndrome Metabólico ha sido una de las mayores preocupaciones que aqueja a la población no solo adulta sino también adolescente, es por ello que la Psicología Aplicada a la Salud se ha enfocado a dicho tema en conjunto con otras disciplinas a nivel de prevención, intervención e investigación; gracias a esta última, se ha observado que la falta de manejo efectivo de estrés, es uno de los factores más relevantes en el desarrollo de enfermedades relacionadas con el SM. Los resultados arrojaron una diversidad de indicadores de estrés, lo que paralelamente conlleva a la adopción de ciertos estilos de afrontamiento, entre los que destacaron el tabaquismo, alcoholismo, ingesta de medicamentos sin prescripción médica, consumo de sustancias tóxicas, bajo nivel de autoconcepto y violencia. Es por ello, que se considera importante, trabajar desde un enfoque psicológico a nivel individual con los universitarios que están estudiando áreas orientadas a la salud desde el nivel preventivo, mediante la modificación de conductas patógenas, esto a través del uso del marketing social que sirve como técnica básica para la modificación de conductas dirigidas a la población blanco y a un nivel masivo.

Por tanto, el objetivo del presente trabajo, es desarrollar en la población blanco (universitarios) estrategias efectivas de afrontamiento ante situaciones que les provocan estrés, con el propósito de evitar conductas de riesgo que pueden generar o exacerbar enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico.

Este trabajo se desprende del proyecto “Intervención comunitaria dirigida a estudiantes universitarios con enfermedad crónica. Una propuesta multidisciplinaria”, financiado por PAPIME No. Reg. PE303507. Dentro este proyecto general, se pretende trabajar a nivel estudiantil, institución educativa (FESI) y Municipio, a través de las fases de información, activación y canalización, tomando en cuenta las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) que se obtuvieron a través del estudio de las tres áreas. Este trabajo se ubica solo dentro de la fase de activación, por medio de la concientización y la posterior modificación del estilo de vida de los universitarios, en cuanto a los riesgos a los que se exponen por llevar a cabo conductas patógenas, esto a través del Marketing Social (técnica básica) auxiliándonos de la elaboración de mensajes como otra herramienta estratégica.

Lo que se espera con dicho proyecto, es que los universitarios pasen de la etapa de pre-contemplación a la de acción, es decir, que dicha población, dé cuenta de las afecciones a su salud, consecuencia de conductas patógenas o desfavorables para posteriormente, pasar al involucramiento activo de modificación y/o adquisición de nuevas conductas o estilos saludables, que les permitan desenvolverse de mejor forma tanto en su vida cotidiana como profesional.

Introducción.

El Síndrome Metabólico (SM) actualmente, es uno de los padecimientos con mayor incidencia en la población adulta y ahora también en la adolescente, con un aumento extraordinario en ésta, con el pasar de los años; por ello, es considerado como un problema de salud pública que se relaciona directamente con el estilo de vida actual y con diversos agentes de carácter biomédico como son, IMC (obesidad), presión arterial y colesterol por arriba de los niveles normales y complicaciones en el metabolismo de glucosa o lípidos.

A raíz de lo anterior, varias disciplinas se van sumando al estudio e intervención de este síndrome, tal es el caso de la Psicología Aplicada a la Salud que estudia principalmente el comportamiento de la persona sana o enferma, posicionada en un sentido positivo para la promoción de la salud por medio de estilos de vida favorables y mantenimiento de ésta, por mencionar algunos. Es así como esta disciplina junto con otras, se unen para combatir con este padecimiento a nivel de prevención, intervención e investigación; gracias a este último parámetro (investigación), se han dado a conocer la gran diversidad de factores biológicos, conductuales y socio-culturales que hacen que las personas enfermen de tal forma. El Estrés, es uno de esos factores de riesgo del SM con una relevancia impresionante, pues las consecuencias del mal manejo de éste, pueden ser múltiples y variadas, como pueden ser personalidad, tipo de situación estresante y sobre todo estilo de afrontamiento del individuo ante dicha circunstancia, entre otras; generalmente ante cualquier situación de estrés, se producen, una serie de cambios fisiológicos que forman parte del tipo de reactividad de poseen los individuos.

Es por ello, que se considera trascendental trabajar bajo un enfoque psicológico a nivel individual, con la población universitaria que se encuentra en formación profesional en áreas enfocadas a la salud, esto desde un nivel preventivo para que mediante la modificación de las conductas patógenas y con el uso y aplicación del marketing social como técnica básica para la transformación de conductas insanas, se incremente en la población blanco (universitarios) y a un nivel masivo, la aceptabilidad de la práctica de conductas promotoras de la salud y de estilos de vida favorables.

Esto precede y se inicia con la aplicación del examen médico automatizado (EMA) para explorar de forma general la dimensión social, biológica y psicológica de la población universitaria, identificando, seleccionando y analizando los reactivos del instrumento, que tuvieron relación con las principales respuestas de estrés. Los resultados arrojaron una

diversidad de indicadores de estrés, como el miedo a desmayarse en público (4.4%), trastornos en los patrones del sueño (38.9%), sentimientos de miedo ante todo lo que se hace (24.1%), agobio y tensión constante (30.8%), incapacidad de enfrentar adecuadamente los problemas (26%), pérdida de confianza y fe a sí mismo (21.6%), sentimientos de no poder aspirar nada en la vida (4.8%), nerviosismo y apuro de estallar constantemente (31.9%); lo que posteriormente conlleva a que los universitarios, adopten ciertos estilos de afrontamiento, entre los que se reflejaron el tabaquismo (41.2%), alcoholismo (71.7%), ingesta de medicamentos sin prescripción médica (60.2%), consumo de sustancias tóxicas (8%), bajo nivel de autoconcepto (16.8%) y violencia (43.4%).

Con los datos anteriores, se plantea el objetivo general, que es justamente desarrollar en la población blanco estrategias efectivas de afrontamiento ante situaciones que les provocan estrés, con el propósito de evitar conductas de riesgo que pueden generar o exacerbar enfermedades relacionadas con el Síndrome Metabólico.

Dentro del proyecto general llamado “intervención comunitaria dirigida a estudiantes universitarios con enfermedad crónica. Una propuesta multidisciplinaria” el cual, fue financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) de la UNAM y con el apoyo de la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM y de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales (SDRI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, se pretende trabajar a nivel estudiantil, institución educativa (FESI) y Municipio, a través de la propuesta de intervención con impacto en el nivel de modificación de conductas (planeación estratégica) en las áreas de intervención, como son la fase de información, activación y canalización. Nos ubicamos específicamente en la segunda fase que es activación, pues mediante ésta, se logrará la concientización de los universitarios sobre los riesgos de las conductas patógenas que llevan a cabo y posteriormente lleguen a modificarlas, ello a través del implemento del Marketing social utilizada como técnica básica, la cual, fundamenta la elaboración estratégica de carteles como una herramienta; todo esto se logra a través de los datos antecedentes sobre las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA) de la población, que se obtuvieron a través del estudio de las tres áreas.

Finalmente, al aplicar el proyecto se espera que los universitarios pasen de la etapa de pre-contemplación a la de acción (Prochaska, 1992), es decir, que la población dé cuenta de las afecciones a su salud, consecuencia de las conductas patógenas o desfavorables que llevan a cabo cotidianamente, para posteriormente, trasladarse al involucramiento activo de

modificación y/o adquisición de nuevas conductas o estilos de vida saludables, los cuales, les permitan desenvolverse de forma óptima y benéfica en sentido profesional y en su vida cotidiana.

Para conocer cómo es que el manejo efectivo del estrés se torna como un elemento indispensable de prevención para enfermedades relacionadas con el Síndrome Metabólico, se emprende en el capítulo uno, desde los antecedentes que nos llevan a conocer cómo es que la Psicología Aplicada a la Salud, surge como otra disciplina interesada en la relación salud-enfermedad y cómo trata de explicar la dimensión psicológica de la enfermedad de las personas que se encuentran en este plano.

En el capítulo dos, se tratan los diversos modelos de intervención en Psicología Aplicada a la Salud, que explican el proceso de salud-enfermedad afectados por la relación individuo-sociedad y que dan pauta a la propuesta de diferentes estrategias metodológicas, que explican el proceso antes mencionado en relación con la conducta del individuo en tres niveles: individuo, relación individuo-ambiente o influencia de factores sociales y nivel comunitario o poblacional.

En el tercer y último capítulo, se abordan las enfermedades crónicas que dan pie al planteamiento propiamente dicho del Síndrome Metabólico, consecuencia de los diversos factores que se derivan de la interacción individuo-ambiente, específicamente retomando el estrés, como factor primordial y desencadenante directo del SM, finalizando con una propuesta basada en diferentes técnicas para el manejo efectivo de éste.

Psicología Aplicada a la Salud y su relación con la Conducta.

La Psicología aplicada a la Salud, es un área de la Psicología contemporánea que estudia las variables comportamentales involucradas con salud y enfermedad, por ello, aborda los diversos factores que se relacionan con el proceso salud-enfermedad como manejo del estrés, conductas adictivas, estilos de vida sedentarios y diversas conductas que después de manifestarse constantemente junto con factores de tipo biológico y sociocultural (patrones inadecuados de salud y deplorables estilos de vida, tanto en el hogar como en el trabajo y/o medio social), contribuyen a que las personas desarrollen enfermedades que poco después, tienden a convertirse en crónicas y que son las principales causas de muerte en la actualidad (trastornos cardiovasculares, enfermedades derivadas del síndrome metabólico, cáncer, diabetes, etc.).

Calidad de vida entendida según Carpio (2000, P. 4) como *“la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, estado que a su vez define tanto el modelo de ajuste a las situaciones en el que el comportamiento, como práctica concreta, tiene lugar, así como los resultados o efectos que dicha practica tiene sobre el entorno y sobre el propio organismo”*; es así como dicha definición, se relaciona con la preservación de la salud biológica mediante la práctica de conductas favorables y la conservación de los ambientes físicos y sociales que demarcan las prácticas compartidas de forma colectiva y cultural.

1. Antecedentes.

Hoy en día, el estado de salud se ha vuelto una preocupación difícil de explicar por completo. Recordemos que tiempo atrás, el concepto de salud era definido como ausencia de la enfermedad, pero gracias a la colaboración de diferentes disciplinas interesadas en el tema, dicha percepción se ha ido modificando. Hace algunas décadas, el tema de salud estaba dominado por el combate de enfermedades infecto-contagiosas (varicela, viruela, gripe, entre otras), pero con el paso de los años se incorporaron enfermedades crónicas (por lo general, duran para toda la vida y rara vez tienen alguna cura) cáncer, diabetes y

cardiovasculares. Con ello, se comenzó a identificar y a relacionar estados emocionales negativos (depresión, ira e incluso hostilidad) con enfermedades crónicas.

Al hablar de salud y enfermedad cotidianamente se piensa en un área históricamente restringida; así, los primeros “curanderos” o “brujos”, ostentaban el saber y lo utilizaban con el fin de sanar, sosteniendo a la enfermedad en un modelo demoníaco y su función primordial consistía en alejar a los malos espíritus. Ese saber era transmitido exclusivamente a unos cuantos, con lo que esa escasa población de curanderos se fortalecía (Amigo, 1998).

Posteriormente el saber relacionado con la cura de la enfermedad, se convirtió en propiedad del clérigo, en el siglo XV, época de oscurantismo que conservaba dominante el modelo aún demoníaco, aunque se ofrecía una “alternativa” terapéutica: la comunión. Desde el siglo XVI, la medicina comenzó con cierta formalidad su etapa pre-científica a través de los trabajos de Harvey (quien describió la circulación sanguínea), así como de las descripciones anatómicas de Vesalius y Leonardo da Vinci. De esta forma y gradualmente, la medicina fue adquiriendo un soporte científico, a pesar de que se encontraba dividida en cirujanos (llamados barberos quienes también fungían como dentistas), oficiales de salud (quienes denunciaban e ingresaban a los enfermos a una institución de reclusión), los médicos y los brujos (Amigo, 1998).

Durante el siglo XIX, la medicina y sus practicantes adquirieron su connotación de científicos, pues sustentaron sus trabajos, conocimientos y prácticas en una serie de fundamentos tanto teóricos como metodológicos que les permitió un accionar sistemático. La clínica reafirmó su superioridad y los antiguos practicantes de la medicina desaparecieron accediendo todo el espacio terapéutico al médico, que desde entonces se instituyó, como el eje de la salud. La tradición histórica de la medicina por tanto, le permitió tomar el mando para definir la enfermedad e incluso poco después, la enfermedad mental (Reynoso, 2000). La medicina y la psicología encontraron sustento científico en la misma época; podríamos señalar a nombres como Weber, Fechner, Helmholtz, Wundt, Breuer y Freud, quienes realizaron trabajos en fisiología de los receptores, para abrir el campo de la Psicología a través de lo que se le llama percepción.

En la actualidad y gracias a todas esas bases históricas, el concepto y el objetivo tanto de la medicina como de la psicología evolucionaron de forma individual llegando hasta nuestros días, a complementarse. Es así como la Psicología aplicada a la Salud, llega y surge implicando integridad y funcionamiento eficiente del cuerpo, mente y adaptación social, con apoyo de los modelos que le valieron como antecedentes, por ello, a continuación se hace una reseña histórica de dichos modelos que dieron pauta a la explicación y posteriormente, a la renovación del concepto y objetivo de la Psicología aplicada a la Salud.

1.1. Relación Mente-Cuerpo.

Desde tiempo atrás, el dualismo mente-cuerpo es considerado como tema de importantes implicaciones en los tópicos relacionados con la salud y la enfermedad; sin embargo, hoy en día es bien sabido que el ser humano debe ser tratado como un todo, en donde tanto sus pensamientos como sus acciones intervienen en su estado de bienestar o de enfermedad. Esta conceptualización gira en torno a diversas prácticas culturales que la sociedad adopta, al mismo tiempo que se delimita el concepto “sano” y “salud”, lo que da como resultado la demanda de habilidades prácticas que debe satisfacer el profesional de la psicología (manejo del estrés, hábitos alimentarios adecuados, adherencia terapéutica y promoción de actividad física) que se desempeña profesionalmente en el ámbito de la salud.

Entre los diversos personajes que han planteado el dualismo mente-cuerpo, podemos mencionar a Hipócrates, quien dice que mientras la salud era la resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, la enfermedad acontecía de la disolución de ese equilibrio por causas naturales, incluyendo la naturaleza biológica referente al comportamiento del individuo así como a su personalidad. Otro filósofo que plantea lo físico y lo espiritual como dos realidades separadas es René Descartes, con el postulado de que mientras que el cuerpo correspondería a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual (Amigo, 1998). Posteriormente y con los varios intentos de renovar el dualismo, Gil Roales-Nieto dice “...esta visión holística del fenómeno salud-enfermedad empieza a cobrar influencia en el pensamiento médico como un residuo ancestral notablemente desnaturalizado. Será durante el Renacimiento cuando tenga lugar el hecho que cambió la historia de la medicina y posibilitó la aparición, consolidación y absoluta

primacía del modelo biomédico...” y es aquí, a partir de lo cual, se le da pie al surgimiento del modelo biomédico (1996, en Amigo 1998, p. 22).

1.2. Modelo Biomédico.

Formado básicamente por dos supuestos: 1) dualismo mente-cuerpo; que adopta el paradigma de que el cuerpo es entidad física y la mente forma parte de lo espiritual y 2) el reduccionismo, el cual postula que todo proceso de enfermedad tiende a limitarse a cuestiones meramente de naturaleza física y química. De forma general, este modelo aborda la enfermedad atendiendo los aspectos físicos e individuales, como las respuestas de tipo personal y las influencias familiares, que intervienen a lo largo de la patología.

Anteriormente, se mencionó que en épocas pasadas las enfermedades que predominaban eran las infecciosas, a partir de ahí surgió la unicausalidad, es decir, un agente etiológico daba como resultado una enfermedad; poco después, se cambia esa concepción a la de multicausalidad, aceptando que las enfermedades tanto infecciosas como crónicas, estaban directamente relacionadas con diversos factores o agentes causantes (químicos, físicos, ambientales, socioculturales y formas de vida y trabajo) y fuentes de procedencia (tabaquismo, alcoholismo, hipertensión y estrés).

Dos críticas, que es importante enfatizar en este modelo, son: 1) la concepción de mente-cuerpo como cosas separadas para su estudio y tratamiento y 2) el trabajo en base al reduccionismo biológico, es decir, la exclusión de otros factores que pudieran determinar la génesis de las enfermedades, al presentarlas como hechos naturales únicamente, despojándolas de su posible categoría de hechos socioculturales y transformándolas en un acto más técnico que social, ya que dejan de lado las posibles determinantes del proceso de enfermar, provenientes de la clase social y de condiciones tanto educativas como culturales. Al asumir que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables, la conducta social no tiene relación; entonces las anormalidades conductuales son reducidas a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos. La filosofía inherente al modelo médico implica un reduccionismo referido al mantenimiento del dualismo mente-cuerpo donde el cuerpo y la mente son dos entidades separadas y los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente (Osorio, 2006).

Es así, como muchos teóricos apoyaron la idea de un nuevo modelo en base a la detección, comprensión y al control integral de los elementos involucrados en el proceso salud-enfermedad. Engel planteó un modelo alternativo al biomédico, el llamado modelo biopsicosocial.

1.3. Modelo biopsicosocial

Se habla que desde este modelo, los factores biológicos, psicológicos y sociales, son elementos que vienen a determinar la salud y/o la enfermedad. Se sostiene que la salud es un estado que se alcanza cuando un individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales (Amigo, 1998). Para entender los resultados de la influencia biopsicosocial en la salud y la enfermedad deben tomarse en cuenta los procesos implicados y así, tratar de medir los tres tipos de variables, por tanto, el mejor diagnóstico es considerado aquél que adopta una perspectiva multidisciplinaria. Aunado a lo anterior, el modelo, propone ajustar el tratamiento dependiendo de las necesidades particulares de cada persona, tomando en cuenta tanto el estado de salud como las recomendaciones de carácter psicológico y social, de forma integral.

La premisa de este modelo es abordar exhaustivamente al paciente en todos sus aspectos bio-psico-sociales, ya que el hombre posee un equilibrio al interactuar con su ambiente, y cuando surge algún problema, ese equilibrio se pierde a causa de múltiples factores. Diversos tipos de problemas relacionados con la salud demandan un manejo diferente, siendo su principal característica de discriminación, la identificación de la etiología.

Engel diseñó hipótesis sobre la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento, es decir, tomar en cuenta el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud como lo define Nieto (2005).

Los modelos anteriormente mencionados, explicaron el proceso salud-enfermedad durante algún tiempo, pero con el paso de los años y con el surgimiento de nuevos problemas de salud, transformaciones en la estructura social, así como de nuevas ciencias y tecnologías, se observó que no cubrían todas las exigencias que se demandaban para prevenir y atender las enfermedades de forma eficaz. Cuando se destaca la importancia de la participación activa del individuo en el cuidado y promoción de su propia salud, cobra relevancia la

investigación de la conducta como factor importante en el proceso, y por ende, la Psicología como disciplina involucrada en el equipo de salud. Como lo menciona León et.al. (2004, p. 47) “...nace una respuesta al reto que supone una crisis profunda de los servicios de la salud, que pone de manifiesto la necesidad de una nueva concepción de la salud más acorde con los datos epidemiológicos y los avances en las ciencias sociales y de comportamiento, según las cuales, el estilo de vida prevalente en un contexto sociocultural determinado, juega un papel fundamental en la determinación del continuo salud-enfermedad...”

2. Demarcación disciplinaria y el Surgimiento de la Psicología aplicada a la Salud.

Coexisten múltiples agentes que dieron pie al interés de psicólogos por una aproximación tanto teórica como clínica en relación con la salud, que fuera más allá de los tradicionales modelos de enfermedad; dichos intereses los podemos centrar en 3 ideas principales: traslado de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico-degenerativas, costo elevado de los cuidados de la salud y un mayor énfasis respecto a la calidad de vida de las personas. Esto permitió el desarrollo de un nuevo modelo que complementara las expectativas del modelo biomédico, es así como surge el modelo biopsicosocial, posteriormente llega el modelo de Prochaska (1982) y luego los de intervención pública, fundamentándose en la hipótesis de la gran importancia que tenía el considerar dentro del tema salud, los factores psicológicos, sociales y culturales aunados a los biológicos como categóricos de la enfermedad.

Algunos de los motivos por los cuales surge la Psicología aplicada a la salud son, porque a raíz del implemento del dualismo mente-cuerpo, modelo biomédico y modelo biopsicosocial, se ha buscado con un profundo interés un modelo básicamente holístico de salud y también, porque se consideraba que la psicología era una profesión sanitaria, en la cual, se debía reconocer que las conductas de los humanos eran cruciales tanto para el mantenimiento de salud como para el origen-evolución de la enfermedad (Ballester, 1998).

Matarazzo (1980, en Oblitas 1995) definió 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 mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la

enfermedad y disfunciones relacionadas...” (p.8). Como aclara la misma definición, Matarazzo trabaja en base a cuatro líneas básicas del psicólogo de la salud: promoción y mantenimiento de la salud (ámbito de acciones destinadas a promover los hábitos de la salud), prevención y tratamiento de la enfermedad (resaltando la necesidad de modificar los hábitos insanos para prevenir alguna enfermedad), estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones (estudiar las causas ya sean conductuales o sociales de la salud y enfermedad), el estudio del sistema sanitario y la formación de una política de salud (estudiar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre la conducta de la población y así, desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud). Sin embargo, la psicología aplicada a la salud, no solo se enfoca en la intervención, sino principalmente la prevención mediante la promoción de inmunógenos conductuales (conductas de protección a la salud que las personas llevan a cabo) en contra posición con los patógenos conductuales que son comportamientos peligrosos para el cuidado de la salud o conductas que aumentan el riesgo de enfermar (Matarazzo, 1984).

En relación a lo anterior, Stone habla de las actividades del psicólogo en este ámbito, agrupándolas en los siguientes núcleos (1988, en León 2004):

- * *Nivel de intervención*: Cubre el amplio espectro que va desde la investigación básica en la salud hasta la evaluación de los programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos.
- * *Objetivo de dichas intervenciones*: Centrándose en 1) el individuo concreto (paciente o usuario de los servicios de salud), 2) en los sujetos relacionados con él, 3) en las personas que trabajan en el sistema de salud, 4) en los aspectos psicosociales de las propias organizaciones de salud y 5) en la totalidad del sistema de salud, entendido éste como la parte del sistema social que afecta a la adquisición de los valores de salud y que está compuesto por todos aquellos elementos del ambiente y del sistema social que afectan a la capacidad del individuo para vivir de forma productiva-creativa y para derivar satisfacción.

Según el modelo biomédico, la enfermedad puede tener consecuencias psicológicas, pero lo psicológico no puede derivar un problema de salud física (León, 2004); sin embargo y gracias a la información teórica y a las múltiples investigaciones en el ámbito, damos cuenta de que lo anterior, es erróneo en cierta medida, por tanto, en el presente trabajo y a

lo largo de él, se pretende dar cuenta de cómo lo médico y lo psicológico se complementan de forma positiva y como se logra un trabajo con resultados verdaderamente benéficos para el usuario a quien tratan.

A partir del modelo biomédico, las disciplinas se concretaron un objetivo, en donde el cuidado físico era exclusivo de la medicina y las secuelas psicológicas y alteraciones que no tenían alguna explicación de tipo orgánica o fisiológica, de la psicología; por tanto, surgen diversas áreas de conocimiento que se relacionan y a su vez se integran formando disciplinas específicas para el trato de la enfermedad y su relación con la conducta, siguen presentando un enfoque hacia la “enfermedad” y la “curación”.

2.1. Psicología Médica.

Este término varía según el lugar en donde sea utilizado; por ejemplo, en Inglaterra y España la psicología médica es sinónimo de psiquiatría; sin embargo, en E.U.A es una sub-especialidad de la psicología clínica, quien comprende todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre personalidad del enfermo, relación médico-enfermo, personalidad del médico, diagnóstico personal-comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia. Así mismo, Reynoso y Seligson definen a la psicología médica como “...*el estudio de factores psicológicos relacionados con cualquier aspecto de enfermedad y salud física así como a su tratamiento a nivel individual o grupal... se encuentra enfocada hacia la función que desempeña el médico en el proceso terapéutico y su orientación fundamental es la psicodinámica...*” (2005, p. 6). La psicología médica por tanto, no es la única forma en la que se pretendió explicar la relación entre factores psicológicos y enfermedad; a continuación se explican algunas otras.

2.2. Medicina Psicosomática.

En un primer momento, éste tipo de medicina, intentó investigar las relaciones entre las variables psicosociales y las alteraciones psicofisiológicas. Sus raíces se localizan en las ciencias biomédicas; es el resultado de los intentos realizados en 1920 para identificar los factores psicológicos específicos que eran considerados importantes en el desarrollo de enfermedades somáticas específicas.

Weiner (1985, en Oblitas 1995) la define como *“una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades”* (p. 10). La medicina somática, se centra en la interacción entre variables fisiológicas y psicosociales dadas en la enfermedad; dentro de esta área, se considera a las emociones como una posible variable de las enfermedades, pues como menciona Castro (2008), no todos los síntomas como náusea o vómito, pueden significar únicamente una afección orgánica estomacal o intestinal, sino que un 38% de esos casos, pueden depender de factores emocionales. Dichos factores emocionales son activación del control del SNC por la liberación de neurotransmisores; éstos son pequeñas proteínas producidas en diferentes partes del cuerpo (hígado, cerebro, intestinos, entre otros), siendo necesarios para una adecuada actividad de todos y cada uno de los órganos del cuerpo; así mismo, tienen a su cargo la función de transmitir bioquímicamente las emociones, a través del cuerpo (Monobe, s/a).

Los neurotransmisores son: Epinefrina, Norepinefrina, Serotonina, Gaba, Dopamina, PEA, Histamina, Ácido aspártico, Glycina, Glutamina y Agmatina. A continuación, se mencionan sólo algunos ejemplos sobre los síntomas y las enfermedades que provocan la falta o el exceso de esos neurotransmisores en el cuerpo.

-Epinefrina: Falta (fatiga, falta de concentración, ganar peso), Exceso: ansiedad, estrés e insomnio.

-NorEpinefrina: Falta (depresión, anorexia y bulimia), Exceso (Hipertensión, estrés. Obesidad, entre otras).

-Serotonina: Falta (depresión, estrés, abuso de drogas y alcohol, pérdida de apetito, insomnio), Exceso (estrés).

-Dopamina: Falta (Autismo, TDA, abuso de carbohidratos) Exceso (perdida de memoria, parkinson y abuso de drogas).

-GABA: Falta (Esquizofrenia y epilepsia), Exceso (ansiedad, comedor compulsivo, autismo).

-Histamina: Falta (depresión, fatiga), Exceso (alergias, estrés, abuso en el consumo de tabaco).

-Glutamina: Falta (esquizofrenia, fatiga y alteraciones en el metabolismo), Exceso (depresión, compulsivo-obsesivo, autismo).

-Glicina: Falta (epilepsia), Exceso (ansiedad).

Cuando los neurotransmisores se alteran en su cantidad o cambian sus relaciones, los desequilibrios alteran el funcionamiento del sistema nervioso, provocando enfermedades tales como trastornos de pánico, obsesiones, depresiones, entre otras como se mencionó con anterioridad, es por ello que nos hacen sentir sensaciones de bienestar o malestar, tristeza o alegría, ira o tranquilidad, cada día de nuestras vidas y como se mencionó con anterioridad.

Indudablemente, al igual que nuestro cerebro es capaz de registrar los estímulos físicos, el cuerpo también registra los estímulos emocionales y responde ante ellos, mediante la liberación de verdaderos mensajeros de los pensamientos, llamados neurotransmisores. Podríamos decir que éstas, son sustancias liberadas por el cerebro o las terminaciones nerviosas que actúan a distancia sobre los distintos órganos del cuerpo. Ante cualquier situación de estrés por ejemplo, se activa una especie de alerta roja a nivel del hipotálamo, que mediante la liberación de determinados neurotransmisores le avisa a la glándula pituitaria (más conocida como hipófisis) que debe activarse para liberar, por ejemplo: Beta-endorfina, hormona melanoestimulante y la hormona ACTH (hormona adrenocorticotropa) que actúa sobre las glándulas adrenales produciendo finalmente la liberación de gluco-corticoides. Pero estos neurotransmisores no sólo se liberan a nivel del cerebro sino que también son liberados por células de otros órganos como por ejemplo la piel; como éste, existen otros ejemplos de cómo los factores emocionales liberan neurotransmisores, por mencionar algunos (Monobe, s/a):

-El estrés derivado del ejercicio físico provoca un aumento de la cantidad de endorfinas presente en sangre y en el líquido cefalorraquídeo. Se retrasa la fatiga lo que produce una sensación de vitalidad y bienestar.

-Las caricias, besos y abrazos estimulan la descarga de endorfinas, además de feromonas, hormonas que aumentan el atractivo de la persona y cautivan a la pareja. La combinación de estas dos hormonas produce una situación de intenso placer, durante y después de la relación sexual.

-La risa tiene una notoria influencia sobre la química del cerebro y del sistema inmunitario, por eso es la mejor fuente de endorfinas. Basta con esbozar una sonrisa para que nuestro cuerpo comience a segregar endorfinas específicamente, encefalinas.

-El contacto con la naturaleza nos llena de energía y buen humor. La atmósfera que se respira en el campo o la playa cargada de iones negativos estimula las hormonas de la felicidad.

-Cuando la mente esta relajada las endorfinas se segregan con mayor facilidad y en mayor cantidad.

-El masaje provoca grandes descargas de bienestar, ya que las terminaciones nerviosas transmiten el roce de las manos sobre la piel hasta el cerebro activando la secreción de hormonas de la felicidad.

-La música provoca una importante liberación de endorfinas, consiguiendo una disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria así como una importante relajación muscular.

-La serotonina también, está íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo. Poca serotonina, se ha mostrado que, lleva a la depresión, problemas con el control de la ira, el desorden obsesivo-compulsivo, problemas con el sueño, lo cual también esta asociado con la depresión.

Lo anterior, trata entonces, de un acercamiento a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades.

2.3. Medicina Conductual.

Nace como una ramificación de la tradición teórica conductista. Su principal preocupación eran las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que hacer en las mismas para modificar dichas conductas; para ello empleaban técnicas de modificación de conducta como evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, así mismo, se utilizaba el análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos fisiológicos y problemas en el cuidado de la salud (Pormelau y Brady 1979 en Amigo, 1998).

La medicina conductual es definida por Reynoso y Seligson como “...un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales; con la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desordenes físicos; así como la validación de programas y estilos en problemas de salud...” (2005, p. 12). Algunos de los objetivos de la medicina conductual son: la promoción de conductas que favorezcan tanto a la salud como a la calidad de vida, la prevención y disminución de conductas perjudiciales para la salud, el análisis y la modificación de factores psicosociales relacionados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus etapas (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación), el diseño y puesta en práctica de los programas para el mejoramiento de las relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo, el desarrollo de sistemas de apoyo social y ambientes saludables y por último, la mejora de la calidad de los servicios de salud.

2.4. Psicología Clínica.

En los años veinte y treinta, los psicólogos clínicos se formaban en una labor de equipo. El equipo era liderado por un médico psiquiatra encargado de la toma de decisiones clínicas trascendentales y de efectuar psicoterapia, mientras que los psicólogos se implicaban básicamente en la aplicación de pruebas psicológicas, de procedimientos educacionales y terapias remediales. La tarea del psicólogo era de consultante, ajustando la información relevante en un reporte evaluativo que incluía no solamente la descripción e interpretación del carácter del sujeto sino también de los problemas y posibles soluciones respecto a estrategias de tratamiento.

Muchas personas involucradas en el tratamiento de salud-enfermedad, confunden las funciones de la psicología aplicada a la salud con las de la psicología clínica, e incluso, han llegado a añadir, que una de ellas no tiene razón de ser, ya que se argumenta que no existen suficientes elementos que diferencien adecuadamente la psicología clínica de la psicología aplicada a la salud. Una breve diferencia es que la psicología clínica, se dedica a la atención de los trastornos emocionales mientras que la psicología aplicada a la salud, por el contrario, se enfoca hacia la salud y su promoción.

Es así como se delimita que el psicólogo clínico enfoca su actividad a la evaluación y al tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación, su objetivo se centra en la problemática individual de la persona, así como de las derivadas de su interacción con el ambiente. La función específica de esta psicología es la de **identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental**, así como también evaluar programas encaminados a la prevención y solución de problemas relativos a la salud mental.

Para relacionar esta Psicología con la salud, atenderemos la aportación de Oldenburg (1997), quien menciona que la Psicología Aplicada a la Salud, trabaja en tres niveles: individual, grupal y comunitario bajo un enfoque de salud pública, enfocándose en la promoción y desarrollo de competencias para la promoción de la salud, trabajando de forma multidisciplinaria. Por su parte, el área de la Psicología Clínica, trata problemáticas a nivel individual, de pareja y/o grupal, abordando problemáticas o alteraciones de conducta, trabajando de forma unidisciplinar, pues desde esta perspectiva, no existe una metodología multidisciplinaria que sea efectiva.

En base a lo anterior, se considera que ambas disciplinas bien pudieran complementarse respecto a la forma de tratamiento de enfermedades puesto que muchas de las dificultades que cada una trata, se relacionan no sólo a nivel biológico sino también a nivel social, lo que permite trabajar de forma individual, en pareja, familiar o en amplios grupos y/o en distintas etapas del desarrollo humano, y partiendo de la premisa de que las conductas son aprendidas, se logre modificar esas conductas y hábitos dañinos que se han adquirido.

2.5 Psicología Aplicada a la Salud.

Por todo lo anterior, la Psicología Aplicada a la Salud, es un área que nos muestra que la psicología no sólo trabaja con las psicopatologías comúnmente presentadas en clínica. El modelo psicológico relaciona variables de dos niveles lógicos, el médico-biológico y el socio-cultural; el primero hace énfasis en las condiciones propias del organismo y de los distintos subsistemas que lo integran, el segundo subraya las correlaciones necesarias entre carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida. Aunque lo biológico es una parte fundamental e importante para conocer aquellas enfermedades que puedan desarrollarse con mayor probabilidad en una persona, se considera complementario, tratarla también,

desde un nivel socio-cultural (contexto, costumbres, hábitos, entre otros) que intervienen en la interacción salud-enfermedad. Cuando hablamos de dicha relación, es preciso hacer referencia a las relaciones funcionales entre los factores físicos, conductuales y ambientales, cada uno de ellos contribuye de cierta forma y en cierta medida, a los distintos tipos de problemas que se encuentran en la práctica médica, los cuales requieren de especial atención si el objetivo es satisfacer plenamente las necesidades de las personas, ya sean sanos o enfermos (Ribes, 1990).

El manejo y cuidado de la salud de las personas (tanto a nivel individual como grupal), no puede ser resuelto únicamente con las técnicas médicas tradicionales; hoy en día se requiere un apoyo más, se necesita del apoyo de otras disciplinas, ya que pueden ayudar a proponer diferentes alternativas de solución. Así pues, existe la gran necesidad de un modelo de salud que combine entre otras a la ciencia médica y conductual, pues ello, es percibido como una opción de suma importancia en cuanto al análisis de la relación entre conducta y salud, pues cabe resaltar que la naturaleza de dicha relación (conducta-salud) no es estática ni mucho menos unidireccional. La conducta puede ser alterada de cierta forma por la enfermedad así como la enfermedad pueda resultar de la conducta. Por ello, en años recientes ha ido surgiendo una aproximación llamada “Psicología Aplicada a la Salud”; dicho término ha sido empleado con frecuencia para descubrir ciertas formas de investigación e intervención en problemas tanto psicofisiológicos como médicos (Reynoso y Seligson, 2000).

Si bien es cierto que la Psicología ha sido asociada históricamente con intervención en educación, rehabilitación, problemas clínicos como depresión, angustia, ansiedad y habilidades sociales, no se le había asociado de lleno con enfermedades físicas y sus consecuencias. Por lo anterior, el campo de estudio de la Psicología aplicada a la Salud se aglutina en una fusión de interacción tanto inter como multidisciplinaria, por ejemplo, con la medicina, la sociología, la psiquiatría, la enfermería y el trabajo social.

Aquí podríamos derivar el objetivo muy general de dicha psicología para posteriormente dar pie a sus fundamentos y/o bases teóricas propiamente dichas. El objetivo pues, de la Psicología aplicada a la Salud, consiste en cambiar los patrones de conducta que incrementan el riesgo de enfermedades crónicas, así también como las formas en que los sujetos afrontan las enfermedades que padecen.

Piña (2006) define a la Psicología aplicada a la Salud como el campo de acción profesional en el cual, los psicólogos poseen tanto los conocimientos (saber acerca de) como las competencias (saber hacer) indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, primordialmente y haciendo un especial énfasis en la investigación sobre las variables psicológicas (qué y cómo influyen) que facilitan u obstaculizan la práctica de los comportamientos de riesgo o prevención, con el objetivo de prevenir una enfermedad y promover la salud; dicha Psicología constituye entonces, un campo del actuar profesional con el propósito específico de incidir de forma eficiente y eficaz sobre algún problema social, en este caso, el de salud.

Se hizo énfasis en la parte de investigación, en el quehacer del psicólogo en esta área, pues bien, el trabajo se dirige a investigaciones en el área de estilos de vida y enfermedad, con el propósito de identificar tanto relaciones funcionales generadoras de enfermedad como la detección de los individuos, que se encuentran en un estado de riesgo para posteriormente, desarrollar acciones de prevención de la enfermedad a través del impulso de programas educativos, tanto para las personas sanas como para los que se encuentran en riesgo, por ejemplo.

Por otro lado y si bien la Psicología aplicada a la salud ha superado muchas limitaciones y se presenta como una alternativa consistente, creemos que un modelo psicológico como el plantado por Ribes (1990), permite delimitar las aportaciones y dimensiones psicológicas en la problemática de la salud, así como también, esclarece los problemas relacionados con la participación del psicólogo en dicho campo, así como sus diferentes ámbitos de acción profesional.

De acuerdo con Ribes (1990, pp. 20) la *dimensión psicológica de la salud* puede ser disgregada en tres factores fundamentales.

1. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
2. Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
3. Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Es así, como la dimensión psicológica de la salud, simplemente consiste en la participación del individuo comportándose (sentir, razonar, hablar, pensar, percibir, entre otros), entendiendo el comportamiento, como la interacción molar del organismo con el medio físico, químico, ecológico y por supuesto, social (Ribes, 1985); y que por supuesto, tiene que ver con el comportamiento de los individuos, es decir, con su “hacer” y “decir” en diferentes situaciones en las que se encuentran implicados tanto objetos, eventos e incluso otros individuos.

Dicho modelo, nos muestra la delimitación del contexto multidisciplinario de la dimensión psicológica de la salud así como también nos permite identificar los componentes específicos del comportamiento que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Este modelo a la par, plantea dos tipos de categorías básicamente: 1) información acerca de los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones individuales en un contexto sociocultural y 2) descripciones de las resultantes o consecuencias de dichos procesos en términos de características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad biológica del organismo y sus efectos en la producción-prevención de enfermedad así como conductas asociadas a algún tipo de alteración biológica. Dichos efectos y/o consecuencias dependen siempre de uno o varios factores de proceso, de modo que desde una perspectiva psicológica se resalta la prevención como la actividad profesional básica, sin eludir la intervención requerida en la alteración de los resultantes del proceso.

La función del psicólogo dentro de este campo, es básicamente realizar programas que modifiquen las conductas de riesgo de las personas, para ello, se debe concebir a la persona como unidad para el análisis y modificación de la conducta y así también intervenir a nivel preventivo. Rodríguez (2002) ejemplifica algunas posibles áreas de inserción del psicólogo en cuanto al campo de la salud en 5 funciones:

1.-Detección: se basa en la identificación y/o medición de los estilos de comportamiento, análisis de competencias en relación a la salud y recursos ambientales.

Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.

2.-Planeación y Prevención: en cuanto a prevención de enfermedades, accidentes, establecimiento de conductas instrumentales en cualquier ámbito, etc.; y en cuanto a la planeación, hace referencias a objetivos que sean encaminados a la mejora de eficiencia de sector salud.

La prevención es una de las funciones que revela especial importancia, ya que aún cuando se planteen acciones preventivas que involucren medida de naturaleza social y médica, éstas se fundamentan en base al comportamiento concreto de los individuos, ya que el comportamiento modula de cierta forma, los efectos biológicos de las circunstancias ambientales, afectando el nivel de inmunocompetencia del individuo; la conducta establece el contacto directo o indirecto con agentes patógenos y nocivos (contagio, infección por objetos o alimentos, accidentes, entre otros); la conducta produce cambios graduales en el estado de organización a través de las prácticas de consumo de alimentos, alcohol, enervantes y tóxicos en general; la conducta es instrumental para detectar y atender oportunamente el surgimiento de alguna enfermedad por medio de la identificación correcta de los síntomas pertinentes y acudiendo con pertinencia a los servicios de asistencia y tratamientos médicos; finalmente, la conducta potencia toda acción terapéutica (adherencia terapéutica, cooperación y participación activa en los procesos de rehabilitación y seguimiento.). Así, esta etapa desde la dimensión psicológica aplicada a la salud, se le asigna al psicológico tres tareas fundamentales:

a. la relación con la prevención primaria, que son las prácticas cotidianas de los individuos vinculadas previas a la aparición de riesgos biológicos: el desarrollo de estilos de vida que reduzcan el riesgo de vulnerabilidad biológica, como el seguimiento de dietas nutricionales apropiadas, el bajo consumo de sustancias dañinas a largo plazo, la adquisición de conductas que reduzcan las reacciones de estrés, la promoción de comportamientos alternativos a aquellos que inducen riesgos para la salud, entre otros.

b. un segundo nivel de prevención se relaciona con aquellas conductas que impiden el avance de una propensión a la patología o de una condición patológica incipiente: el reconocimiento de indicadores de riesgo, el acudir con oportunidad a los servicios de salud, la adherencia a las prescripciones terapéuticas y adicionalmente el desarrollo de competencias en el individuo que le permitan ser atendido eficientemente como usuario de un servicio de salud.

c. en un tercer nivel, el quehacer del psicólogo se centrará en prevenir la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado del individuo, establecer comportamientos que faciliten la recuperación de funciones perdidas y/o reacciones ante perturbaciones de formas normales de respuesta biológica (Landa, 1992).

3.-Desarrollo: se refiere al entrenamiento tanto a paraprofesionales como a otros profesionales para el cuidado de la salud y la prevención.

4.-Investigación: encaminadas a las competencias, estilos de vida, conductas de riesgo, factores de prevención, factores disposicionales que probabilizan las conductas de riesgo.

5.-Intervención: respecto al empleo de técnicas y procedimientos para problemas de salud como adherencia terapéutica y otras.

Respecto al resto de las funciones profesionales del psicólogo (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980), tanto la investigación como el desarrollo son de suma importancia en lo referente al primer momento del modelo; esto es, a la parte de los procesos psicológicos principales de la salud, por ejemplo, los tipos de estilos de vida, personalidad y problemas de salud, la regulación de comportamientos asociados al estrés, los estilos de crianza y riesgo psicológico, entre otras.

Por tanto, el papel que juega el psicólogo en el campo de la salud no solo en términos de desprofesionalización, es decir, el psicólogo a raíz de los diversos conocimientos desde su disciplina básica traslada dicho conocimiento a diferentes profesionales de alguna disciplina relacionada como la medicina, trabajo social, enfermería y otras, es decir, el psicólogo debe asumir el rol de “educador” capaz de identificar la dimensión de forma individual tanto de los problemas sociales como de su evaluación, así también debe ser capaz de enseñar a otros profesionales a seleccionar, adaptar y utilizar procedimientos y técnicas para generar los cambios deseados en los comportamientos que pueden afectar la salud o que contribuyan a su recuperación una vez que se ha perdido (Piña, 2006).

Los psicólogos aplicados por tanto, laboran en diferentes áreas sociales y en una gran gama de problemas. Cabe aclarar que cuando se hace una distinción entre psicología clínica y psicología aplicada a la salud, se estima que el campo de la salud mental, de acuerdo a los apartados anteriores, pertenece a la psicología clínica (trastornos de ansiedad, depresión,

esquizofrenia, entre otras) y los trastornos relacionados con la salud física se quedan para el campo de la psicología aplicada a la salud (cáncer, artritis reumatoide, diabetes y otras enfermedades). Sin embargo, como se ha mencionado anteriormente el ser humano, a través de las investigaciones realizadas en distintas disciplinas, puede ser tratado de forma conjunta a través de la ayuda de diversas áreas como lo muestran los siguientes modelos aplicados al área de la salud. Lo anterior, permite enfocar el presente trabajo directamente, a la promoción y desarrollo de la salud, con todas las características identificadas para la Psicología Aplicada a la Salud.

Es así, como se da pauta a abordar en el siguiente capítulo, los modelos y teorías que explican como las conductas de los individuos, intervienen y se relacionan directamente con la salud y/o enfermedad.

Capítulo 2

Modelos de Intervención en Psicología Aplicada a la Salud.

Existen modelos y teorías (con base en un enfoque de Psicología aplicada a la Salud) que tratan de explicar los comportamientos relacionados con la salud o bien la búsqueda de atención sanitaria, sin embargo, los modelos tienen el respaldo de algún marco teórico epistemológicamente hablando, entre ambos hay diferencias que es importante destacar. Las teorías son generalizaciones y/o constructos según Popper (1962, en Buela 1997), creadas para explicar el mundo y así racionalizarlo, explicarlo y sobre todo dominarlo, por su parte, los modelos son representaciones de la realidad y/o formas que nos permiten describir lo observado, lo percibido y sus relaciones con el entorno. Buela (1997) menciona que los modelos tratan de reproducir la realidad, dándonos oportunidad de hacer aproximaciones intuitivas, dichas reproducciones facilitan la comprensión de esa realidad e intentan modificar el estilo de vida, para un mayor bienestar personal.

Se han construido diferentes modelos relacionados con la salud, que han sido elaborados, retomados y aplicados en la perspectiva psicológica, para explicar el comportamiento y diversas variables que intervienen para que los individuos enfermen; dichos modelos de intervención psicológica, explican cómo a nivel intrapersonal, interpersonal y comunitario, hay aspectos que influyen de forma importante para que el individuo desarrolle alguna enfermedad crónica.

Si bien es cierto que difícilmente se podrían encontrar comportamientos que no tuvieran ningún tipo de relación y/o influencia sobre el bienestar y la salud, también lo es que existe una serie de repertorios de conducta que se encuentran considerados como factores importantes de riesgo, en relación a los problemas de salud que en la actualidad aquejan de forma impresionante a nuestra población, como son tabaquismo, sedentarismo, desequilibrio dietético, entre otras y que conforman el estilo de vida de las personas, además de cambios ambientales a los que estamos expuestos, como es el ritmo de vida y sus exigencias.

El estilo de vida ha sido definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos del individuo (Rodríguez, 1995); también se le ha considerado como patrones de comportamiento individual que señalan cierta permanencia en el tiempo, bajo

condiciones más o menos constantes y que pueden considerarse de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza (Roth, 1990).

Los estilos de vida saludables incluyen conductas, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de los individuos para mantener, restaurar o mejorar la salud. Todo lo anterior, es producto de características personales, ambientales y sociales que emergen, no sólo del presente sino también, de la historia personal del sujeto, es decir, formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas áreas de funcionamiento del campo vital del individuo, satisfaciendo de forma adecuada las propias necesidades y optimizando a su vez, la calidad de vida.

La educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente tanto de cambios conductuales como de la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de información relacionada con conductas de riesgo, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento (Finenbergh, 1988). Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan complementarias del tratamiento a nivel cognitivo.

Por tanto, se cree importante que los diseños de promoción en salud, incluyan factores cognitivos que produzcan un fuerte impacto sobre los estilos de vida saludable de los individuos, o al menos, aumenten su probabilidad de éxito. Por esto, las teorías cognitivas y conductuales, proporcionan elementos valiosos que aportan una estructura, en donde apoyar la planificación, ejecución y evaluación de dichos modelos (Houchbaum et al, 1992). Es así como muchos modelos se han involucrado en el estudio de la salud, varios de ellos, han sentado bases para el desarrollo de diversas áreas favorecedoras para la intervención en salud, revelando que la promoción de la salud va más allá de lo propiamente individual, para ello, en el presente capítulo se hablará de varios modelos o estrategias metodológicas que explican el proceso de salud-enfermedad en relación con la conducta del individuo en tres niveles: a nivel individuo, relación individuo-ambiente así como la influencia de factores sociales y por último, nivel comunitario o poblacional. Tal como se ha referido que es el enfoque de la psicología aplicada a la salud.

Dentro de este capítulo hablaremos de los distintos modelos empleados en el área del cuidado de la salud, tanto interpersonales, intrapersonales y comunitarios; centrándonos en el comunitario, debido al tamaño de población con la que se trabajará.

3. Modelos con Orientación Individual.

Los modelos intrapersonales trabajan de forma individual, centrados en el comportamiento de los individuos, generalmente a nivel de gabinete y enfocándose en problemas, para posteriormente dar por consecuencia, soluciones.

La intervención psicológica es aislada y se trabaja de forma independiente, es decir, no colaboran otras disciplinas. Dentro de este tipo de modelos, encontramos incluidos al Modelo Transteórico, de Creencias de salud, la Teoría de acción razonada, de la Conducta planeada y por último, el modelo de Proceso de adopción de preocupaciones, los cuales, a continuación serán explicados (Glanz et al, 2003).

3.1 Modelo Transteórico de Prochaska (MTT).

Este modelo ha sido la base para el desarrollo de intervenciones eficaces con el objeto de promover la salud en cuanto al cambio del comportamiento.

El MTT es un modelo integrador de cambio del comportamiento y ese cambio es completamente intencional; describe, cómo los individuos pueden modificar un problema de salud en relación al cambio de conductas al adquirir un comportamiento positivo, centrándose principalmente en las influencias sociales sobre la conducta o en las influencias biológicas que repercuten en el comportamiento a través de la persona.

El Modelo Transteórico (MTT) constituye una conceptualización de etapas acerca del cambio en relación al control del comportamiento de abuso (Prochaska, 1979 en Glanz et al, 2003). Se plantea como un esquema explicativo general del cambio, en base a la premisa de que las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta. Estas etapas pueden ser tanto dinámicas como estables, es decir, ellas pueden durar por un tiempo considerable, pero siempre está la posibilidad de cambio. Las cinco etapas que se dan en el proceso de cambio de conducta son las siguientes: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento (Glanz, et al, 2003).

-Precontemplación: Es la etapa en la cual no existe intención de cambiar la conducta en el futuro previsible. Los individuos en esta etapa, o bien no están informados acerca de los efectos a largo plazo de su conducta actual o están desmoralizados acerca de su capacidad para cambiar y tampoco quieren pensar acerca de la posibilidad de un cambio e incluso pueden ser muy defensivos, especialmente frente a las presiones sociales para cambiar. El rasgo principal de esta etapa, es la resistencia a reconocer o modificar un problema.

-Contemplación: Etapa en la cual las personas son conscientes de la existencia de un problema y se piensa en resolverlo, pero aún no hay un compromiso para pasar a la acción propiamente.

Una rasgo característico, es que los individuos pueden incluso, permanecer en esta etapa por más de dos años, a pesar de poseer la intención del cambio.

-Preparación: Se caracteriza por hacer pequeños cambios. Generalmente, los individuos que se encuentran en esta etapa, tienen un plan de acción o han hecho algunos cambios en su comportamiento, pero no han alcanzado aún, un criterio conductual preestablecido para poder alcanzar la etapa de acción. En esta etapa, los individuos tienen la intención de tomar acciones en un futuro cercano.

-Acción: Es la etapa en la cual, los individuos se involucran activamente en la nueva conducta, habiendo ocurrido cambios conductuales manifiestos dentro de los últimos 6 meses.

Los individuos comienzan a modificar su conducta, experiencias o ambiente con el objetivo de superar sus problemas, modificaciones que son altamente visibles y que reciben gran reconocimiento. Puede decirse, que ésta es la etapa menos estable y por lo tanto, corresponde a un mayor grado de riesgo en relación a la recaída. Los elementos centrales de esta etapa son la modificación de la conducta objetivo hasta un criterio preestablecido y significativos esfuerzos manifiestos de cambio.

-Mantenimiento: Aquí, los individuos están conservando el cambio sobre el tiempo. Es un período de un cambio continuo en el cual, las personas trabajan para prevenir recaídas y consolidar los logros obtenidos durante la etapa de acción. Los elementos centrales de esta etapa precisamente son la estabilización del cambio conductual y la evitación de recaídas. En esta etapa, puede ser diferente el panorama para conductas a eliminar y para conductas

a adoptar. Así, la definición de eliminación sería una ausencia absoluta de tentación para involucrarse en la antigua conducta y un 100% de eficacia para involucrarse en la nueva conducta saludable. Los individuos que están en el rubro de conductas por adoptar, a pesar de estar en riesgo de recaídas, deben continuar trabajando para permanecer en la etapa de mantenimiento.

Habitualmente, se puede observar que los cambios de conducta generados en las distintas etapas del presente modelo, no progresan a través de un patrón lineal desde la primera etapa hasta la última; comúnmente, los individuos retoman etapas previas de forma constante antes de alcanzar la etapa de mantenimiento. Por tanto, el modelo plantea que el patrón a seguir, es generalmente circular más allá de ser lineal, pues a pesar de que un gran número de personas tiende a recaer, la mayoría de éstas, retoman el ciclo de cambio en alguna etapa anterior. Inclusive, una implicación importante de esta forma de concebir el cambio conductual, es que las recaídas, pueden constituir una instancia de aprendizaje y preparar al individuo para enfrentar mejor el siguiente intento de cambio; otro aspecto importante, es que el monto de cambio que puede esperarse luego de una intervención, está fuertemente determinado por la etapa de cambio en la que estaba el individuo antes de esa intervención. Por lo tanto, los programas de tratamiento o de cambio conductual no deberían tratar a todas las personas como si fueran similares, sino que deberían adecuar sus intervenciones a la etapa en que se encuentra cada individuo.

De forma general, el modelo postula dos factores influyentes en el cambio conductual, a saber, el balance decisional (elemento considerado de gran importancia para la toma de decisiones y por consiguiente para el cambio de conducta, haciendo referencia a la estimación de beneficios y costos de un comportamiento) y la autoeficacia (involucra un juicio acerca de las propias habilidades para efectuar una conducta determinada, con el objetivo de lograr ciertos resultados).

3.2 Modelo de Creencias de Salud

De acuerdo con este modelo creado por Hochbaum, et al (1992) y reformulado posteriormente por Rosenstock y Kirsch (1982, citado por León, 2004), las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales,

favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general, puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

Los conceptos básicos del modelo, se derivan de teorías psicológicas que postulan que una conducta depende principalmente de dos variables: el valor que le asigna la persona a una meta y la estimación que hace una persona de que una acción específica lo va a conducir a esa meta. Estas variables en el contexto de conductas de salud fueron traducidas como, el valor asignado por la persona a la salud, el evitar la enfermedad y la creencia de que una acción lo va a llevar a mejorar la salud o a prevenir la enfermedad.

Los componentes del modelo son:

-Percepción de susceptibilidad: Son las creencias que tiene la persona con respecto a la posibilidad de contraer alguna enfermedad.

-Percepción de gravedad: Creencias que tiene la persona con respecto a la seriedad de la enfermedad, es decir, la evaluación que hace la persona de las consecuencias (físicas, sociales, familiares y trabajo entre otras) que tendría el contraer la enfermedad.

-Percepción de los beneficios: Aquellas creencias de la persona con respecto a la efectividad de la acción en mejorar el estado de salud o en el prevenir una enfermedad.

-Percepción de las barreras: Creencias de la persona en relación, hacia los problemas que la acción conlleva (dolor implicado, costos, tiempo empleado, habilidades, etc.).

Diversos factores a nivel económico, social, familiar, demográfico, psicológico, cultural y medio ambiental; influyen en la percepción de los individuos, por lo tanto, así mismo influyen en la toma de decisiones con respecto a conductas relacionadas con la salud.

3.3 Teoría de la Acción Razonada.

Fishbein y Ajzen (1975, citado por Glanz 2003) desarrollaron una teoría general del comportamiento, integrando ciertas variables que se relacionan con la toma de decisiones a nivel conductual. Estos autores entienden al ser humano como un ser racional que procesa

la información o la utiliza sistemáticamente, por lo que ha sido llamada Teoría de la Acción Razonada. Proponen un modelo para entender la relación que tienen entre sí, las creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos.

Los seres humanos somos racionales y aplicamos información disponible de una forma sistemática para evaluar el costo-beneficio de una acción en particular. Por tanto, el objetivo de esta teoría se enfoca en la capacidad de predecir y entender directamente los comportamientos observables, que están directa y totalmente controlados por los individuos.

Muchos de los comportamientos que los seres humanos realizamos, se encuentran bajo un control meramente voluntario, por lo que la mejor forma de predecir un comportamiento, es por medio de la intención que se posea para realizar o no dicho comportamiento. La intención estará en función de dos determinantes; por un lado, uno de naturaleza personal, es decir, las actitudes; y por el otro, un reflejo de la influencia social, la cual, es la percepción del individuo sobre las presiones de tipo social que le son impuestas para realizar u omitir un determinado comportamiento (normas subjetivas).

Dentro de esta teoría se resalta también que los individuos realizan un comportamiento cuando tienen una determinada actitud positiva hacia la ejecución y cuando creen que es importante lo que los demás piensan acerca de lo que se debe llevar a cabo.

Fishbein (Glanz, 2003) otorga un papel significativo a los grupos de referencia, ya que considera la identificación con los referentes, como uno de los primeros pasos de la aplicación del modelo. Finalmente y de acuerdo con la teoría, cuando se han identificado el comportamiento, las actitudes y la norma, el mayor predictor de ellas es la intención correspondiente de la persona para llevar a cabo un comportamiento, en términos de acción, objeto, contexto y tiempo. Es así como la teoría trata de integrar los factores actitudinales y los comportamentales, para dar pie a explicar las conductas de salud. La teoría se basa en el modelo que plantea que una conducta de salud, es directamente el resultado de la intención comportamental, que a su vez, va a depender de las actitudes que posea el individuo, en relación a la conducta concreta y también, de aquellas valoraciones y/o normas a nivel subjetivo con respecto a lo apropiado de dicha acción conductual. En la figura 2, se muestran los elementos de la Teoría de la Acción Razonada.

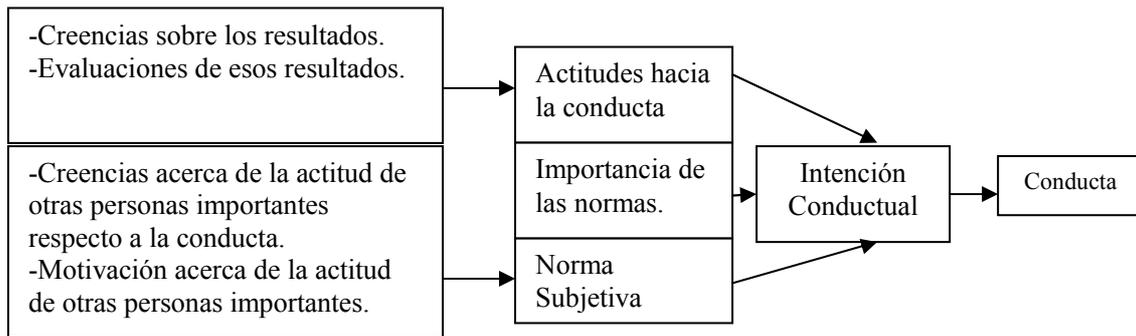


Figura 2. Elementos básicos de la Teoría de la Acción Razonada (Ogden, 2005 p. 40)

3.4 Teoría de la Conducta Planeada.

Tiene como propósito examinar la relación entre creencias, actitudes e intenciones individuales de la conducta y la percepción del control sobre dicha conducta, es decir, trata de relacionar las actitudes de la conducta directamente con la conducta (Ajzen, 1985 citado por Glanz 2003).

Es así como de acuerdo a esta teoría, se dice que una conducta de salud, es el resultado directo de una intención conductual y estas intenciones a su vez, constan de tres componentes:

- Actitudes frente a la acción (basadas en las creencias acerca de los resultados probables de la acción y evaluación de esos resultados).
- Normas subjetivas (lo que un individuo cree que los otros piensas que debería hacer).
- Control conductual percibido (hace referencia a cuando el individuo se percibe capaz de llevar a cabo una acción contemplada y que esa acción emprendida tenga el efecto esperado).

Se considera que las ventajas de esta teoría son lucrativas para comprender los procesos de cambio en las conductas de salud generalmente por dos razones: la primera de ellas, es porque nos proporciona un modelo que tiene la capacidad de asociar de forma directa, las creencias con la conducta; y por otro lado, también aporta una imagen detallada de las intenciones de los individuos con respecto a un determinado hábito de salud. A continuación, se presenta un esquema con los elementos que la teoría proporciona. (Fig. 3)

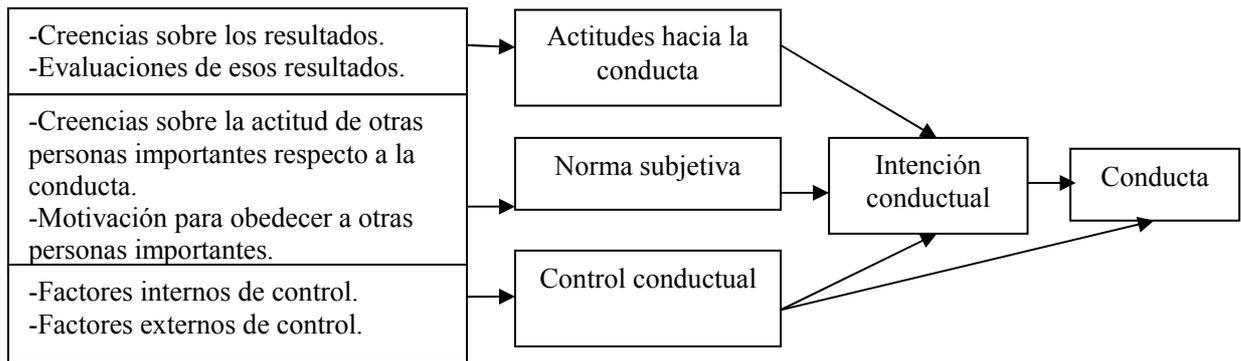


Figura 3. Elementos básicos de la Teoría de la Conducta Planeada (Odgen, 2005 p.51).

3.5 Modelo de Proceso de Adopción de Preocupaciones.

Modelo propuesto por Weinstein y Sandman (Glanz, et al, 2003), es una metodología para la promoción de la salud, el cual, sigue algunos postulados del modelo de Competencias (Costa y Lòpez, 1986).

Dicho modelo, propone 7 etapas relacionadas directamente con la modificación de la conducta del individuo: 1. Negación al oír hablar del peligro; 2. Reconocer que el peligro plantea algún riesgo para otros; 3. Reconocer que ese peligro plantea un riesgo personal; 4. Tomar la decisión de actuar; 5. Adoptar el cambio conductual; 6. Iniciar la nueva conducta y 7. Mantener esa conducta.

El tiempo que transcurre entre las etapas por las cuales pasan los individuos, puede variar y esto influye en ciertas determinantes particulares que la persona adopte para modificar su conducta de salud.

De la misma forma, se propone otro tipo acción, la cual, tiene como propósito que el propio individuo sea capaz de identificar, valorar y por último, fomentar las conductas protectoras. A continuación se explican brevemente las etapas:

- -Logro de un conocimiento tipo global, tanto de los factores de protección así como de los beneficios que se le pueden aportar al individuo.
- -Obtención de un conocimiento particularizado en relación a los beneficios del o de los factores de protección dirigidos a grupos de referencia.
- -Adquisición de un conocimiento específico, que sea resultado de un autoanálisis de los beneficios que podría aportar el factor de protección.

- -Asumir una decisión consciente del actuar, para así adoptar la precaución, resultante del análisis de costos-beneficios.
- -Elaboración de un plan personalizado para la adopción de la precaución, teniendo en cuenta las condiciones favorables y desfavorables.

En general, hace énfasis en el riesgo percibido, de forma similar al modelo de creencias de salud anteriormente explicado. Por último, dentro del modelo se proporciona un modelo heurístico que categoriza a los individuos en diversas etapas de cambio de conducta, las cuales, incluyen variables favorables dentro de un programa de intervención que beneficia la salud de las personas.

3.6. Modelo Psicológico de la Salud de Ribes.

Ribes (1990) crea una representación de los factores psicológicos que son de vital importancia para analizar los resultados derivados de las alteraciones o del mantenimiento de estados biológicos que se han identificado con la ausencia, propensión y/o padecimiento de alguna enfermedad. Por lo que el objetivo de dicho modelo es adaptar el análisis de los procesos psicológicos, para así apreciar la influencia y/o afectación que tienen los estados biológicos del organismo pertinentes a una propensión en mayor o menor grado respecto a una enfermedad.

Para ello, el modelo se divide en dos categorías: la primera categoría incluye los procesos psicológicos que relacionan las circunstancias o situaciones del organismo con las acciones que el individuo lleva a cabo y que son enmarcadas en un medio sociocultural, la segunda categoría trata de las consecuencias y/o resultados de los procesos psicológicos, en términos de todas aquellas características funcionales de la conducta, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos relacionados a la producción-prevención de alguna enfermedad y las conductas relacionadas a alguna alteración biológica.

Los elementos que conforman el modelo respecto a cada una de las categorías en que se conforma, son: los procesos psicológicos de la salud y las consecuencias de los procesos psicológicos de la salud.

3.6.1 Procesos psicológicos de la salud

3.6.1.1 Historia de competencias del individuo: es la historia de los comportamientos pasados del individuo ante situaciones y las relaciones entre éstas, lo que forma la disposición del individuo a interactuar con alguna situación del presente, lo cual, hace más probable que existe una forma de contacto conductual con esas situaciones en base a elementos y aspectos interactivos antecedentes.

Dentro de este aspecto (historia) se incluyen dos dimensiones; estilos interactivos y disponibilidad de competencias funcionales.

-Estilos interactivos: este elemento básicamente hace referencia a la personalidad del individuo, establece la forma en cómo enfrentará y/o se comportará ante una situación con la cual interactúa por primera vez.

-Disponibilidad de competencias funcionales: se definen como las capacidades comportamentales (acciones integradas de movimientos, reacciones sensoriales, lingüísticas, entre otras) que posee un individuo dependiendo de su desarrollo biológico y social (aprendizaje) así como de las características de acontecimientos, objetos y personas que están relacionados e involucrados en distintas situaciones que enfrenta.

3.6.1.2 Competencias funcionales: se identifican también como la capacidad conductual del individuo, que incluye la funcionalidad adquirida en relación con interacciones pasadas y, ante determinadas situaciones contingenciales. Algunos de los elementos que se incluyen son las consecuencias tanto en el individuo como en el ambiente, las cuales tendrán lugar a causa de las acciones en momentos determinados, factores determinantes del contexto de interacción y de la historia y/o capacidad del individuo para interactuar.

3.6.1.3 Modulación de los estados biológicos: se centra en las condiciones biológicas que son perturbadas de forma diferencial, dependiendo del actuar del individuo ante las contingencias de alguna determinada situación.

El comportamiento, que forma parte importante de este proceso, es considerado incluso como una dimensión funcional del cuerpo en interacción con el exterior, por tanto, las funciones biológicas regulan las formas de comportamiento, pero también son afectadas como variables del ambiente por el contacto funcional.

3.6.2 Consecuencias de los procesos psicológicos de la salud.

Los dos aspectos que incluye esta categoría, confluyen para determinar la probabilidad de que se produzca una enfermedad y de que también aparezcan comportamientos peculiares y que son consecuencia de dicha enfermedad.

3.6.2.1 Vulnerabilidad biológica: Ribes (1990, p. 30) define a la vulnerabilidad biológica como “...*la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica*”. Existen diferentes condiciones que determinan la vulnerabilidad en mayor o menor grado a un individuo a causa de las prácticas de éstas pueden ser de tipo biológico (contagio, falta de anticuerpos, entre otras) causando ciertas alteraciones genéticas y/o congénitas o que simplemente se derivan de estados patológicos anteriores.

3.6.2.2 Conductas instrumentales y la salud: las conductas instrumentales son las acciones de los individuos, que tienen la capacidad de forma directa o indirecta, de aumentar o disminuir la probabilidad de que se contraiga alguna enfermedad. Este tipo de conductas, irradian ciertos aspectos relacionados al entrenamiento de prácticas de salud que los individuos llevan a cabo, en relación con aspectos culturales que proveen o intervienen con esas prácticas.

Las conductas instrumentales suelen dividirse en dos tipos (Ribes, 1990): directas e indirectas. Las primeras, producen el contacto con el agente patógeno (causante de lesiones o infeccioso) y generalmente son más fáciles de disciplinar, y las indirectas que son las que, sin producir contactos específicos con los agentes patógenos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes. El modelo hace una distinción entre los factores de proceso y de resultado como se menciona en un principio. Los primeros, están íntimamente relacionados con las variables psicológicas del individuo (capacidades efectivas, formas de accionar que modulan la reactividad biológica ante ciertas contingencias); y a su vez, concurren en el punto de modulación contingencial de los estados biológicos, siendo regulados tanto por la historia interactiva como por las competencias afectivas que posee el individuo. Los factores de resultado, son aquellos que van a depender de la influencia de uno o varios factores de proceso. Básicamente, dicha propuesta trata de dotar al individuo de una serie de técnicas para así, reducir factores

ambientales y formas de acción que inciden en la vulnerabilidad biológica y que pueden ayudar a prevenir ciertos riesgos relacionados con la aparición de patologías agudas o crónicas.

Todo ello, significa que se pretende instruir al individuo respecto al uso adecuado de recursos del medio a su transformación cuando se indique a la evitación de contacto con ciertas circunstancias y agentes patógenos; a la par de capacitar a nivel de interacciones, con las contingencias situacionales de la vida cotidiana, para beneficiar la efectividad en las interacciones y la modulación de las reacciones biológicas (Ver figura 4).

Modelo psicológico de la salud biológica.

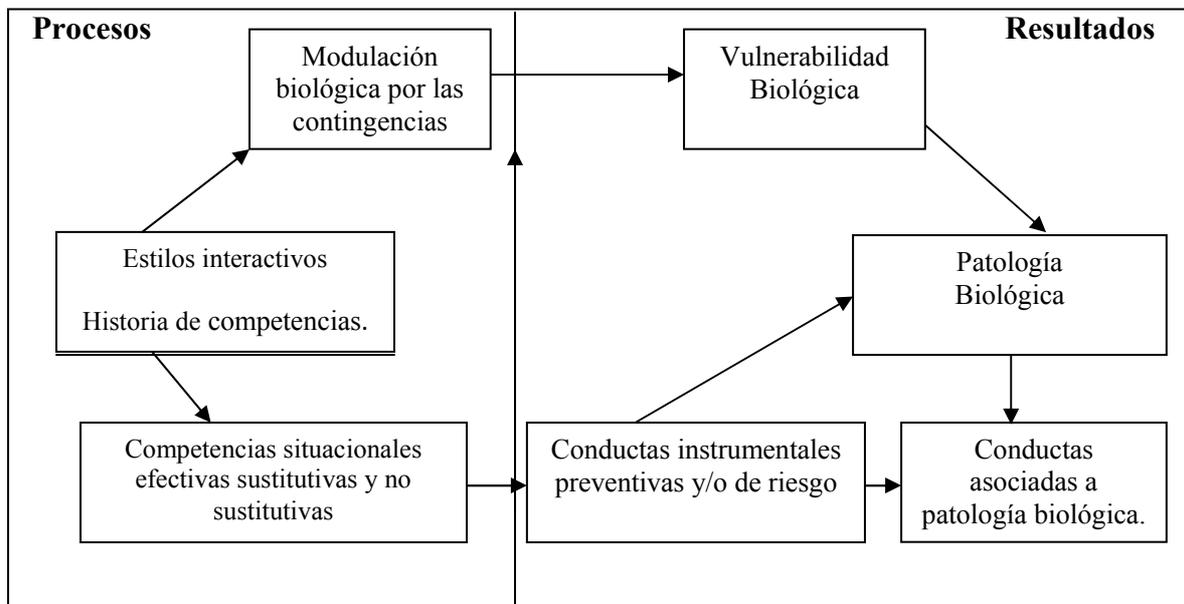


Figura 4. Modelo Psicológico de Salud (Ribes, 1990 p. 23).

4. Modelos Interpersonales.

El ser humano es social por naturaleza, desde que nace es identificado con un nombre y es educado para que respete las reglas que han sido estipuladas dentro de la sociedad; por lo tanto, no se puede negar la influencia del medio y de las personas que lo rodean en lo que refiere a sus acciones y su salud; con esto, no se quiere decir que sea un factor determinante pero sí influyente, ya que el ser humano necesita comunicarse, relacionarse, tener redes de apoyo que le permitan desenvolverse.

Los Modelos Interpersonales, incluyen iniciativas que hacen énfasis en la intervención en grupos de personas. El papel que juega el factor social es de suma importancia ante las conductas de riesgo. En este capítulo se trabaja con tres modelos que permitirán enfocar la promoción de la salud en términos de interacciones entre el medio ambiente, la persona y el comportamiento respecto a su salud y de qué forma han sido abordadas.

4.1 Teoría Social-Cognitiva (SCT)

La teoría Cognitivo social se basa en los postulados de Bandura (1962, citado en Glanz, et al, 2003) quien trabajó sobre el aprendizaje social y la imitación, por lo que concluyó que los niños basan sus acciones en el aprendizaje vicario (observar a otro niño llevar a cabo una conducta que es recompensada, recompensa de forma indirecta a través de otros). Esto no sólo ocurre en los niños, sino también en los adultos, quienes al ver resultados positivos (recompensas) que obtiene otro al realizar cierta actividad, lo imitarán esperando obtener el mismo resultado.

De esta forma la SCT trata sobre la dinámica del comportamiento del individuo respecto a su salud y promoción de métodos de cambio de dichas acciones. De acuerdo a este modelo, el comportamiento humano puede ser explicado en términos de una triada, en el que la relación es dinámica y recíproca entre el comportamiento, factores personales (incluidos los pensamientos) y las influencias ambientales (Glanz, et al, 2003).

Al hablar del ambiente, ello hace referencia a los contextos y situaciones de las personas ya sea el trabajo, la escuela, la familia, los amigos, etc. Una persona no se comporta de la misma forma ante los distintos escenarios que se le presentan, tiene que adaptarse a ellos ya sea por sobrevivencia, hábito, pertenencia y/o cultura. El comportamiento tiene que ver con la observación de la conducta de otros y la recompensa que se ha obtenido, así como la propia experiencia y todo aquello que nuestra cultura predispone acerca de nuestra forma de actuar y de pensar. Es decir, que tanto el comportamiento como el ambiente, por sí solos, no determinan el estilo de vida pero si de forma conjunta, además si se produce un cambio en alguna de estas áreas, por ende se obtendrán cambios en las otras y precisamente esto es lo que ha permitido a educadores de la salud y del comportamiento, trabajar de forma conjunta.

La forma en la que se mantiene la conducta a través del tiempo, no es muy distinta de lo que planteaba Skinner en los años cincuenta, en sus postulados de condicionamiento operante, del cual podemos rescatar principalmente el concepto de reforzamiento (Weiten, 2006), el cual, puede ser dividido en refuerzo directo o primario (aplicando la recompensa inmediatamente después de la conducta a través de la satisfacción de necesidades primarias), refuerzo secundario (como dado dentro del aprendizaje de observación en donde se satisfacen necesidades creadas) y el auto-refuerzo (como en el auto-control); estos a su vez, se dividen en exteriores e interiores o intrínsecos. Los primeros por lo general, son dados por la sociedad, por ejemplo cuando una persona realiza una actividad a la cual, los demás aplauden, el simple hecho de que esa conducta haya sido aceptada, valorada y reconocida, se convierte en un reforzador positivo; en cuanto al auto refuerzos, son realizados por la misma persona, mediante el lenguaje auto referido. Este refuerzo realmente es de forma cíclica, ya que cuando una actividad es reforzada extrínsecamente, con el transcurso del tiempo se convierte en intrínseco y a su vez extrínseco; por ejemplo, cuando un adolescente fuma y el grupo en donde se desenvuelve lo aprueba, es un refuerzo extrínseco, esa aprobación se vuelve intrínseca y después él aprobará su propia conducta y también que otra persona fume haciéndolo de esta forma un refuerzo extrínseco de la conducta de otro (Glanz, et al, 2003).

Todos estos aspectos son importantes, ya que permiten predecir los resultados de un tratamiento, dando paso a la adherencia médica o al abandono del tratamiento. Esto a su vez, está relacionado con la auto-eficacia que de acuerdo con Bandura (1977, 1992 citado en Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000 p. 509) “...hace referencia al sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertos estresores de la vida. Se diferenciaría de las expectativas de resultado, en que estas últimas hacen referencia a la percepción de las posibles consecuencias de una acción...”, es decir, en muchas ocasiones el individuo tiene el conocimiento de lo que se debe hacer, pero pocas veces confía en que lo puede llevar a cabo, esto trae consigo un abandono de la iniciativa y en consecuencia, un fracaso prematuro.

Tanto la autoeficacia como el refuerzo, son dos elementos que permiten que la conducta se mantenga, decline o aumente. En el siguiente cuadro se muestra, de forma sintetizada, la relación reciproca existente entre los conceptos desarrollados en líneas anteriores.

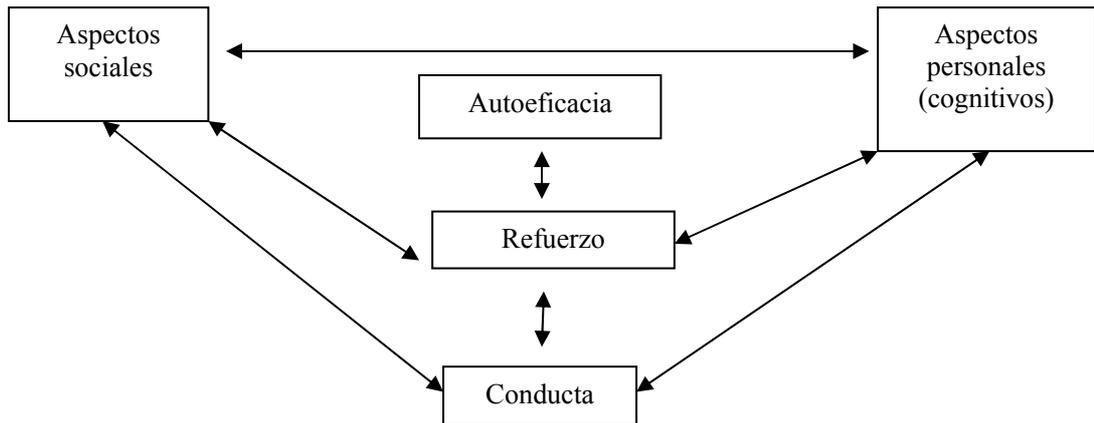


Figura. 5. Relación dinámica y recíproca entre el ambiente, aspectos personales y la conducta, así como la autoeficacia y el refuerzo (Glanz, et al, 2003).

4.2 Redes Sociales y Soporte Social

El ser humano pertenece a diversos grupos con los cuales se identifica y comparte metas e ideología a estos grupos se les denomina redes sociales y tienen la función de proveer apoyo. El modelo que se desarrolla en este apartado muestra esa relación existente entre el apoyo social y redes sociales, así como el uso que se le puede dar para modificar acciones que influyen en la salud individual.

Lamas, Lamas y Lamas (2007 citado en Barraza 2008) mencionan que las redes pueden presentarse de tres formas distintas:

1. Vida cotidiana: Son aquellas personas que se presentan en nuestra vida diaria, en el trabajo, escuela, círculo de amigos etc.
2. Grupo terapéutico: Personas con conocimientos específicos y que acompañan durante una enfermedad (generalmente, este tipo de apoyo es de corto plazo).
3. La red que se activa en la crisis: El propósito principal de este grupo es el de buscar y disponer de todos aquellos recursos que posibiliten a resolver un problema.

Conforme el individuo va creciendo, las redes sociales también crecen, sin embargo y a pesar de que algunas personas forman parte de esa red social, es posible que no formen parte del apoyo social, debido a que éste debe ser siempre entendido de forma positiva, manejado en un ámbito de respeto, empatía y afecto, en donde haya una reciprocidad; si es de forma contraria, las personas muestran un estado de ánimo bajo y conductas de riesgo para la salud (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin, y Gwaltney, 1997 en Glanz et al, 2003).

Pérez y Martín (1997 en Barraza, 2008) hablan de cuatro perspectivas teóricas y/o niveles de análisis del apoyo social:

- a) Integración social: se centra en el número y fuerza de las asociaciones de la persona con aquellos individuos que son significativos para él/ella.
- b) Relaciones de calidad: contribuyen a satisfacer las necesidades de afiliación, cubren las necesidades de afecto, proporcionan un sentimiento de identidad y pertenencia, son fuente de evaluación positiva y proporcionan sentimientos de control de la situación.
- c) Ayuda percibida: Percepción de la persona de que recibirá apoyo por parte de otros ayudando a reducir el estrés dado por un evento aversivo.
- d) Actualización de las conductas de apoyo: hace referencia a las conductas reales de tal apoyo, es decir, a lo concreto y efectivo de dicho apoyo.

El apoyo social, como se mencionó anteriormente, sirve para reducir el estrés de la situación en la que se encuentra el individuo, sin embargo muchas veces la persona está pasando por una problemática de salud debido a las redes de apoyo, adoptando conductas que son aprobadas por ese grupo minoritario, pero que van en contra de la salud.

Retomando el punto de apoyo social, pero en sentido positivo, es mediante éste, que se ha demostrado mayor adherencia terapéutica en los tratamientos (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, y McAuliffe, 2000 en Glanz, et al 2003); así como también, se ha observado que el fortalecimiento de las redes sociales y la mejora del intercambio de apoyo social, puede aumentar la capacidad de un individuo para obtener sus recursos y resolver los problemas (Minkler, 2001; Ing. y Parker, 1994 en Glanz, et al 2003).

El principal punto para trabajar con el apoyo social, es precisamente identificar esas redes que puedan servir de ayuda y que permitan un efectivo afrontamiento; de acuerdo con Thoits (1995, en Glanz et al 2003) por lo general, las personas que pueden servir de apoyo, son aquellas que han atravesado por una situación similar. Para una intervención eficaz es de gran ayuda analizar aquellos factores que influyen, como el comportamiento tanto de la persona con la que se va a trabajar así como de aquellas redes de apoyo, experiencias anteriores que hayan vivido de forma conjunta, el contexto social de la relación, las expectativas, preferencias individuales, etc., esto con el fin de conocer hasta qué punto es utilizable ese apoyo que se brinda y qué se podrá obtener de esa persona y de igual forma, considerar las posibles opciones que se tienen en caso de un fracaso.

Las redes sociales entonces, interponen valores y comportamientos ligados a la salud y a la gestión de la enfermedad, pero son valores y comportamientos que puede producir, por sí mismos, enfermedad. Para entender mejor lo anterior, se plantea un ejemplo cada vez más común en la comunidad estudiantil universitaria; el hábito de fumar o beber que, sobre todo para las nuevas generaciones de adolescentes, constituye en muchas ocasiones una especie de integración a los valores y a los modelos de su grupo de referencia o bien, subraya el hecho de que “ya son adultos”, es así como fumar y/o beber son comportamientos saludables para el sujeto que los adopta, incluso si tienen repercusiones negativas sobre la salud física. Es así, como la red social constituyendo una barrera contra el estrés (otro ejemplo relacionado con el tema central) puede ser en sí mismo, una fuente directa de estrés; si las relaciones que constituyen una red de referencia dada, dejan de ser significativas para el individuo, la inserción en ella convierte dichas relaciones en jaulas, ataduras tanto más negativas se tornan más complicadas para liberarse de las propias redes.

Así como se considera de gran importancia, identificar tanto redes positivas como negativas, con el propósito de investigar los efectos que cada una ejerce sobre la salud del individuo, buscando y empleando formas para modificar dichas redes, sin que mermen el bienestar físico de la persona.

4.3 Estrés, Afrontamiento y Comportamiento en Salud

Las exigencias de la vida diaria, tanto en el trabajo como en la casa y la escuela, han provocado un aumento de estrés, que se ha vuelto significativo en el desarrollo y mantenimiento de enfermedades ya sea de forma directa a través de efectos fisiológicos o de una forma indirecta, mediante conductas patógenas (Glanz, et al 2003). Como por ejemplo, cuando muchas personas reportan su acción de fumar como una reacción al estrés.

El contenido de este último punto es de suma importancia, ya que tiene que ver con la forma de afrontar los problemas que se presentan y con ello, la reducción del estrés, ya que en muchas ocasiones se actúa de una forma, creyendo que se reducirá el estrés, sin embargo, lo único que se está haciendo es perjudicar la salud además de mantener el problema.

El estrés de acuerdo a Lazarus y Cohen (1977, en Glanz, et al 2003), es causado por la percepción del individuo acerca de las demandas del medio ambiente; las cuales generan reacciones que alteran la homeostasis (tendencia del cuerpo a mantener el equilibrio fisiológico). El estrés puede presentarse de forma fisiológica (sudoración, temblores, mareos, entre otros signos y síntomas) y comportamental (fumar, mala alimentación, alcoholismo, entre otras), facilitando el desarrollo de enfermedades como cáncer, diabetes, dislipidemias, enfermedades cardíacas, entre muchas otras; dichas características, serán abordadas posteriormente (capítulo tres) en el apartado correspondiente al estrés.

Dentro de este apartado se desarrolla el Modelo Transaccional del estrés y afrontamiento, sus implicaciones en la salud y las estrategias dadas para la disminución del estrés y afrontar de forma adecuada, las situaciones de riesgo.

4.3.1 Modelo Transaccional del estrés y afrontamiento

El Modelo transaccional del estrés y afrontamiento, habla sobre la relación existente entre esto dos conceptos (estrés y afrontamiento) y la persona. De acuerdo con Glanz et al, (2003), la persona al encontrarse en una situación aversiva lleva a cabo una serie de pasos; el primero es la evaluación primaria, la cual, consiste en medir qué tan peligrosa es la situación y dependiendo de cómo sea clasificada, se presentará o no la angustia; en la evaluación secundaria se valora la capacidad de afrontar y controlar la situación y con ello se analizan las estrategias con las cuales se cuenta, para modificar el evento estresante así como el apoyo social y todas aquellas herramientas que le permitan llevar a cabo una acción de afrontamiento.

Es necesario tomar en cuenta las emociones y pensamientos, ya que en muchas ocasiones son causa de la evitación del problema y del aumento del estrés, para ello, es recomendable poner mayor atención en aquellos elementos positivos como las creencias, metas, auto-eficacia y los estilos de afrontamiento utilizados, en situaciones anteriores ya sean específicas o generales. Estudios recientes sobre la asociación entre afrontamiento y estilo de vida en la enfermedad, han demostrado que al evitar la situación, la calidad de vida del paciente se deteriora, además de presentar niveles más altos de angustia (Baider y otros, 1997; Dunkel-Schetter, Feinstein, Taylor, y de Falke 1992, en Glanz 2003).

El optimismo es un aspecto importante que debe ser tomado en cuenta, ya que cuando una persona es pesimista, se presenta mayor estrés y se complica realizar cualquier acción. Carver y Scheier (2001); Chang (2001); Scheier, Carver y Bridges (2001) mencionan que *“el optimismo disposicional que hace referencia a expectativas positivas generalizadas de resultado, es decir, la creencia de que el futuro depara más éxitos que fracasos...”* (En Martínez, et. al. 2006, p.66).

La búsqueda de información puede ayudar a crear un ambiente optimista, claro está que ello dependerá también del tipo de información que se busca y se obtiene, siendo la información positiva, la que mantenga un ambiente menos estresante que una información negativa. En un estudio para mejorar la displasia cervical, sólo hubo recomendaciones como tratamiento enfocadas en tres aspectos: pérdida o costos, dirigidas a lo positivo (haciendo hincapié en beneficiar) y neutrales (sin algún énfasis). Los resultados mostraron que los pacientes tuvieron un declive en el estado afectivo cuando el mensaje se presentó en el marco de una pérdida, porque la sensación de riesgo fue mayor; por otra parte, tuvieron un mejor aceptación cuando la información se presentó como una pérdida menor (Quijano, 2000).

En este modelo también es importante el apoyo social que exista alrededor de la persona, ya que le ayudan a confirmar las creencias positivas sobre sus logros y a la búsqueda de información que le permita encontrar posibles soluciones ante el evento que percibe como amenazante.

De forma general, el Modelo Transaccional del Estrés y Afrontamiento, muestra una relación muy estrecha entre cómo percibimos las acciones y de qué forma se puede resolver dicha situación; siendo el estrés un factor que impide directamente ver de cara a la enfermedad y actuar de forma inmediata, permitiendo que las personas lleven a cabo conductas patógenas afectando el problema existente y/o desarrollando otro.

Las propuestas realizadas mediante este modelo, son el uso de técnicas como la relajación y el biofeedback, las cuales, permiten al paciente centrar sus emociones y pensamientos a la resolución del problema y así mismo, evitan en cierta medida, las conductas que enfatizan el problema. El enfoque cognitivo-conductual es muy utilizado para eliminar creencias irracionales y desarrollar conductas que permitan mejorar el estilo y calidad de vida de la persona.

5. Modelos comunitarios de intervención.

Plantean que las intervenciones deben influir en múltiples niveles, para ser efectivas. Se basan en el supuesto de que la salud está condicionada por muchos subsistemas ambientales, por ejemplo: la familia, la comunidad, el lugar de trabajo, las creencias y tradiciones, las finanzas, así como entornos físicos y sociales. En este tipo de modelos, se enfatiza en el papel que juega el contexto en relación con el ambiente y con otros individuos.

Básicamente, estos modelos promueven los cambios sociales que se traducen en esfuerzos organizados dirigidos por un grupo (agente de cambio) que intenta persuadir a otros (adoptantes objetivo) de que acepten, modifiquen o abandonen ciertas ideas, actitudes, prácticas o conductas. En muchos casos, el agente de cambio o el grupo que dirige, busca el cambio de conducta de los adoptantes objetivo o población blanco (Philip, 1991).

La promoción de la salud desde este enfoque, propone diferentes perspectivas de intervención, como por ejemplo la teoría de la **Difusión de Innovaciones** en la cual, se analiza cómo nuevas actitudes, conductas y productos, penetran y se difunden en los grupos sociales, en donde se tiene un líder por medio del cual, se espera estimular a la población a cambiar a través de su ejemplo personal, aportando recursos y apoyo social a dicha población.

Otro es el **modelo Ecológico** para la promoción de la salud, se centra en los factores ambientales y sociales, así como en las intervenciones que giran alrededor de los objetivos de la promoción de la salud. Aborda la importancia de las intervenciones dirigidas a la modificación de las relaciones interpersonales, de organización, la comunidad, la política y los factores que apoyan y mantienen comportamientos no saludables. El modelo asume que los cambios adecuados en el entorno social, provocan a su vez cambios en los individuos; el apoyo de propios individuos es esencial para la aplicación de los cambios ambientales o del entorno social.

También este tipo de modelos, se enfoca en el cambio organizativo, que se supone la creación de espacios y/o ambientes físicos, sociales y económicos, dirigidos a fomentar la salud. Debido a que ellos ejercen una influencia importante y decisiva en cuanto a la toma de decisiones individuales, los programas de salud necesitan actuar no únicamente sobre los individuos, sino que también sobre variables externas que conforman los estilos de vida.

Los modelos que a continuación se desarrollan son los de organización y construcción comunitaria y marketing social, enfatizando en este último debido a su gran impacto y su facilidad para abarcar grandes poblaciones.

5.1 La mejora de la salud a través de la organización y construcción comunitaria

En muchas ocasiones se considera que al trabajar con la persona de forma individual se personaliza el tratamiento, sin embargo se olvida que vive dentro de una comunidad en donde las enfermedades se facilitan debido a la falta de conductas que les permitan vivir en un ambiente sano. Mediante el modelo de organización y construcción comunitaria es precisamente lo que se pretende hacer, apoyar en el proceso para lograr que la comunidad identifique las metas comunes, movilice recursos y aplique estrategias que le permitan alcanzar las metas propuestas (Glanz, et al 2003).

Es imprescindible en un primer paso lograr que las personas pertenecientes a la comunidad asuman el control de su vida y del medio ambiente en el que habitan, a esto se le llama empoderamiento el cual le permite desarrollar un control interno logrando cambios deseados (Rappaport, 1984 en Glanz, et al 2003). Estamos de acuerdo que una vez que cada individuo toma el control respecto a lo que hace, logra realizar cambios y es mucho mayor cuando este control es tomado por una comunidad que planea lo que se realizará o no dentro del ambiente que le rodea. Es importante que la propia comunidad identifique sus necesidades y éstas no sean impuestas por personas externas (Glanz, et al 2003). Si una persona externa decide modificar a una comunidad debido a que encuentra necesidades no acordadas con la propia comunidad, es posible que en lugar de que la comunidad perciba una ayuda, se sienta amenazada.

Una vez que la comunidad ha identificado su necesidad, es necesario que se organice para poder llevar a cabo un cambio, para ello son útiles los modelos de organización comunitaria divididos en tres: desarrollo local, el cual hace hincapié en la construcción de identidad grupal y un sentido de comunidad, la planificación social enfatiza en la solución de problemas con ayuda de un experto y por último el modelo de acción social que se orienta al proceso. (Rothman, 2001, en Glanz, et al 2003).

Cuando una comunidad está en un proceso de cambio éste debe ser crítico, lo cual le permite reflexionar sobre aquellas conductas que obstruyen sus metas y también sobre las

capacidades con las que cuenta y pueden beneficiarle para la obtención de metas que deben ser definidas y en las cuales cada persona de la comunidad participará ya que pertenece a ella (Glanz, et al 2003).

Este tipo de modelos aplicados a la salud es de gran ayuda ya que cuando la propia comunidad identifica sus necesidades y está dispuesta a trabajar en ello mediante la búsqueda de ayuda es mucho más fácil llevar a cabo una organización que permita modificar aquellas conductas y factores que favorecen el desarrollo de la enfermedad.

5.2 Marketing Social

El Marketing social, es un enfoque de intervención comunitaria para la promoción de la salud, cuyo contenido se desarrollará a continuación, pues se considera un modelo integrador, que incluso puede contener diversos enfoques de dicho modelo de intervención comunitaria.

Este concepto hace referencia al diseño, la puesta en práctica y el control de programas que tienen por objetivo, promover una idea o práctica social (en éste caso y la promoción de la salud) en una determinada comunidad.

La mayoría de los autores, utilizan un concepto de Marketing social en el sentido de la aplicación de los principios del marketing, sus metodológicas y técnicas, para influir en un determinado público para su beneficio y el de toda la sociedad; si tenemos en cuenta que el concepto de Marketing se relaciona con las necesidades humanas y que estas necesidades están relacionadas con lo social, deben satisfacerse con la creación de un producto social y por consecuencia, estaremos realizando un proceso de Marketing Social.

Según Kotler, el marketing es entonces, “...un proceso social y de gestión a través del cual, los distintos grupos sociales e individuos obtienen lo que desean y necesitan, creando, ofreciendo e intercambiando productos con valor para otros...” (Colomer, 2001 p. 101), se utiliza para la aplicación de postulados y técnicas del marketing comercial en ciertas campañas de bien público y/o difusión de ideas, que de una u otra forma, benefician a la sociedad. Por su parte, Andreasen (1995, en Glanz et al, 2003) define éste mismo concepto como el uso de tecnologías comerciales enfocadas y guiadas al análisis, planteamiento, ejecución y evaluación de los programas diseñados para la influencia del

comportamiento voluntario de la población blanco para así, mejorar su bienestar personal y por consecuencia el de su sociedad.

Antes de que Kotler y Levy (Colomer, 2001) ampliaran el campo de aplicación del marketing, éste era considerado y empleado con fines lucrativos y empresariales, cuya tarea se centraba en encontrar y estimular compradores a través de la combinación adecuada de cuatro variables y el continuo interés por las necesidades cambiantes de los clientes mediante la investigación sistemática de sus necesidades, opiniones y preferencias. Los cuatro elementos de la práctica de la mercadotecnia son los siguientes:

- Producto: El objetivo principal, es el cómo ofrecer el producto a la población blanco, para elicitarse en ellos, el deseo de adquirirlo; para que ello se logre, se deben tomar en cuenta variables como los beneficios y/o intereses de la población, plantear acciones en relación a los recursos disponibles y la creación de productos o servicios nuevos así como la modificación de los que ya existen.
- Precio: Es necesario evaluar las barreras y/o costos relacionados con la adopción de la conducta deseada, tomando en cuenta el uso de los recursos para generar decisiones que maximicen la reducción de costos. También se toman en cuenta las características de la población blanco para identificar su percepción ante los costos del producto, pues éstos pueden tornarse como obstáculos.
- Lugar: Considerado canal de distribución tomando en cuenta diversas características de la población como el lugar en donde la población gasta su tiempo, cuándo y dónde toman decisiones y quién tiene acceso a ellos en esos momentos críticos de la decisión, para que el producto se haga accesible.
- Promoción: El objetivo es crear las posibilidades de cambio voluntario de la población al asegurar que el producto ofrece ciertos beneficios atractivos, a un precio razonable y sobre todo en un lugar adecuadamente disponible.

Los objetivos del marketing social son: 1. Influir en la conducta voluntaria de la población blanco (bajo el esquema de Evitar ----- Mantener); 2. Ofrecer beneficios, reduciendo a la par los obstáculos; 3. Los miembros de la población blanco son los primeros beneficiados y por último; 4. Fomentar el autointerés y el cambio voluntario mediante los elementos del proceso.

La idea que se aporta, es que el marketing se convierta prácticamente una actividad social omnipresente en proceso, el cual, trasciende el ámbito meramente empresarial, por lo que también se pueden utilizar tanto la metodología como la tecnología, para abordar intercambios en el ámbito de servicio públicos de educación, cultura y salud como en este caso.

Toda esta idea parte de la definición que Kotler y Roberto (1989), le dan al marketing, considerándolo como un programa de proceso planeado que promueve la conducta voluntaria de la población blanco, al ofrecer ciertos beneficios que éstos desean, y así reducir las barreras relacionadas, usando para ello la persuasión para motivar por consecuencia, la participación en las actividades programadas.

El marketing social, mas allá de sólo considerarse como una aplicación del marketing a programas sociales, es definida como una estrategia cuyo objetivo es el cambio conductual mediante la detección de sentimientos, conocimientos, actitudes y percepciones de la población blanco para así, proporcionarles recursos que produzcan y mantengan en los integrantes de la población blanco, dichos cambios (Philip, 1991).

Por lo tanto, es un proceso social que conlleva al desarrollo de programas, para así incrementar la aceptabilidad de ideas o prácticas sociales de un grupo determinado y/o población blanco; teniendo por objetivo, cambiar una idea o conducta adversa, desfavorable, así como la adopción de nuevas ideas o conductas. Esas ideas y conductas, constituyen el producto a promover; la idea, la práctica o el uso de un determinado elemento, se denomina en marketing social, producto social (Ver figura 6). Por lo tanto, aquellas personas cuyo comportamiento se considera como un producto social, es denominada, cliente al igual que en el marketing comercial.

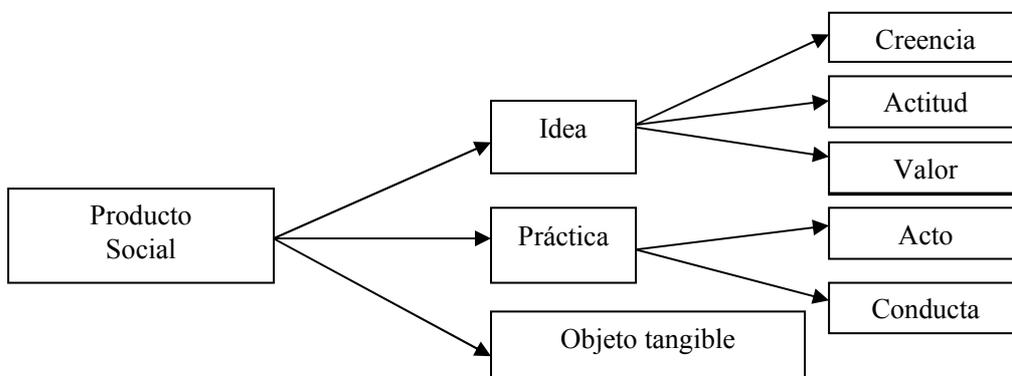


Figura 6. Productos del Marketing Social (Philip, 1991 p. 30)

Kotler (Colomer, 2001) menciona los pasos a seguir para elaborar un buen programa de Marketing social: 1. definir los objetivos del cambio social; 2. analizar las actitudes, creencias, valores y conductas del grupo a quien se dirige el plan; 3. analizar los procedimientos de comunicación y distribución; 4. elaborar un plan de marketing; 5. construir una organización de marketing para que ejecute el plan y 6. evaluar y ajustar el programa para que sea más eficaz.

Para que un programa de marketing social tenga el éxito deseado, es fundamental que lo preceda una profunda investigación sobre los deseos, creencias y actitudes específicas de los destinatarios del plan, como también de las características concretas de los productos sociales. Por lo tanto, como primer paso en el planeamiento estratégico, es necesario contar con una metodología de investigación y a partir de ahí, planificar en consecuencia, las estrategias. Sin una estructura para comprender cómo las personas toman decisiones y pasan a la acción, será difícil elaborar una estrategia acertada. Según Philip (1991) las campañas elaboradas bajo el rigor del marketing social, contienen elementos que preceden de un análisis de éstas, que permiten identificar los elementos clave; esos elementos son *causas* (objetivo social) *agentes de cambio* (individuo, organización o alianza que intenta realizar un cambio social), *adoptantes objetivo* (individuos, grupos y/o poblaciones enteras que son el objetivo o población blanco), *canales* (vías de comunicación y distribución a través de las cuales, se intercambian influencias y respuestas entre los agentes de cambio y los adoptantes objetivo) y *estrategias de cambio* (dirección y programas adaptados por un agente de cambio en las actitudes y conductas de los adoptantes objetivo).

Existe un gran número de causas sociales, que bien podrían atraer un cambio o acción social; algunas de esas causas, intentan mejorar un problema social, por ejemplo, la salud y su promoción. Toda causa, por consecuencia tiene objetivos que alcanzar, este objetivo sería conseguir cambios en las personas. Muchas campañas de cambio social tienen como única meta, proporcionar nueva información a los individuos y así, elevar su conocimiento respecto al objetivo deseado (por ejemplo, sobre los riesgos, patógenos conductuales, estilos de vida desfavorables, entre otras), aportándoles un cambio en su conocimiento acerca de él (cuidado de la salud). Estas campañas de información y educación pública sobre la salud, incluyen dos tipos de estrategia 1. Aquellas que explican el valor nutritivo de los alimentos y de la misma forma, intentan elevar el conocimiento de una buena nutrición y estilos de vida saludables. 2. Un segundo tipo de campañas, es la de persuadir

a cierto número de individuos, a que lleven a cabo cierta práctica o acto en un tiempo determinado (Philip, 1991). Generalmente, el cambio de conducta puede tornarse aún más complicado que un cambio cognitivo o una acción única.

Es importante tener en cuenta que los miembros de una comunidad son libres de elegir o rechazar, tienen el poder de elección, por lo tanto le debe entender y responder de acuerdo con sus necesidades percibidas.

El estudio de la psicología aplicada a la salud, abarca diferentes etapas, como la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Los modelos nos dan un marco referencial para saber por dónde empezar, qué pasos seguir y qué técnicas necesitamos para iniciar un cambio en las conductas de los individuos, específicamente sobre su salud; dichos modelos, proporcionan información sobre diferentes variables que intervienen para que el individuo enferme.

A pesar de que los modelos están divididos en Intrapersonales, interpersonales y comunitarios, es de gran importancia conocer las variables que estudia cada uno y trabajar de manera conjunta, pues se debe tomar en cuenta que el ser humano es un todo que relaciona lo biológico, lo social y psicológico. El enfoque comunitario presenta la ventaja de trabajar con grupos grandes y por tal motivo es la base del presente trabajo; debido a que se hará una labor de promoción de la salud y con ello la prevención de síndrome metabólico se han identificado algunos elementos que de forma general permitirán realizar la intervención:

-Promoción: información y educación sanitaria (creencias, actitudes, comportamientos y responsabilidad a nivel individual en relación a la salud); control de variables actitudinales/motivacionales y afectivo/emocionales como la ansiedad, estrés, depresión, hostilidad, entre otras.; generación de hábitos y estilos de vida saludables (alimentación, higiene, actividad física, disminución de alcohol y sustancias tóxicas); aprendizaje de competencias y habilidades como el autocontrol, la solución de problemas, búsqueda de apoyo social; participación en campañas de salud pública y finalmente el uso adecuado de los servicios públicos y privados de salud.

-Prevención: control de variables actitudinales/motivaciones y afectivo/emocionales de riesgo (estrés, ansiedad, depresión, etc.); modificación de hábitos y conductas de riesgo; detección e intervención temprana ante los problemas perturbadores de salud y la disminución del impacto que refiere la enfermedad y la prevención de posibles recaídas.

Para que se logre todo lo anterior, el uso del marketing social es un recurso de suma importancia abarca una población numerosa. El objetivo es cambio voluntario de conductas de riesgo que ponen en peligro su salud y a largo plazo su vida. Para ello, el marketing social aplicado a la salud, está surgiendo con el objetivo de incrementar la concientización pública y promover cambios en las conductas de las personas. El principal objetivo de las campañas de marketing social es promover la adquisición y/o desarrollo de conductas protectoras de la salud. Ya que como veremos en el siguiente capítulo, las enfermedades crónicas degenerativas han ascendido no sólo en población adulta si no también en la adolescente teniendo un gran impacto en los estilos de vida.

6. Enfermedades crónico-degenerativas.

Las enfermedades han aquejado a la humanidad desde sus inicios, como ya se menciona al principio del presente trabajo. Son muchos los motivos por los cuales han ido evolucionando con el paso del tiempo, dando pauta a la transición epidemiológica, una de las principales causas por la que los individuos enferman son las acciones que se llevan a cabo día con día.

Lopatequi (2000, p.1.) define a las enfermedades crónicas como “...aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vida inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos de naturaleza hereditaria que concierne a estas condiciones. La diferencia entre una condición crónica y una infecto-contagiosa se fundamenta sobre el hecho de que las enfermedades degenerativas crónicas no son transmitidas mediante el contacto personal”. El término crónico-degenerativas significa entonces, que las enfermedades van avanzando progresivamente hasta que terminan con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerla. En la actualidad hay tratamientos que permiten controlar dichas enfermedades, claro está que también es necesario cambiar el estilo de vida ya que una de las principales causas por la que los individuos enferman son las acciones que se llevan a cabo día con día.

Enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, el VIH/SIDA, y el Alzheimer, han incrementado de forma significativa, constituyendo las principales causas de mortalidad y morbilidad en la población de todo el mundo. Un buen porcentaje de los orígenes de estas enfermedades es debido a factores comportamentales relacionados con el aprendizaje y con hábitos no saludables como la alimentación inadecuada, sedentarismo, patrones irregulares en el comportamiento del sueño, ansiedad, estrés, depresión, enfermedad, entre otras (Oblitas, 2006).

Entre las enfermedades más comunes relacionadas con los malos hábitos están las dislipidemias, las cuales, representan uno de los problemas de salud más importantes en México; debido a que se relacionan con acciones que de forma cotidiana realizan las

personas y no únicamente a factores biológicos o agentes externos como virus y bacterias; es así como el psicólogo de la salud se integra a dicha labor, realizando una actividad muy estrecha al estudio de la enfermedad con funciones como la detección y prevención de enfermedades crónico degenerativas, desarrollo de habilidades, competencias de afrontamiento, planeación de programas, desarrollo de nuevas estrategias de evaluación e intervención, entre otros.

Las enfermedades crónico degenerativas no “aparecen de un día para otro”, como su nombre lo dice son degenerativas lo cual significa que en un inicio pueden pasar desapercibidas, puede no haber molestias ni síntomas que nos permitan percibir las, sin embargo, a través del tiempo la enfermedad va avanzando y afectando todo el organismo y es en esos momentos cuando los síntomas pueden aparecer, aunque sea demasiado tarde debido a que no hay retroceso para la enfermedad.

Cuando un individuo es diagnosticado con una enfermedad crónica-degenerativa (cáncer, diabetes o sida por ejemplo) surgen una serie de sentimientos como miedo, incertidumbre, incompreensión, entre otras, pues el diagnóstico de dichas enfermedades, supone un sufrimiento de menor o mayor grado.

A pesar del impacto psicológico que genera esta situación tanto en la vida de los pacientes como el padecimiento de la propia enfermedad, estará íntimamente relacionado con el tipo de estrategias de afrontamiento y sentimientos provocados por el diagnóstico, el tratamiento e incluso el futuro respecto a la vida que se llevará a partir de lo diagnosticado. La Psicología aplicada a la Salud se centra fundamentalmente en la promoción de la salud desde una perspectiva comunitaria y a partir de un enfoque multidisciplinario basado en investigación

6.1 Problemas de Salud Pública.

En la actualidad, gracias a múltiples factores como la globalización, los nuevos estilos de vida, la contaminación, el estrés, etc., se van desarrollando más y nuevas enfermedades que afectan desde edades tempranas. Los principales problemas de salud pública considerados como principales son enfermedades como la diabetes, el cáncer, la obesidad y enfermedades del corazón.

Las enfermedades crónico-degenerativas, representan un problema de salud pública a nivel país y Estado de México, ya que ocupan los primeros lugares como causa de muerte, pues el ISEM (O'shea, 2009) menciona que se registraron durante el año 2008, la realización de 1,569.368 detecciones identificándose 18,834 casos nuevos de Diabetes Mellitus, 19,101 casos de Hipertensión Arterial, 10,014 de Obesidad, 10,973 casos nuevos de dislipidemias y 292 casos nuevos con el diagnóstico de Síndrome Metabólico (SM).

Lo anterior, indudablemente y según las características de la población mexicana actual, pueden ser también consecuencias del estrés, pues es un recurso explicativo para muchos problemas de salud como los ya mencionados, sin embargo, las instituciones sanitarias y no sanitarias tampoco han tomado conciencia del papel tan importante que está jugando en las nuevas formas de enfermar en la población y ni la propia población lo ha logrado. En este momento, se puede afirmar que el estrés es un problema de salud pública en nuestra sociedad y como tal ha de ser considerado, planificando estrategias para prevenir sus consecuencias y dedicándole los recursos necesarios.

6.2 Definición.

Las enfermedades crónico-degenerativas, provocan un desgaste acelerado del organismo del paciente, que se va manifestando con síntomas de fatiga y disminución de capacidades físicas y mentales, afectando no solamente la calidad de vida sino también, reduciendo la capacidad de respuesta al tratamiento y favoreciendo la incidencia de complicaciones.

El origen de dichos padecimientos es multifactorial, pues participan activamente diferentes variables como la genética, sin embargo situaciones como el sedentarismo, el sobrepeso, la obesidad, los estilos de vida desfavorables y los malos hábitos alimenticios, también son factores importantes para desencadenarla a temprana edad.

6.3 Clasificación.

Existen diferentes clasificaciones de las enfermedades crónico-degenerativas. Sin embargo, el común denominador de toda clasificación, es el deterioro del propio organismo y

adquiere especial relevancia por las implicaciones que supone. Según Fitzgerald (2006) las enfermedades crónicas, pueden agruparse en tres categorías y de los cuales se citan algunos ejemplos:

1. Enfermedades que provocan sentimientos de pérdida o amenaza física:
 - Enfermedades oncológicas, síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
 - Enfermedades que provocan cierta dependencia como las renales.
2. Enfermedades que conllevan a nociones de dolor o mutilación:
 - Enfermedades que causan dolor crónico como la artritis reumatoide.
 - Enfermedades que conllevan pérdidas de la imagen corporal como amputaciones.
3. Enfermedades que obligan una modificación en los estilos de vida, para la evolución favorable de ésta:
 - Enfermedades cardiovasculares como la hipertensión, cardiopatías.
 - Enfermedades metabólicas como la diabetes, obesidad, entre otras.
 - Enfermedades respiratorias como el asma.

6.4 Intervención multidisciplinaria.

Actualmente la intervención multidisciplinaria se dirige al tratamiento médico, promoción de la salud, modificación de estilo de vida, tratamiento de alteraciones psicosociales asociadas a la enfermedad, así como adherencia terapéutica (Brannon y Feist, 2001).

Por otro lado, tanto en la investigación como en la intervención, pueden involucrarse, psicólogos, médicos, sociólogos, epidemiólogos, y otros profesionales de la salud, puesto que el trabajo que se realice en conjunto beneficiará al individuo que padece alguna enfermedad crónica (Londoño, 2006).

7. Perfil epidemiológico actual.

En la década anterior, enfermedades como la diabetes, cáncer e hipertensión arterial, sólo se presentaban en adultos; de acuerdo con García y Lugo (2008) *“Estas enfermedades suelen aparecer en la quinta década de la vida, y si consideramos que de acuerdo con el Consejo Nacional de Población la esperanza de vida es de 74 años, significa que muchos hombres y mujeres vivirán sus últimos 20 o 25 años con enfermedades crónico degenerativas que afectarán sensiblemente su bienestar personal y el de su familia...”* sin

embargo, en estudios realizados en jóvenes y sus estilos de vida (Monreal et. al. 2004) se investigó la prevalencia del tabaquismo en adolescentes de bachillerato, se encontró que es de 27.3 % en una población de 490 alumnos lo que hace más probable la aparición de una enfermedad crónico-degenerativa en la etapa adolescente/adulto joven.

En épocas actuales, los jóvenes llevan a cabo conductas que hacen altamente probable la aparición de enfermedades crónico-degenerativas y so el resultado de una inadecuada alimentación, el consumo de sustancias nocivas como alcohol y cigarro y el no dormir lo suficiente.

En México existen al menos 2.8 millones de adultos que se saben diabéticos, la prevalencia es mayor en las mujeres que en los hombres (7.8% y 7.2%, respectivamente), pero puede variar con la edad de los individuos, por ejemplo, la más alta se encuentra en los sujetos de entre 70-79 años de edad (22.4%) y la más baja entre los 20-39 años (2.3%). Pese a ello, en una porción importante de los casos se inicia la enfermedad antes de los 40 años de edad (Macroeconomía, 2005).

La persona con diabetes que inicia antes de los 40 años de edad, se expone por un tiempo mayor, a los efectos adversos de la hiperglucemia y del desgaste metabólico.

En el caso de la Hipertensión arterial, se encuentra una prevalencia total de hipertensión arterial de 30.7% (15 millones de adultos, aproximadamente), la prevalencia es mayor en los hombres que en las mujeres (32.6% y 29.0% respectivamente); sin embargo, la prevalencia de los que previamente conocían el diagnóstico es más alta entre las mujeres que entre los hombres (15.7% vs 8.9%). Nuevamente, la prevalencia varía con la edad; la más alta se encuentra en los individuos de entre los 70-79 años (53%) y la más baja entre los 20-29 años (17%). El porcentaje de hipertensos actualmente, tiende a aumentar conforme avanza la edad. Antes de los 50 años de edad la prevalencia de hipertensión arterial es mayor en los hombres, llegando en el grupo de 40 a 49 años a 40.7% y, a partir de esta edad el porcentaje es mayor en las mujeres, donde la prevalencia entre los 50-59 años de edad es de 54.6%, y para las de 80 años en adelante es de 60.3%. Otro ejemplo, es el caso de los que padecen enfermedad pulmonar; la prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), padecimiento derivado del tabaquismo entre otros, que incluye al enfisema pulmonar y la bronquitis crónica, cobra la vida de más de 2 millones de personas cada año en el mundo. En México, existe medio millón de personas

diagnosticadas con esta enfermedad, sin embargo, la cifra se incrementaría en un 300% ó 400%, ya que la gran mayoría de pacientes permanecen subdiagnosticados (Macroeconomía, 2005).

En la Universidad Nacional Autónoma de México y específicamente en la Facultad de Estudios Superiores Plantel Iztacala donde las carreras se enfocan al área de la salud, se pretende trabajar no sólo a nivel de intervención, sino también a nivel de prevención; por ello, es ineludible poseer ciertos conocimientos respecto a cómo llevar un estilo de vida que permita una salud favorable, siendo necesario que los mismos promotores y cuidadores de la salud lo lleven a cabo.

Gracias a los resultados obtenidos en el EMA 2008, aplicado a la generación de nuevo ingreso de la FES Iztacala (N=2342); nos damos cuenta que en relación a enfermedades, de alumnos el 2.39% reportaron sufrir presión arterial alta, 14.13% presentan obesidad; 0.42% reportan padecer Diabetes. Dentro de estos resultados es necesario tomar en cuenta que hubo personas que dicen no saberlo, otras no contestaron y quizá muchas estén desarrollando alguna de las enfermedades sin saberlo. En cuanto a conductas de riesgo, los resultados arrojados, indican que un 21.36% consumen tabaco, el 66.38% consume bebidas alcohólicas, 21.2% no hace algún tipo de ejercicio, 0.6% consume algún tipo de droga, el 14% presenta tensión constante, 8% menciona sentirse incapaz de enfrentar adecuadamente los problemas, el 6.5% ha perdido la confianza en sí mismo y el 11.6% muestra constantemente nerviosismo; lo anterior, a consecuencia de la liberación del estrés y ansiedad que les generan diversas actividades escolares, comentando que la situación tiende a aumentar desde el ingreso a nivel licenciatura.

El contexto social en el cual se desarrollaron las conductas patógenas que los jóvenes universitarios y traen consigo desde el periodo de preparatoria y conservan aún a lo largo de su carrera; aunado al contexto en el que se desenvuelven, el estrés al que diariamente se exponen, al aumento de conductas patógenas y la falta de estrategias de afrontamiento, entre muchas otras causas, hacen más factible la posibilidad de adquirir alguna enfermedad relacionada con el síndrome metabólico.

7.1 Implicaciones de la enfermedad crónico-degenerativa en el ámbito académico, rendimiento escolar y ejercicio profesional.

Las enfermedades crónico-degenerativas, causan un gran efecto en la vida cotidiana de los adolescentes (cansancio, estrés, ansiedad, irritabilidad, etc.) provocando que la fijación de su atención esté centrada en cuestiones distintas de las académicas, induciendo hacia un rendimiento escolar bajo e inadecuada interiorización de la información, entre otras cuestiones. Lo anterior tiene por consecuencia, que la persona en formación profesional no aplique las técnicas o tratamientos de forma adecuada o que su atención no se fije específicamente en la salud de los pacientes y mucho menos en las implicaciones de ésta, sin dejar de lado, la incoherencia que podrían identificar los pacientes en relación con la conducta de su terapeuta.

8. Síndrome metabólico

El síndrome metabólico es una serie de signos (factores de riesgo metabólico) que nos hablan del aumento de posibilidades de presentar una enfermedad renal consecuencia de enfermedades cardiovasculares (CV) y/o diabetes mellitus (DM) (Castillo, 2008); la probabilidad de que este síndrome se presente, es mayor cuando algún familiar cercano lo ha padecido. Otro factor relevante es el envejecimiento, en conjunto con las conductas patógenas que hoy en día se está acostumbrado a llevar a cabo. La edad se convierte en un factor relevante en relación a la aparición de las enfermedades, sin embargo, hay personas que realizan diferentes actividades benéficas en función de conservar y/o poseer buena salud. *“...Se denomina síndrome metabólico al conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial (PA) y la hiperglucemia...”* (Zimmet, Alberti y Rios, 2005. P19)

De acuerdo con Castillo (2008) el síndrome metabólico se caracteriza por los siguientes factores de riesgo:

- Gran cantidad de grasa abdominal: en Hombre > 101 cm de cintura (40 pulgadas) y en Mujeres > 89 cms (35 pulgadas).

-Baja Lipoproteína de alta densidad o HDL (Colesterol bueno): < 40mg/dl en hombres y < de 50 mg/dl en mujeres.

-Triglicéridos (niveles de grasa en sangre) elevados: 150 mg/dl o más.

-Presión sanguínea alta: 135/85 o más.

-Hiperglicemia (glucosa elevada, en sangre): 110 mg/dl o más.

La mayoría de los individuos que tienen el síndrome metabólico, son personas que no tienen idea de que presentan alguna enfermedad, pues se sienten saludables y es posible que no presenten algún tipo de síntomas, (esto se presenta principalmente en la población adolescente). Sin embargo, el riesgo de desarrollar diabetes o cardiopatías está presente a causa de las conductas patógenas que se llevan a cabo. La mejor forma de evitar que las personas contraigan alguna enfermedad crónica es desarrollando y/o aumentando la actividad física, bajar de peso (si así se requiere), comer sanamente y manejar adecuadamente el estrés etc., es decir, hay que cambiar el estilo de vida antes de que se presenten complicaciones aún más serias. El trabajo anterior, es atribuido al psicólogo ya que, éste se encarga de la relación salud-conducta, en donde también se incluyen factores ambientales y sociales.

Se puede decir que el síndrome metabólico ha alcanzado la magnitud de epidemia, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, dando por consecuencia la morbilidad y mortalidad por patología cardiovascular.

En relación a la prevalencia y al incremento de la obesidad en niños y adolescentes, este síndrome afecta de forma dramática a esta población, lo que provoca una gran desestabilización de los presupuestos sanitarios de muchos países desarrollados o en vías de desarrollo y afectando a su vez, la calidad y estilos de vida de los individuos.

Zimmet et al, (2005) menciona, que deben existir al menos uno de los dos parámetros principales y dos de los restantes (Tabla 1) para hacer el diagnóstico de síndrome metabólico. Es necesario e indispensable que la resistencia a la insulina y/o alteración en la tolerancia a la glucosa se haga presente; aunado a esto, se le agrega la hipertensión arterial, la dislipidemia, la obesidad o la microalbuminuria (considerada como el predictor importante de riesgo cardiovascular).

Criterios para el diagnóstico del SM	
Parámetros principales	Definición
Intolerancia a la glucosa	Glucemia de ayuno ≥ 100 mg/ dL y/o 2 hrs. postprandial ≥ 140 mg/ dL
Presión arterial (mmHg)	Normal: $<120/<80$ Pre-Hipertensión: 120-139/80-89 Hipertensión grado 1: 140-159/90-99 Hipertensión grado 2: $>160/>100$
Triglicéridos	≥ 150 mg/ dL
Colesterol	Hombres < 40 mg/ dL Mujeres < 50 mg/ dL
Obesidad	-En Latinoamérica, <i>Circunferencia abdominal</i> : Hombres >94 cm y Mujeres >88 cm *Otros: Hombres >90 y Mujeres >80 - <i>IMC= Peso (Kg)/Estatura (m²)</i> Normal: 20.1-25 Sobrepeso: 25.1-27 Obesidad grado 1: 27.1-29.9 Obesidad grado 2: 30-39.9 Obesidad grado 3 o morbida: >40

Tabla 1. Criterios para el diagnóstico del SM (Balkau, et al, 1999) y Chobaniam, JNC7 (2003).

8.1 Obesidad

La obesidad, es definida en base a diferentes aspectos, entre ellos: el índice de masa corporal, media poblacional, contorno de cintura y porcentaje de grasa corporal (Ogden, 2005). Se considera obesidad, cuando el porcentaje de grasa se sitúa por encima del 25% en hombres y 33% en mujeres, además de que el diámetro de la cintura no debe exceder los 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres, de lo contrario, la persona puede encontrarse en riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares (Luengo, Ordóñez y Bergua 2005). Un método que permite definir y clasificar la obesidad es, como ya se había mencionado, el Índice de Masa Corporal, el cual, se puede obtener dividiendo el peso (kg) entre la talla (m) al cuadrado (Del Álamo, González, González, 2006), categorizando así, el resultado como se presento en la tabla anterior, según los criterios de la OMS

La obesidad, ha sido considerada por la OMS como la enfermedad nutricional más frecuente del mundo. En México, según la Encuesta Nacional de Salud (Sepúlveda, 2000), el 64.2% de la población de 20-64 años de edad, es portadora de obesidad o sobrepeso; este mismo padecimiento es considerado como uno de los factores de primera incidencia asociados al incremento de la mortalidad (Alarcón, 2004). Es un factor de riesgo producto de estilos de vida desfavorables que relacionados con factores biológicos, socioculturales, psicológicos e incluso hormonales, son asociados al aumento de morbilidad y mortalidad y como consecuencia de enfermedades crónicas-degenerativas tales como, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus, problemas músculo-esqueléticos y respiratorios.

La obesidad, a su vez se relaciona con diferentes problemas tanto físicos como psicológicos; entre los problemas físicos están las enfermedades cardiovasculares como diabetes, traumatismo articular, cáncer, hipertensión y mortalidad; los problemas psicológicos por su parte van desde la depresión y la baja autoestima, hasta los conflictos sociales. Los problemas psicológicos que se desencadenan alrededor de dicho padecimiento, pueden ser conducidos por la obsesión cultural que día con día los individuos viven por la delgadez. Adultos y niños se ven involucrados en la culpa que sienten por ser obesos, dicha obsesión trae por consecuencia una baja autoestima y una autoimagen negativa al ver que no tienen una figura como el prototipo social lo dicta.

Se han realizado diversos estudios con personas dictaminadas como obesas en cuanto a qué es lo que les provoca el no poseer una imagen delgada estereotípicamente atractiva (Bull y cols, 1983, en Ogden, 2005), encontrándose que éstas se consideran a sí mismas como deprimidas esperando algún tratamiento quirúrgico (bypass) para disminuir su obesidad. Diferentes investigaciones que giran en torno a dicha problemática, han explorado sus causas y se han centrado principalmente en dos mecanismos; el primero, enfatiza algunos procesos fisiológicos en los que destaca el papel de la genética, el metabolismo y los adipositos, así como el rol de la genética en la regulación del apetito, en el segundo mecanismo prevalece la conducta en relación a la ingesta de comida y a la actividad física. De forma general, dichas investigaciones, muestran que algunos individuos tienen cierta tendencia genética a ser obesos, que la obesidad está relacionada con un ejercicio insuficiente y relativamente a un mayor consumo de grasas (Ogden, 2005).

Hernández (2004, p. 27) menciona que “...*aunque los factores genéticos probablemente establezcan el escenario de la obesidad, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida son los que determinan la magnitud del problema*”. A causa de los altos porcentajes de población que se ven involucrados en los niveles de obesidad, se ha despertado el interés por su prevención; advertir la obesidad supone un enfoque multidisciplinario de salud y carácter tanto público como individual; un método de salud pública de la obesidad supone dirigirse más, a poblaciones que a individuos.

Algunas posibilidades de orientación y promoción de la salud pueden ser la publicidad (uso del marketing social o mercadotecnia), en donde se realizarían inserciones de advertencias (como limitantes en su publicación y/o venta, como sucede en algunas sustancias tóxicas o cigarrillos) en anuncios sobre alimentos ricos en grasas saturadas; en los costes, explicando la posibilidad de que el consumir frutas y verduras se gozarían de bonificaciones; ejercicio, promoviéndolo para la disminución de peso, estrés, entre otros beneficios y por último, la colaboración de instituciones educativas y de salud, que son factores de suma importancia para el logro del objetivo.

Respecto al enfoque centrado al individuo, está en mayor relación con cuestiones específicas de la persona: su rutina y/o ritmo, estilo de vida, hábitos, gustos etc., lo que permitirá desarrollar conductas benéficas a la salud.

8.2 Hipertensión Arterial.

Cuando se dice que una persona tiene hipertensión (presión arterial alta), se pretende decir, que su presión arterial media es mayor al límite superior de los valores aceptados como normales. La presión arterial media superior equivale a 110 mm Hg (presión normal oscila en torno a los 90 mm Hg) (Guyton, et al, 2001). La presión arterial es definida como *“la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como Presión Arterial (PA) sistólica, PA diastólica y Pa media”* (Delgado, Hatim y Flores 1999, p.6).

No se puede decir que alguien sufre de hipertensión arterial si en una ocasión se le ha elevado la presión; sin embargo, cuando este padecimiento sucede a menudo, es necesario que la persona acuda a expertos en la salud para adquirir un tratamiento.

“Cuando la presión se eleva puede traer consigo dolor de cabeza, ojos, taquicardias, etc., que pueden ser asociados a otros factores. Si la hipertensión arterial no es detectada a tiempo puede causar problemas serios como derrames cerebrales, insuficiencia cardiaca, infarto, insuficiencia renal...” (Imízcoz, (2009, p1); la hipertensión arterial es entonces, la expresión clínica de un proceso fisiopatológico complejo, que aislada o asociada a otras variables, supone un factor de riesgo fundamental, causante del padecimiento de alguna enfermedad cardiovascular.

8.3 Diabetes

La Diabetes Mellitus es un síndrome en el cual hay alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas, ya sea por la falta de secreción de insulina o por la disminución de la sensibilidad tisular a esta hormona (Guyton, 2001).

Existen dos tipos de diabetes principalmente:

-Diabetes de tipo 1: Se caracteriza por la falta de secreción de insulina.

-Diabetes de tipo 2: Es caracterizada por una menor sensibilidad de los tejidos efectores a las acciones metabólicas de la insulina.

Los pacientes con diabetes pueden afrontar mejor su enfermedad y calidad de vida mediante técnicas de afrontamiento al estrés meditación, yoga, psicodrama cognitivo y cambios psicológicos significativos que afectan su ingesta de alimentos y actividad física

8.4 Dislipidemias

Son trastornos del metabolismo lipídico que se expresan por cambios cuantitativos y cualitativos de las lipoproteínas, determinados por alteraciones en la síntesis, degradación y composición de las mismas y que por su magnitud y persistencia causan enfermedad. Las más importantes son la aterosclerosis (enfermedad de las arterias en la cual, el material graso se deposita en la pared de los vasos sanguíneos ocasionando el deterioro progresivo y la reducción del flujo sanguíneo) y la pancreatitis (es una enfermedad en la cual, el páncreas se inflama. El daño pancreático ocurre cuando las enzimas digestivas se activan y comienzan a atacar al propio páncreas) (Guyton, 2001).

8.5 Cardiopatía isquémica

Es una enfermedad del sistema circulatorio que durante muchos años ha sido atribuida solo a adultos, sin embargo en los últimos años, esta enfermedad se ha desarrollado también, en adolescentes. Dentro de las diez principales causas de mortalidad entre las edades de 15-64 años de edad, se encuentran las enfermedades isquémicas con un promedio de entre 10,195 defunciones en hombres (tercer lugar) y (segundo lugar) 4,217 en mujeres (SINAIS, 2007).

La cardiopatía isquémica es definida como *“la afección cardíaca, aguda o crónica, secundaria a una reducción o supresión del aporte sanguíneo al miocardio, que a su vez puede ser de origen orgánico fija o de origen funcional (espasmódico) transitorio* (García y Tomas, 1986 en Nieto, Abad, Estaban y Tejerina 2005 p. 199). Dicha patología, puede ser provocada debido a la aterosclerosis (engrosamiento de las paredes arteriales obstruyendo el paso sanguíneo), sin embargo, no es la única causa pues hay factores sociales y psicológicos involucrados. Entre los principales factores sociales asociados, se encuentra el estrés, que como se ha visto en capítulos anteriores, es un elemento clave en el desarrollo de enfermedades; el estrés dentro de la cardiopatía isquémica se maneja mediante dos vías (Nieto, Abad, Estaban y Tejerina 2005):

- Biológica: respuesta fisiológica que activa al organismo liberando hormonas por todo el sistema endocrino.
- Comportamientos no saludables: acciones que se realizan debido al estrés y que a corto plazo son eficaces pero, que a la larga tienen consecuencias negativas.

Los factores psicológicos se enfocan en el comportamiento de las distintas áreas y/o contextos, como el trabajo, la familia, los amigos, entre otros, y que tienen relación con el estilo de vida y el afrontamiento del individuo; en muchas ocasiones, se llevan a cabo conductas que se creen, pueden ayudar a sobrellevar la enfermedad convirtiéndose en un estilo de vida o bien, el mismo estilo de vida por sí mismo, es el que ha provocado el desencadenamiento y desarrollo de la enfermedad.

9. Calidad y Estilos de Vida.

Hoy en día, la actividad física y el ejercicio realizados de forma moderada, constante y por supuesto, médicamente controlados, inciden de forma positiva sobre la salud y el estado de bienestar general de los individuos, ya que un hábito de vida físicamente activo conlleva a estilos de vida saludables paralelamente alejados del consumo de sustancias tóxicas y de hábitos insanos. Por otro lado, la socialización del estilo de vida puede ser considerada como un proceso, por el cual, las personas adquieren los patrones de conductas y de rutinas que constituyen su estilo de vida (actitudes, valores y normas).

Por su parte, la calidad de vida es un concepto que va más allá de lo físico, implica valores y actitudes mentales; así mismo, la intervención en el ámbito de los estilos de vida saludables, ha estado relacionada con el desarrollo de disciplinas como son la Educación para la Salud, Psicología aplicada a la salud, Promoción de la Salud.

9.1 Estilos de Vida.

El interés por el estudio de los estilos de vida saludables, ha sido un tema abordado por disciplinas como la sociología, psicoanálisis, antropología, medicina y psicología aplicada a la salud. De forma general y desde todas estas orientaciones, se entiende que los estilos de vida, son la forma en cómo viven los individuos o grupos; así mismo son un conjunto de patrones de conducta que conservan repercusiones para la salud de las personas (Pastor, 1999).

Los modelos psicosociales definen los estilos de vida saludables como un conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud. Los patrones conductuales son formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como un hábito cuando constituyen el modo

habitual de responder a diferentes situaciones (Rodríguez, et al, 1995). Dichos hábitos, son aprendidos a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difícilmente modificables.

9.2 Calidad de Vida.

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempo atrás. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. Calidad de Vida como expresión conceptual propiamente, comienza a definirse como un término integrador que comprende todas las áreas de la vida, es decir, multidimensional. Borhtwick (1992) la define como las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción experimentada por ésta en ciertas condiciones vitales, como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, es la eficacia de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que se experimenta y, por último, la combinación de las condiciones de vida y satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas.

La evaluación del concepto presenta una situación parecida. Para Dennis, et al, (1994), los enfoques de investigación de este concepto son variados, pero podrían englobarse en dos tipos: Enfoques cuantitativos, cuyo propósito es operacionalizar la calidad de vida; para ello, se han estudiado diferentes indicadores como los sociales (referentes a las condiciones externas relacionadas con el entorno como, la salud, el bienestar social, la amistad, el estándar de vida, la educación, la seguridad pública, el ocio, el vecindario, la vivienda, etc.), los psicológicos (quienes miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) y los ecológicos (que miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del ambiente); por su parte, los enfoques Cualitativos, adoptan una postura de escucha a la persona mientras relata sus experiencias, desafíos y problemas, y la forma en cómo los servicios sociales pueden apoyarles eficazmente.

Se puede decir que el concepto calidad de vida es relativo, como lo son otros (por ejemplo bienestar, felicidad y otros), pues resulta evidente que hay muchas condiciones que influyen en este aspecto (físicos, psíquicos, sociales, espirituales, culturales, filosóficos, médicos, entre otros) y que tienen mucho que ver con la valoración que la persona haga

sobre sí misma. La calidad de vida pertenece al ámbito de la subjetividad, pero no por ello, la objetividad queda fuera, pues ésta tiene mucho que ver con el mapa objetivo por decirlo de alguna forma, en el cual, se envuelve el individuo.

Maslow (1954) menciona que existe una tendencia innata en el individuo dirigida a elegir lo que es beneficioso para él, o por lo menos, a desearlo. Sabiendo entonces, que existen en nosotros los conocimientos biológicos suficientes como para poder reconocer lo adecuado para nuestro bienestar, parece contradictorio que a pesar de tener bien marcado dicho camino, sin darnos cuenta, insistamos en tomar la dirección contraria. De esta forma, dice Maslow, muchos escapan de aquella posibilidad de crecer y por tanto, se pierde el instinto de lograr la calidad de vida.

En los últimos 10 años, las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico. Por ejemplo, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, por tanto, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente.

En el campo de la psicología, se realizan trabajos de calidad de vida, con el fin de medir los resultados de programas y terapias para enfermos crónicos. También se han llegado a estudiar las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida. Se considera que aunque la calidad de vida no se puede reducir a las condiciones socioeconómicas, éstas son fundamentales para el bienestar del ser humano, incluyendo aspectos de índole psicológico como el comportamiento, las actitudes, entre otros, que son aspectos fundamentales y/o determinantes relacionados con la forma de vida y las circunstancias en que estas se desarrollan y tiene que ver con el modo de vida de las personas. Así mismo, resulta evidente la estrecha relación que existe entre la cultura, el concepto de salud que se tenga y la calidad de vida. De hecho, el modo de comprender la vida humana difiere según una cultura de otra y de esa misma forma, ocurre con el conocimiento de calidad de vida. El modelo actual de ésta, es un modelo que integra las condiciones objetivas del vivir, la satisfacción del individuo con sus condiciones de vida y los valores personales.

En la actualidad el ritmo de vida que se lleva es un factor que predispone la presencia del estrés, el cual, es un factor desencadenante de una gran variedad de enfermedades y su desarrollo.

10. Estrés y su relación con la Salud.

A lo largo de los tres capítulos, se ha hablado acerca del ser social y su estrecha relación con todo aquello que le rodea mediante la imposición de demandas y necesidades que debe cubrir, para sobrevivir y mantenerse dentro de un círculo de pertenencia, así como de aquellas herramientas (estrategias de afrontamiento, redes sociales y apoyo social) que le permiten desenvolverse.

Cuando el individuo no es capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento, sus redes sociales son reducidas y no identifica el apoyo social positivo que se encuentra a su alrededor, permitiéndole percibir el entorno más peligroso. Los niveles de estrés, que puede llegar a presentar a consecuencia de lo anterior, dan pie a enfermedades crónicas (como las mencionadas en apartados anteriores) mediante conductas patógenas y cuestiones fisiológicas.

El estrés, es un constructo que hoy en día, está presente en una gran porción de la población a nivel mundial. Lazarus y Folkman (1984, en Rodríguez y Zurriaga 1997, p. 38) definen el estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste, como amenazante o excesivo de sus recursos y que pone en peligro su bienestar, paralelamente a ello, también mencionan que es *“un proceso de interacción dinámica, en los términos de un modelo que se puede denominar “modelo transaccional”, porque su punto central lo constituye la naturaleza de los intercambios, o transacciones, entre la persona y su entorno y los procesos cognitivos que intervienen en la relación persona-entorno.”* Nieto, Abad, Esteban y Tejerina (2005, p. 180) por su parte, dicen que es *“...una respuesta adaptativa que puede resultar beneficiosa para mantener o incrementar la salud, pues moviliza a las personas para buscar soluciones útiles que contribuyan a su bienestar.”* Por otro lado, es así como se considera que, el estrés es una reacción de tipo fisiológico y psicológico, donde entran en interacción diversos

mecanismos de defensa para afrontar cierta situación que se percibe como amenazante o de una demanda muy alta.

Los elementos del estrés, generalmente son tres: estímulo o situación, sistema de procesamiento y forma de activación o respuesta. El estrés reside de forma externa en el individuo, empleada a ciertos estímulos o situaciones a los que se exponen los individuos y que, al sobrepasar ciertos límites de tolerancia por parte de ellos, es cuando experimentan estrés. Los estímulos psicológicos y sociales, son los que con mayor frecuencia se relacionan con dicha respuesta, en la sociedad actual influyen directamente en los estilos de vida.

Las reacciones del estrés, están directamente relacionadas con la interpretación o significado psicológico que el individuo le asigna a los distintos estímulos o situaciones, ya sean físicos, interpersonales, intrapersonales o psicológicos. Los acontecimientos psicosociales que se tornan estresantes para el individuo, son la causa, del grado en que ellos mismos alteran o cambian el medio de vida y las actividades usuales de la persona, exigiéndole a éste, un reajuste sustancial o considerable de su conducta. El individuo generalmente, percibe una amenaza considerando que probablemente, los recursos con los cuales cuenta, no sean suficientes para controlar la perturbación y piensa que el resultado es importante para su bienestar, por tanto y de esta forma, el estrés se basa en el progreso de dicha perturbación que hace el propio individuo.

Lazarus y Folkman (1984, en Rodríguez y Zurriaga 1997) realizaron una reseña de las características del entorno, que aunadas a las particularidades del individuo, pueden llegar a incitar una situación estresante:

- 1) Novedad: Debe tomarse en cuenta que la mayoría de las situaciones no son por completo nuevas, normalmente existe una base para inferir el significado de una situación a la que con anterioridad no hay registro de enfrentamiento. Por lo tanto una situación nueva es estresante si hay una asociación previa con daño o falta de destreza para resolverlo
- 2) Impredictibilidad: Es dada debido a la falta de control o la falta de información que se tiene sobre el medio ambiente (lo que se puede o no hacer) y la amenaza de un sin número de contingencias ambientales.

- 3) Incertidumbre acerca del acontecimiento: Introduce la noción de probabilidad. Un campo en el cual la incertidumbre juega un papel importante es dentro de la enfermedad y la incapacidad física, ya que un individuo tratar con la incertidumbre es una tarea adaptativa de gran importancia en donde tiene que afrontar el estrés producido por la enfermedad física. La incertidumbre puede ser estresante debido a que tiene un efecto inmovilizante sobre los procesos anticipatorios de afrontamiento.
- 4) Factores temporales: En el cual se incluyen la inminencia, referida a el tiempo entre que ocurre el acontecimiento; la duración, tiempo durante el cual se mantiene el acontecimiento y la incertidumbre temporal, es la ignorancia acerca de cuando tendrá lugar el acontecimiento.
- 5) Ambigüedad: Situación en la cual la información necesaria para la valoración es insuficiente o no es clara, dando paso a la falta de oportunidad para el individuo de llevar a cabo una acción.
- 6) Programación de los acontecimientos estresantes en relación con el ciclo vital: Se tiene un concepto del ciclo de vida normal en el cual se incluyen expectativas de que algunos acontecimientos deben ocurrir en cierto momento. Si una situación ocurre fuera de su momento vital puede significar la falta de apoyo de los iguales, la privación de sentido de orgullo y satisfacción, de la oportunidad de preparar un nuevo rol o afrontamiento anticipatorio.

Es necesario tomar en cuenta que el estrés no es directamente una relación estable entre individuo-ambiente, sino más bien, es un proceso evolutivo, el cual implica diversas evaluaciones y reevaluaciones (Roskies, 1988). Por ello, en un inicio, a lo que se le considera como situación estresante, va a depender no sólo de las cualidades del ambiente tal como se evalúa, sino también, de la valoración de los propios recursos del individuo para abordar dicha situación.

Durante la trayectoria del episodio de estrés el individuo va a juzgar de forma continua el grado en que sus esfuerzos de afrontamiento están teniendo éxito y esas evaluaciones afectarán a su vez, la valoración inicial del estímulo estresante. Finalmente, después de que se ha terminado el enfrentamiento con la situación, la evaluación que llevo a cabo el individuo, así como la forma en que se ha manejado dicha situación y los mismos resultados, van a determinar si el individuo se siente fortalecido o debilitado. Es así, como

un exceso cuantitativo o cualitativo de estrés (consecuencia, por un lado de la exposición a múltiples o muy impactantes situaciones estresantes, por otro, a la falta de un estilo de vida y de recursos apropiados para hacerle frente o resultado del agotamiento de un organismo que con bastante frecuencia debe estar sobre funcionando para manejar las situaciones que pueden afectarle) aumenta la vulnerabilidad del organismo ante las enfermedades.

Este concepto es muy completo ya que, si bien es cierto que el estrés puede ser un activador para incrementar las acciones protectoras de la salud, también puede perjudicarlas debido a que a nivel fisiológico, ocurren procesos que alteran el sistema, por tanto, es necesario tomar acciones que nivelen o retornen al organismo a su estado habitual. A continuación, se explica de forma general, los procesos fisiológicos ante la respuesta de estrés

Walter B. Cannon descubrió que cuando un organismo tiene miedo o se enfrenta a una emergencia, su cerebro responde activando el sistema nervioso simpático, cuando esto sucede, el ritmo cardíaco y la respiración se aceleran, la sangre abandona los estratos superficiales de la piel y se dirige hacia los músculos proporcionándoles una mayor cantidad de oxígeno, todo ello instruye al organismo para responder a la emergencia, ya sea luchando o huyendo de la misma. Cuando dicho estado de emergencia se prolonga, se produce una respuesta más compleja, a la cual Selye llamó Síndrome de Adaptación General. Selye entendía que esta condición prolongada de estrés, causa daños al organismo principalmente a causa de la elevación de adrenalina y hormonas corticosteroides secretadas por las glándulas adrenales (Álvarez, 2005).

En situaciones normales las células de nuestro organismo emplean aprox. 90% de su energía en actividades metabólicas dirigidas a la renovación, reparación y creación de nuevos tejidos (metabolismo anabólico), sin embargo, en situaciones de estrés esto cambia drásticamente, el organismo se dedica a tratar de enviar grandes cantidades de energía a los músculos, para lograr esto, el cuerpo cambia a lo que se conoce como metabolismo catabólico y el organismo comienza a descomponer los tejidos en busca de la energía que con urgencia, requiere. (Nieto, et al, 2004)

El mecanismo del estrés cumple el propósito de preparar a los seres humanos para responder a estados de emergencia que le representan una amenaza física, por lo general huyendo o peleando, respuestas para las cuales, se requiere de una gran cantidad de energía

y fuerza muscular. Los cambios hormonales y otras alteraciones fisiológicas que se producen en estados de estrés van dirigidas a lograr esto, pues cuando un individuo, se encuentra en una situación amenazante, el organismo se prepara para responder a ésta tensando los músculos, la respiración se vuelve rápida y poco profunda, el hambre y el deseo sexual se suprimen, el proceso digestivo se detiene, el cerebro se coloca en un estado de alerta máxima y los sentidos se agudizan, las glándulas adrenales comienzan a lanzar hacia el torrente sanguíneo varias hormonas, a las que se les conoce como *hormonas de estrés*, entre ellas adrenalina (también conocida como epinefrina), noradrenalina y cortisol que ayudan a aumentar la producción de energía y la fuerza muscular.

De forma general, las respuestas fisiológicas vinculadas al estrés implican diferentes sistemas somatofisiológicos como el cardiovascular, inmunológico, respiratorio, digestivo, entre otros, que inducen a la activación del sistema nervioso simpático asociado con cambios neuroendocrinos y autónomos. Dentro de las respuestas neuroendocrinas se destacan los asociados a los sistemas hipotálamo-hipofisopararrenal y el hipotálamo-hipofisarias-médulo-suprarrenal; en el primero se lleva a cabo la síntesis de glucocorticoides (cortisol) y el segundo libera catecolaminas (adrenalina y noradrenalina). La adrenalina causa un incremento en la frecuencia y output cardiacos, concentración de glucosa en sangre, aumento en la tensión arterial, y la noradrenalina incrementa la presión sanguínea, de tal forma que la liberación de ambos llega a provocar efectos sobre el miocardio (Sandi, 2001 y Buendía, 1999).

Aunque esto puede ayudarnos a escapar de un peligro inmediato tiene sus costos, por ejemplo, el aumento en la cantidad y en la fuerza con que la sangre se mueve a través de las arterias causado por la adrenalina, provocando a su vez, una erosión de la cubierta interior de éstas; la grasa que el cuerpo moviliza para ser convertida en energía, si no es utilizada para estos propósitos termina siendo convertida en colesterol. (Nieto et al 2005). En el caso del Cortisol puede llegar a causar cansancio permanente sin haber realizado mucha actividad física, dolores de cabeza, palpitaciones, hipertensión, falta de apetito o gula desmesurada, problemas digestivos, dolores y calambres musculares y disensión de las defensas.

Imaginemos a un estudiante cuya respuesta de estrés se activa pensando en los múltiples trabajos finales que tiene que entregar en una semana, la grasa que estaba almacenada en las células de grasa, sale de éstas con el propósito de proveer energía. Como esta persona

solamente está pensando y no va a ejercitar sus músculos peleando o huyendo, esta grasa en lugar de convertirse en glucosa para proveer energía termina siendo convertida en colesterol por el hígado, este colesterol se adhiere al interior erosionado las arterias. Por otra parte, el sistema inmunológico intenta reparar el daño a las arterias y para esto envía unas células llamadas monocitos, el proceso de reparación normalmente funciona en el interior de las arterias, reparado sin causar problemas mayores. Sin embargo, si la situación de estrés se repite con frecuencia, los monocitos se transforman en unas células de gran tamaño llamadas macrófagos que en lugar de hacer su trabajo e irse, se pegan a las paredes de las arterias y no llevan a cabo una efectiva tarea de reparación, estos macrófagos hacen que se genere un estado inflamatorio en el interior de las arterias, absorben el colesterol que circula por el área y se inflaman convirtiéndose en unas células aún más grandes, con numerosos glóbulos de grasa en su interior. Si este proceso continúa eventualmente, estas células crean una placa que va obstruyendo las arterias hasta llegar el momento en que la arteria está tan obstruida que un pequeño coágulo, la tapa por completo obteniendo como el resultado, un infarto.

Paralelo a lo anterior, al hablar del proceso fisiológico iniciado por el estrés, es necesario también, hablar de tres conceptos: homeostasis, Fase de extenuación y alostasis. El primer término fue introducido por Cannon, para referirse a aquellos procesos fisiológicos coordinados, que permiten mantener los estados del organismo (Sandi 2001), es decir, son aquellos mecanismos que el organismo implementa para defenderse de situaciones de emergencia, los cuales, pueden ser de tipo fisiológico y/o emocional. El segundo, fase de extenuación, hace referencia cuando las circunstancias estresantes son experimentadas en un periodo lo suficientemente largo y de gran magnitud, dando paso a la pérdida de resistencia del individuo, dicho término fue establecido por Selye (1984, en Rodríguez y Zurriaga 1997) siendo la última fase de tres; la primera es la de alarma que ocurre al inicio, cuando el individuo se enfrenta a una situación de amenaza o peligro y la segunda fase es la de resistencia, en donde el organismo trata de adaptarse distribuyendo de forma paulatina sus recursos. Por último, alostasis se refiere a los procesos de adaptación que el organismo activa ante la situación del estrés, para poder alcanzar la homeostasis. Durante este proceso de adaptación el organismo se ve forzado, lo cual trae consigo un pago, ya sea de nivel físico o psicosocial (carga alostatica).

Con lo visto en los párrafos anteriores el estar en un estado de estrés continuo puede provocar muchas alteraciones en el organismo el cual trata de mantenerse en homeostasis exigiendo que se lleven a cabo acciones que le permitan recuperarse, sin embargo, estas conductas pueden llegar a ser más nocivas para la salud, como fumar, beber, comer de forma excesiva, entre otros. Analizando que en la sociedad actual, es común encubrir los síntomas del estrés ingiriendo medicamentos, la ausencia de síntomas no quiere decir que se ha eliminado el estrés. A pesar de la ausencia de ellos, el estrés, continúa haciendo labor destructiva dentro del organismo, de hecho, depender de medicamentos para aliviar el estrés puede agravar la situación ya que, al ingerirlos, lo que se hace, es eliminar las señales de alerta que el cuerpo nos provee y con las cuales, indica que debemos reducir la carga que estamos imponiendo a nuestro organismo (Nieto et al, 2005).

Por tanto y desde una perspectiva psicológica, las diversas estrategias para manejar de forma efectiva el estrés, pueden dividirse en dos tipos, principalmente. Las primeras, se enfocan en las emociones, buscando cambiar la forma en que interpretamos o evaluamos las situaciones estresantes (descubrir y analizar, el o los aspectos positivos de la situación estresante) evitando así, distorsiones de la realidad; las segundas, se enfocan propiamente en el problema planteando y promoviendo estrategias de resolución de problemas, que trabajan directamente con la situación estresante de modo que ésta, se reduzca o desaparezca. En dichas estrategias lo que se hace, es identificar el problema, generando soluciones adecuadas para posteriormente, aplicarlas directamente al problema, una vez logrado se espera desaparezca el estrés. Por lo general, los individuos que poseen una mayor capacidad para solucionar problemas, presentan un mejor uso de este tipo de estrategias, por esa razón, puede resultar efectivo el adiestrarse en técnicas y estrategias generales en resolución de problemas (Rodríguez, 1995).

10.1 Estrés académico.

Ya se abordó el proceso fisiológico del concepto de estrés de forma general; en el presente apartado, el concepto, se trata específicamente en un sentido académico, que se relaciona directamente con el objetivo del presente trabajo. Es así, como se considera que el estrés académico, es una respuesta específica, cuya frecuencia aumenta día con día y que se aprecia en una buena parte de la población adolescente, a nivel universitario.

Lo anterior, no hace referencia a un tipo de epidemia de estrés, mas bien, se atribuye solamente a que el paso a la universidad, no es un proceso nada fácil, sobre todo, por el cambio en cuanto a demanda al ingreso a una nueva institución educativa, mantenerse como alumno regular para posteriormente poder egresar de ella, mejorar y/u adquirir nuevas habilidades, hábitos de estudio, mayores responsabilidades, tipo y ritmo de trabajo, entre muchas otras variables que suelen ser una experiencia que muchos alumnos consideran estresante.

10.1.1 Aspectos generales del estrés académico.

El estrés académico, conceptualizado desde la línea de estresores o de síntomas, es abordado desde diferentes aspectos y por diversos autores, como son:

-Vulnerabilidad al estrés (Navarro y Romero, 2001).

-Presencia del estrés (Barraza, 2003).

-Intensidad del estrés (De la Cruz, 2005).

-Frecuencia del estrés (García, 2001).

-Manejo del estrés (Correché y Labiano, 2003).

Los diversos aspectos antes mencionados, derivan los “estresores” que se presentan en dicha respuesta, estos son divididos en dos rubros: los que abordan aquellos estresores de forma general, donde se incluyen los académicos y los que tratan exclusivamente los estresores académicos.

En el primer caso, algunos estudios refieren la existencia de estresores como los siguientes:

- Acontecimientos vitales tales como separación de la pareja, enfermedad del individuo o de un familiar cercano, muerte de un ser querido; exámenes de la especialidad para el caso de los estudiantes, entre otros (Navarro y Romero, 2001).

- Sobrecarga académica, relación superficial y falta de comunicación entre los miembros de la institución universitaria, organización de tareas y trabajos, entre otros (Al Nakeeb, et al, 2002).
- Acontecimientos mundiales, situación personal-afectiva, aspectos biológicos relacionados con la salud-enfermedad, la situación en el hogar y el quehacer académico en general (Hayward y Stoott, 1998).
- Asuntos relacionados con lo académico, problemas en la familia y la preocupación sobre el futuro (Hayward y Stoott, 1998).
- Excesiva carga académica, situación académica (adeudo de materias), horario extenso, situación económica precaria, entre otras (Mancipe, et al, 2005).
- Problemas educativos, pérdidas afectivas, problemas personales y los familiares (González, et al, 2002).

En el segundo caso, varios estudios, refieren dos tipos de estresores: a) Generales, es decir, que no son privativos de una carrera o nivel y b) Específicos, que corresponden a los estudiantes de una carrera en particular. Entre los estresores generales los estudios refieren los siguientes:

- Falta de tiempo o tiempo limitado para poder cumplir con las actividades académicas (Celis, et al, 2001).
- Sobrecarga académica, de estudio, de tareas o de trabajos escolares (Polo, et al, 1996).
- Realización de un examen (De Miguel y Lastenia, 2006).
- Exposición de trabajos en clase y realización de trabajos obligatorios para aprobar alguna asignatura (Polo et al, 1996).
- Exceso de responsabilidad por cumplir las obligaciones escolares, el tipo de trabajo que solicitan los profesores y la evaluación de éstos (Barraza, 2005).

En los estresores específicos, se encuentran por mencionar algunos:

- En estudiantes de odontología: presentar cierto número de trabajos clínicos en un lapso corto de tiempo y atender pacientes no cooperadores en su tratamiento odontológico (García, 2001).
- En estudiantes de enfermería: falta de competencia, el contacto con el sufrimiento, de la relación con tutores y compañeros, impotencia e incertidumbre, falta o nulo control en la relación con el enfermo, implicación emocional, relación con el enfermo (Zupiria, et al, 2002).
- En alumnos que asisten a cursos de estadística: el estrés aumenta en periodos de exámenes incluso a libro abierto, desconocimiento de herramientas y materiales de estadística, realizar una presentación ante sus compañeros y el conseguir información de otros cursos (Wilson, 2000).

10.1.2 Indicadores del estrés académico.

Por consecuencia a lo anterior, en situaciones de estrés los alumnos suelen presentar diversas reacciones fisiológicas, físicas, psicológicas y comportamentales; mejor definidos como indicadores del estrés (Barraza, 2005).

1. Reacciones fisiológicas: en una situación de estrés los alumnos presentan menores niveles de inmunoglobulina , disminuciones significativas en los recuentos de linfocitos totales, monolitos y linfocitos, disminución de la actividad fagocítica y bactericida, aumento del porcentaje de neutrófilos y leucocitos totales, disminución de las defensas, los glóbulos rojos aumentan de tamaño y disminuyen en cantidad, se alteran las plaquetas; se incrementan las frecuencias cardíacas y respiratorias, incluso se destruyen neuronas y, en el caso específico de estrés relacionado con acontecimientos vitales se observa un aumento en la secreción de cortisol como se mencionó anteriormente.

2. Reacciones físicas: sudoración en las manos, trastorno en los patrones del sueño, cansancio, cefaleas, molestias gastrointestinales y somnolencia.

3. *Reacciones psicológicas*: ansiedad, nerviosismo, miedo, problemas cognitivos, irritabilidad, problemas de concentración, incapacidad para relajarse, depresión y sentimientos de tristeza.

4. *Reacciones comportamentales*: dificultad en las relaciones interpersonales, agresividad y desgano.

10.1.3 Afrontamiento ante el estrés académico.

Según diversos autores y en base a diferentes investigaciones, el afrontamiento pueden ser divididos en tres rubros: estrategias, tipos y estilos.

1. *Estrategias de afrontamiento*: los estudios reportan una gran complejidad en la variedad de respuestas de afrontamiento utilizadas, incluyendo en ellas, el consumo de alcohol y/o drogas, que afectan directamente la salud (Mancipe, et al, 2005). Entre las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los alumnos, adolescentes universitarios, se encuentran: el esfuerzo por razonar y mantener la calma, así como el aumento de actividad, la resolución efectiva de los problemas entre las que se encuentra la concentración, el esfuerzo y la reducción de preocupación (Barraza, 2003).

2. *Tipos de estrategias de afrontamiento*: en este rubro se puede reconocer que el tipo de estrategias de afrontamiento más utilizadas por los alumnos: a) van dirigidas al problema o a las consecuencias emocionales de éste, b) pueden ser agrupadas en un factor que integre pensamientos negaditos o de culpa y c) pueden ser clasificadas como fisiológicas y cognitivas. El uso de los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento puede ser determinado por el impacto positivo o negativo (afectivo) que se tenga al ser utilizados; el positivo se ha relacionado con más uso de la reinterpretación positiva, mientras que el negativo se ha relacionado con el uso de buscar la ayuda social por razones emocionales (Rovira, 2002).

3. *Estilos de afrontamiento*: los estilos de afrontamiento empleados por un mínimo porcentaje de los estudiantes son, el afrontamiento activo, la reinterpretación positiva y de crecimiento, así como la focalización y expresión de emociones (Navarro y Romero, 2001).

Sin embargo, dichos estilos de afrontamiento no se pueden ser generalizados, pues a consecuencia de muchos acontecimientos y estilos de vida que existen y se practican actualmente, los adolescentes han optado por estilos de afrontamiento negativos, como el escape cognitivo, el consumo excesivo de alcohol, drogas, alimentos altos en grasas saturadas, convivencia social negativa, entre otros, que afectan directamente y en contra de la conservación de la salud, generando esto a largo plazo, el padecimiento de enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia, en edades tempranas por los estilos de vida adoptan y practican hoy en día.

Algunas variables sociodemográficas que repercuten significativamente en el estrés académico, pueden ser: el género, la edad, nivel socioeconómico, la carrera que estudian, el semestre de la carrera, entre otras. A continuación, se plantean aspectos relevantes para los rubros anteriores.

-*Género*: esta variable, ha sido una de las más estudiadas con relación al estrés académico, sin embargo, hay arrojado resultados contradictorios, pues algunas investigaciones sostienen la no diferencia entre géneros con relación al estrés académico (Astudillo, et al, 2001) mientras que otras afirman que muchas otras, mencionan que el género femenino presenta mayores niveles de estrés académico (Magaz, et al, 1998), presentando éstas, una mayor cantidad de síntomas relacionados a la ansiedad y depresión; por ende, las mujeres muestran mejores estilos de afrontamiento que los hombres a nivel emocional y comportamental.

-*Edad*: La ansiedad aumenta con la edad pero, el repertorio de estrategias de afrontamiento aumenta. (Magaz, et al, 1998).

-*Nivel socioeconómico*: Figueroa, et al, (2002) menciona que los jóvenes de nivel socioeconómico bajo emplean como estrategias para enfrentar el estrés, la falta de afrontamiento, la reducción de la tensión (ingesta excesiva de alcohol, tabaco y de

sustancias psicoactivas, así como huida temporal de la casa o de la escuela) y utilizan la auto-inculpa.

-*Carrera que cursan*: en el nivel de licenciatura se presentan dos resultados contradictorios: por una parte, Astudillo, et al, (2001) afirma que la carrera no influye en la presencia del estrés, mientras que Marty, et al, (2005) sostiene que los estudiantes de medicina tienen más estrés que el resto de las carreras y que los de psicología son los que presentan menor estrés.

-*Semestre que cursan*: en el nivel de licenciatura se observa una tendencia a una mayor presencia del estrés en los primeros semestres (Celis, et al, 2001).

Si bien existen e intervienen las variables sociales y demográficas para que se presente la respuesta del estrés en los estudiantes a nivel universidad, recordemos que las variables psicológicas van paralelamente relacionadas con éstas, por mencionar algunas: expectativas, autoestima, locus de control, personalidad, metas de desempeño, optimismo disposicional y humor. A continuación se hará un breve énfasis en algunas de estas variables.

- El estrés se relaciona con la expectativa de eficacia de los alumnos (Casero, 1998).

- Una alta autoestima se acompaña con niveles de estrés personal moderadamente bajos (Huaquín y Loaiza, 2004).

- La reactividad ante estresores nuevos depende más de aspectos circunstanciales que del estrés cotidiano que es explicado por los rasgos de personalidad, dichos estilos de personalidad (introversivo, extrovertido, seguro, sensitivo) se relacionan positiva y negativamente con diversas estrategias de afrontamiento (Núñez, 2001).

- Las metas de desempeño-evitación se relacionan directa y positivamente con la respuesta al estrés. (Smith y Sinclair, 1998).

- El optimismo disposicional está directamente relacionado con estrategias de afrontamiento positivas: planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal, afrontamiento focalizado al problema y afrontamientos adaptativo, y negativamente relacionado con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos;

centrarse en las emociones y desahogarse, negación, distanciamiento conductual, consumo de alcohol y drogas y afrontamiento desadaptativo (Chico, 2002).

Es así, como los estilos y las estrategias dirigidas a la resolución de problemas, se relacionan por lo tanto, con el bienestar de forma positiva o negativa según sea el caso; una forma tanto de prevenir como de controlar, ya sean las enfermedades crónicas originadas por el estrés propiamente (en sentido general o académico), es mediante la asistencia a programas de tratamiento y su seguimiento, definido esto como adherencia terapéutica, pues como se verá posteriormente, el tema del cumplimiento de los tratamientos médicos tiene gran trascendencia y ello, es debido a que una serie de conductas de riesgo y problemas de salud requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. A continuación, se abordará dicho tema con mayor énfasis.

10.2 Técnicas para el manejo efectivo del estrés.

Como se puede ver y gracias a la gran variedad de investigaciones y propuestas teóricas en torno al tema propiamente del estrés, damos cuenta que éste, se ha convertido en uno de los principales factores que en la actualidad, aquejan a un alto porcentaje de la población, incluso desde edades tempranas y por ende, tiene una incidencia cada día más alta, contribuyendo de esa forma, al padecimiento y desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y otras tantas. Por eso, una forma de disminuir el riesgo a padecer alguna de esas enfermedades, es mediante el manejo efectivo del estrés por medio de diversas técnicas que pueden ser empleadas de forma individual o conjunta para contrarrestar y/o eliminar de forma efectiva, los síntomas del estrés.

Estas técnicas son de tipo cognitivo (desensibilización sistemática, inoculación al estrés y solución de problemas), que pueden emplearse paralelamente a lo que conocemos como relajación para combatir y afrontar de forma positiva, los problemas causantes del estrés, claro está, que antes de aplicar propiamente una de las técnicas; a continuación, serán descritas de forma breve.

-Técnica Solución de Problemas.

D'Zurrila y Goldfried (1971, en Olivares, et al, 1998) refieren a la solución de problemas como un proceso conductual ya sea explícito o cognitivo, en donde se presenta una variedad de alternativas de respuesta potencialmente efectivas, así como incrementa la probabilidad de selección de una respuesta más efectiva de entre dichas alternativas.

Esta técnica es útil para reducir la ansiedad asociada a la poca asertividad del individuo para la toma de decisiones para encontrar la mejor solución al problema. Los pasos de la técnica son, de forma general, los siguientes:

1. Identificar las situaciones problemáticas.
2. Describir con detalle el problema y la respuesta habitual a dicho problema, en términos de quién, qué, dónde, cuándo, cómo y por qué, pues esto ayuda a clarificar el problema. En este punto también se formulan los objetivos que se pretenden lograr.
3. Se elabora una lista con las alternativas. En esta fase se utiliza la estrategia denominada "lluvia de ideas" para conseguir los objetivos formulados anteriormente limitándose a su vez, a emplear estrategias generales para alcanzar los objetivos. .
4. Visualizar las consecuencias. Seleccionar las estrategias más competentes y evaluar las consecuencias de ponerlas en práctica.
5. Evaluar los resultados: Una vez se haya intentado la respuesta nueva, se deberán observar las consecuencias.

-Técnica desensibilización sistemática.

Wolpe (1975, en Olivares, et al, 1998) señala en ésta, puede producirse una respuesta antagonista a la ansiedad ante la presentación de estímulos que la provocan, logrando una supresión por completo o de manera parcial de la respuesta de ansiedad. La unión entre estos estímulos y las respuestas de ansiedad se debilitará.

Con la desensibilización sistemática una persona puede aprender a enfrentarse a objetos y situaciones que le son particularmente amenazadoras. Se trata de aprender a relajarse mientras se imaginan escenas que, progresivamente, van provocando mayor ansiedad. los pasos, son los siguientes:

1. Entrenamiento en relajación.
2. Construcción de la jerarquía.

3. Evaluación y práctica en imaginación.
4. Desensibilización sistemática propiamente dicha.

La relajación se ha utilizado como respuesta incompatible con la ansiedad. En el procedimiento de la desensibilización sistemática aplicado por Wolpe se propone una adaptación del entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson.

-Técnica Inoculación del estrés.

Este procedimiento fue desarrollado por Meichenbaum y Cameron en 1974 (Olivares, et al, 1998). Su objetivo es desarrollar o dotar a los sujetos de habilidades y destrezas que les permitan disminuir o anular la tensión y la activación fisiológica en este caso del estrés y a la par, sustituir las antiguas interpretaciones negativas por un conjunto de pensamientos positivos para afrontar el estrés, como el temor a hablar en público, las fobias y otros tipos de situaciones, como la preparación al parto o los exámenes.

La inoculación del estrés enseña entonces, a cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes. El entrenamiento incluye aprender a relajarse utilizando la respiración profunda y la relajación progresiva, de modo que cada vez que se experimente estrés, donde y cuando sea, se pueda relajar la tensión. De forma breve los pasos, de esta técnica:

1. Elaborar una lista personal de situaciones de estrés y ordenarla verticalmente desde los ítems menos estresores hasta los más estresantes (jerarquía como la técnica anterior).
2. Evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora.
3. Se crea un conjunto propio, de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales, se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos automáticos habituales.
4. Se utilizan habilidades de relajación y de afrontamiento para ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

-Relajación progresiva de Jacobson.

Esta técnica fue desarrollada por Jacobson en 1929 (Olivares, et al, 1998) y está dirigida a conseguir niveles profundos de relajación muscular, enseña al individuo a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en las distintas partes del cuerpo. Consiste en aprender a tensar y luego relajar varios tipos de músculos a lo largo de todo el cuerpo, basándose en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular en el individuo. Una vez que éste haya aprendido a relajarse podrá utilizarlo como procedimiento de autocontrol ante cualquier situación de ansiedad. Existen algunas variantes de la técnica de relajación progresiva de Jacobson (Olivares, et al, 1998) según aspectos muy particulares a tratar con el paciente, por mencionar algunas:

-Relajación diferencial, la cual tiene como finalidad, enseñar a la persona a tensar solo el grupo muscular que está relacionado con una actividad específica, y mantener relajados aquellos que no se ven afectados o intervienen en dicha actividad. Asimismo esta variante está encausada a que la persona pueda llevar a cabo los ejercicios de relajación sin adoptar las posiciones básicas descritas, aprendiendo a relajarse en situaciones cotidianas

-Relajación condicionada, el objetivo es llegar a un estado de relajación utilizando palabras que evoquen dicho estado. Estas palabras se tomaran del paciente mismo. Es decir, el paciente asociará una palabra que se dirá así mismo. El terapeuta indicará a la persona que se concentre en su respiración, al mismo tiempo que repita de forma interna (mentalmente), a cada exhalación, la palabra seleccionada. El terapeuta acompañará en voz alta con la palabra seleccionada las primeras exhalaciones del paciente atenuado su tono de voz y alargando la última sílaba (Olivares et. al, 1998).

Una variante, de esta técnica de relajación condicionada es la imaginación de escenas relajantes, la cual es igual a la descripción anterior, solo que el paciente tendrá que evocar una escena o situación que le sea relajante cada vez que repita la palabra seleccionada. La ventaja que ofrece esta forma de relajación condicionada es que se puede desarrollar en situaciones cotidianas.

-Relajación pasiva, la cual implica una ligera diferencia: solo se realizan ejercicios de distensión o relajación, sin que previamente se hayan tensado. Para esta técnica es necesario que el paciente se lleve a casa una grabación de las instrucciones, de las cuales deberá ir prescindiendo paulatinamente. La desventaja es que la persona puede depender de la cinta de instrucciones grabadas.

****Otras técnicas de Relajación.**

-Meditación.

Esta otra técnica de relajación busca que la persona se relaje por medio de la repetición de un "mantra", que es una palabra o frase tranquilizadora que, al parecer, libera a la mente de otros pensamientos. El propósito de esta técnica es cambiar el estado mental de la persona para que tenga menos tensión y experimente un estado de tranquilidad. La ventaja de esta técnica es que puede alcanzarse la relajación relativamente en poco tiempo.

-Yoga.

Esta técnica es un conjunto de enseñanzas que se orientan a desarrollar las facultades de la persona por medio de un equilibrio mente-cuerpo. La desventaja de esta técnica es que requiere demasiado tiempo para aprender y dominar la técnica.

-Hipnosis.

A pesar de que esta técnica no es tan aceptada en la práctica clínica cognitiva-conductual, hay autores que plantean que la práctica de hipnosis en las sesiones con los pacientes pueden ayudar en diferentes niveles, como en la modificación o extinción de conductas, para favorecer el autocontrol y modificar expectativas y actitudes ante situaciones-problema y también facilita los efectos de otras técnicas cognitivo conductuales. No obstante, todo esto puede lograrse con la relajación progresiva.

-Biofeedback.

Esta es otra técnica empleada para enseñar a las personas a relajarse, pero se verá con más profundidad en otra clase.

Respecto a la técnica de solución de Problemas de acuerdo con Mahoney (1983, en Olivares y Méndez, 1998) son fundamentales tres. La primera es la técnica de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried; la cual está basada en el modelo cognitivo

conductual y trata de explicar como el cliente debe resolver el (los) problema (s) con el fin de aumentar su efectividad. Esta técnica consta de cinco fases:

- a) Orientación del problema. Su propósito es desarrollar una actitud facilitadora en el cliente a la hora de enfrentarse con el problema.
- b) Formulación y definición del problema. El objetivo de dicha fase es definir el problema operativamente y plantear metas realistas.
- c) Generación de alternativas. En esta fase se propone una amplia variedad de soluciones para aumentar la probabilidad de solucionar el problema.
- d) Toma de decisiones. En donde se pretende valorar las consecuencias de cada alternativa y seleccionar la(s) que pueden resolver mejor la situación.
- e) Ejecución y verificación de resultados. Se ponen en práctica las decisiones tomadas y se comprobarán los resultados

En la fase de la toma de decisiones, es necesario tomar en cuenta que en ocasiones pueden ser seleccionadas de acuerdo a la intuición de lo que puede ocurrir ante una situación y sin fundamentos reales; a la experiencia ya que en ocasiones esa situación es similar a una anterior y si los resultados fueron positivos se actuará de la misma forma; por autoridad, esto se refiere a que la decisión está basada en el rol del que tiene que decidir sin tomar en cuenta a otras personas y por último se pueden tomar decisiones por los hechos, es decir, se basa en situaciones reales es dirigirse al ambiente real, conocer lo que paso y una vez analizada la situación decidir cuál es la solución más recomendable. Es necesario que el Terapeuta considere que en muchas ocasiones el cliente que acude a terapia, no le es posible resolver un problema debido a que no implementa la decisión que cree puede resolver el conflicto, por lo cual es necesario implementar estrategias que le permitan al cliente pasar a la siguiente fase.

Los pasos más comunes y recomendados para tomar una decisión adecuada son:

- a) Identificación y definición del problema
- b) Análisis del problema, es decir, identificar la verdadera causa del problema, ¿qué sucedió?, ¿cuándo sucedió, cómo sucedió? y ¿cuál es la magnitud e impacto del problema?.

- c) Una vez identificadas las causas hay que establecer las metas u objetivos que van a lograrse con la decisión.
- d) Clasificar y jerarquizar los objetivos por orden de importancia, es decir, lo que esperamos lograr con la decisión, cuales son los resultados que quiero obtener.
- e) Buscar, señalar y trabajar todas las alternativas o posibles soluciones que permitan alcanzar los resultados esperados.
- f) Valorar las alternativas evaluándolas por medio de los beneficios o perjuicios que cada una de ellas produzca, es decir, las consecuencias positivas o negativas de cada alternativa, que puede salir mal o que puede salir bien si se toma esta opción.
- g) Escoger la mejor opción, la que produzca los beneficios con el menor número de desventajas.
- h) Ejecutar la decisión, es decir, convertir la decisión en acción efectiva a través de un plan de acción minimizando los riesgos que se pueden presentar.

Otra de las técnicas fundamentales es la solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure (1974, en Olivares y Méndez, 1998) quienes parten de que “...*hay un conjunto de habilidades cognitivas de solución de problemas interpersonales que influyen en el ajuste social...*” (P. 509) siendo el objetivo principal incrementar las habilidades interpersonales de solución de problemas y a su vez aumentar el ajuste social y la competencia interpersonal pretendiendo enseñar “no que pensar, si no cómo pensar”. Las habilidades que se intentan desarrollar mediante la técnica son:

- a) Generar soluciones alternativas a los problemas interpersonales (pensamiento alternativo).
- b) Habilidad que permita al cliente determinar los medios adecuados que le permitan conseguir las metas (pensamiento causal o pensamiento medios-fines)
- c) Saber valorar las consecuencias de cada alternativa (pensamiento consecuencial).

Por último está el programa SCIENCE de Mahoney o ciencia personal el cual pretende desarrollar en el cliente habilidades que le permitan analizar y cambiar su conducta. Entre los medios utilizados para facilitar el entrenamiento se hallan.

- El modelado
- El reforzamiento sistemático de los progresos del cliente

- La realización gradual de las tareas
- La adquisición de habilidades autoevaluaciones adaptativas

La ciencia personal es una terapia cognitiva de aprendizaje en donde ambos procesos son de gran importancia, pudiéndose aplicar a una amplio abanico de problemas conductuales.

La técnica, al igual que las anteriores está dividida en fases, en esta ocasiones son 7 que están relacionados con la palabra Science (Olivares y Méndez, 1998, P. 513):

S (Specify) Especificar el área general del problema. Se define el problema a base de preguntas como ¿Qué le ocurre? ¿Cómo se siente? Lo que ayuda a delimitar el tema

C (Collect) Recoger información. Se analiza el estado actual del problema, sus posibles causas así como soluciones

I (Identify) Identificar la causa. Identificar los posibles agentes que han dado paso al problema y lo han mantenido

E (Examine) Examinar las soluciones. Las posibles soluciones son analizadas diferenciando entre las metas y los medios necesarios para conseguir las

N (Narrow) Delimitar y experimentar. Se revisan las posibles soluciones y se seleccionan las más viables mediante un proceso de eliminación sucesiva

C (Compare) Comparar el progreso. Se analizan los resultados obtenidos a través del experimento personal mediante la comparación de la situación actual del problema con la anterior a la intervención

E (Extend) Ampliar, revisar o reemplazar la solución. Al primer intento quizá el problema no elimine totalmente, sin embargo hay que hacer hincapié a los logros obtenidos

Todas las técnicas, mencionadas con anterioridad, paralelamente aplicadas con otras pueden ayudar al cambio de estilo de vida, reduciendo el estrés y por ende, el riesgo a padecer enfermedades crónicas, sin embargo, es importante tomar en cuenta la adherencia terapéutica, ya que si bien es cierto que el cambio comportamental es básico, parte del proceso (médico o psicológico) requiere de dicha adherencia a los tratamientos, para gozar de buena salud en todos los sentidos y niveles.

11. Adherencia Terapéutica.

El concepto de adherencia terapéutica hace referencia, a una gran diversidad de conductas, las que circulan desde formar parte de un programa de tratamiento y continuar con él, hasta desarrollar conductas de salud, evitar conductas de riesgo y acudir a las citas con los profesionales de salud (Núñez, 2001). Aunado a esta adherencia, también se encuentran relacionadas las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenazas a la salud ocasionadas por una enfermedad, la estimación del riesgo a enfermarse, representación psicológica acerca de la enfermedad, expectativas, motivación por su salud, conocimientos acerca de la enfermedad, habilidades de afrontamiento, apoyo social, entre otros. Estudios dedicados al afrontamiento en enfermedades crónicas, mencionan que los factores que intervienen en la eficacia de los afrontamientos son: la diversidad y flexibilidad de las estrategias de cada sujeto, nivel cultural e intelectual en general, características personales (resistencia personal, autoestima), características propias de la enfermedad, así como su valoración y apoyo social.

La adherencia al tratamiento puede considerarse entonces, como una forma de afrontamiento a la enfermedad, en tanto el paciente active recursos personalógicos en función de minimizar los efectos del padecimiento (Hoey et. al., 2006). Baso una perspectiva personal, se considera que el concepto de adherencia terapéutica es una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente conductuales, que conducen a la participación y presión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta, con el profesional de la salud y con la búsqueda activa de los recursos para lograr el resultado esperado.

Las enfermedades Crónico-degenerativas son patologías que están aquejando a un gran porcentaje de la población mundial en sus diferentes edades, por tanto, dicho problema debe ser tratado de forma oportuna y de forma inmediata y prioritaria en aquellas instituciones donde se formas profesionales, que además de promover acciones protectoras de la salud (como lo es la FES-I), la problemática seguirá acrecentándose, es por ello que no sólo hay que dar cuenta sobre las enfermedades, si no también trabajar sobre ellas, disminuyendo el índice de probabilidad de su aparición (a nivel prevención) así como su control en aquellas que la padezcan (intervención) y que mejor ejemplo que los futuros cuidadores de la salud.

1.- NOMBRE DEL PROYECTO:

Manejo efectivo del estrés como elemento de prevención de enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico (hipertensión, obesidad, diabetes y dislipidemias)

PRESENTACIÓN: Este trabajo se deriva del proyecto de investigación aprobado por PAPIME que se titula “intervención comunitaria dirigida a estudiantes universitarios con enfermedad crónica. Una propuesta multidisciplinaria”.¹

OBJETIVO DEL PROYECTO GENERAL: desarrollar conductas promotoras de la salud en estudiantes universitarios con enfermedad crónica relacionada con síndrome metabólico.

Hipótesis del proyecto general: si se conoce la incidencia de alteraciones de la salud relacionadas con síndrome metabólico, de los alumnos de nuevo ingreso de la generación 2008 a la FES-Iztacala, entonces se estará en condición de proponer Estrategias específicas de intervención comunitaria dirigidas a modificar el estilo de vida de los alumnos detectados, con lo que se espera incrementar la eficiencia terminal.

Las líneas rectoras que dan dirección al proyecto original se dividen en tres:

- 1) promover la creación y desarrollo de iniciativas institucionales encaminadas a fomentar la educación para la salud de los estudiantes de la FESI
- 2) crear una identidad institucional que aglutine con temas relacionados con salud, a los alumnos de la seis carreras que se ofrecen en la FESI
- 3) desarrollar acciones dirigidas a la modificación de las actitudes de los alumnos hacia la salud

De las líneas rectoras, se derivan tres programas estratégicos

¹ Este trabajo fue financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos Institucionales para el Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME) de la UNAM No. Reg. PE303507. Se realizó con apoyo de la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM y de la Secretaría de Desarrollo y Relaciones Institucionales (SDRI) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

1. Intervención institucional

- ❖ Académico
- ❖ Administrativo
- ❖ Inmueble
- ❖ Relaciones interinstitucional

Cada uno tiene proyectos que impactan a los cuatro ámbitos

2. Creación desarrollo y difusión de identidad institucional hacia el fomento de la salud

- ❖ Encaminado a la elaboración de una red de comunicación efectiva
- ❖ Orientado hacia el diseño de una identidad institucional

3. Modificación de conductas y actitudes de riesgo para la salud

- ❖ Dirigido a la prevención
- ❖ Dirigido a Intervención

En este contexto, el proyecto que se presenta se deriva del programa 3) **Modificación de conductas y actitudes de riesgo para la salud**, del subprograma **Prevención** y tiene como propósito que los universitarios de la FES-I avancen de la etapa que Prochaska (1992) llama pre-contemplación, en relación con el cuidado de su salud. Es decir, que los universitarios que manifiestan una intención de disminuir sus conductas y actitudes de riesgo pero no lo llevan a cabo realmente, hagan de ello acciones saludables consumadas en relación a comportamientos protectores de la salud, las cuales Matarazzo (en León, 2004) llamó inmunógenos conductuales.

Actualmente, los universitarios enfrentan una serie de demandas sociales y familiares que les hacen sentirse incapaces de cubrir, lo que ocasiona que frecuentemente manifiesten una serie de comportamientos que Lazarus y Folkman (1986) han identificado como estrés, llevándolos a practicar conductas que deterioran su salud, al no contar con los elementos para un manejo efectivo de situaciones que les genera ansiedad, es cuando observamos algunos comportamientos que Matarazzo (en León, 2004) llama patógenos conductuales

(tabaquismo, alcoholismo, ingesta de alimentos entre comidas y sedentarismo) además de algunos otros trastornos psicológicos (depresión, trastornos alimenticios y problemas gastro-intestinales entre otros) mostrando la falta de estrategias de afrontamiento que les permitan hacer frente a estas situaciones.

2.- RESPONSABLES:

Baltazar Palacios Viridiana

Soberanes González Ana Patricia

3.- DESCRIPCIÓN: Con este proyecto se pretende que los alumnos desarrollen estrategias efectivas de afrontamiento ante situaciones que les provocan estrés, con el propósito de evitar conductas de riesgo que pueden generar o exacerbar enfermedades relacionadas con el síndrome metabólico, mediante una estrategia que incluya las etapas de información, activación y canalización. Con ello se espera que los alumnos implementen acciones concretas para la protección de su salud, al sustituir los comportamientos de riesgo que actualmente realizan, sin soslayar la diversión y la convivencia

La concientización se llevará a cabo con la ayuda de la mercadotecnia social (uso de la persuasión para producir la contribución de los universitarios en relación a su salud) a sabiendas de los intereses y características de la población blanco así como los lugares que son de su agrado y frecuentan más.

Aunado a esto y en base a los resultados obtenidos del EMA, se dieron a conocer las enfermedades (agudas o crónicas) más frecuentes entre los universitarios, de ello, se infiere que probablemente muchas de ellas sean causa del mal manejo de su estrés, por ello, se utilizarán dibujos y/o grases diseñadas con información persuasiva para influir en la conducta voluntaria de la población y motivarlos para que decidan a actuar, en relación al beneficio de su salud ofreciéndoles alternativas novedosas para mantener dicha conducta implementada.

El proyecto específico se llevará a cabo a partir de 4 etapas:

1. Evaluación en donde se obtendrán datos de cómo se encuentra la salud de los alumnos de la FESI desde el momento en que ingresan a la Universidad, mediante los datos obtenidos en la aplicación del EMA.
2. Planeación → con 3 fases:

2.1 información. De la relación entre estrés y enfermedades así como estrategias de afrontamiento no efectivas que comúnmente realizan los estudiantes

2.2 concientización.

Que identifiquen cuáles son sus estrategias de afrontamiento y el nivel efectivo que tienen si deteriorar su salud.

Ofrecer una alternativa de afrontamiento efectivo

2.3 canalización.

3. Difusión → con 3 fases:

3.1 información.

3.2 concientización.

3.3 canalización.

4. Seguimiento.

4.- DEPENDENCIA A LA CUAL ESTA ADSCRITO: Grupo Multidisciplinario de Investigación en Salud y Rendimiento Académico (GMISARA).

5.- TIEMPO A REALIZARSE: indefinido

6.- DIAGNÓSTICO:

a) Fortalezas:

ψ Los universitarios van orientados a carreras relacionadas con el cuidado de la salud dándole elementos de conocimiento acerca de las conductas encaminadas al desarrollo de enfermedades.

ψ La información que los estudiantes en el área de la salud reciben, es un factor encaminado a propiciar en ellos conductas saludables para los demás y sobre todo para ellos mismos.

ψ Se tiene el conocimiento y control de los lugares de reunión de los jóvenes universitarios

ψ Los jóvenes universitarios toman decisiones sobre si, sin intervención de otras personas.

- ψ Los estudiantes universitarios son sensibles a influencias externas si ellos las valoran como positivas.
- ψ Existe el apoyo de la institución para la realización del proyecto.
- ψ Los conocimientos e intercambio de información profesores-alumnos acerca de enfermedades, medios de adquisición, consecuencias, etc., las cuales pueden significar un apoyo para que los universitarios decidan cuidarse y evitar el proceso de alguna de las enfermedades de síndrome metabólico.

b) Oportunidades: Son condiciones sociales, económicas o políticas a nivel municipal, estatal, nacional o del sector salud que favorecen el desarrollo del proyecto.

- ψ Difusión actual de los medios de comunicación masivos sobre el cuidado y/o promoción de la salud.
- ψ Que el sector salud, promueva la asistencia a sus instalaciones con el fin de detectar a tiempo diversas enfermedades relacionadas con algunas adicciones y/o malos hábitos alimenticios.
- ψ Fomento de la buena salud por parte de marcas reconocidas mundialmente, por ejemplo, las carreras por parte de la marca Bonafont, Bimbo e incluso campañas en TV sobre la promoción de la salud, por ejemplo, “Elige estar bien”.
- ψ Existencia de leyes que prohíben la venta de alcohol o colocación de sitios públicos de reunión cerca de escuelas

c) Debilidades:

- ψ La mayoría de los alumnos se encuentra en la fase de pre-contemplación del cuidado de la salud, según el modelo de Prochaska (1992).
- ψ Los alumnos tienen horarios saturados y por lo tanto, poco tiempo para realizar otras actividades hacia el fomento de la salud (ejercicios, preparación de alimentos, estrategias de afrontamiento al estrés)
- ψ Los alumnos tienen restricciones económicas.
- ψ Los alumnos presentan poco interés en la salud
- ψ Las cafeterías internas en la FESI, no cuentan con oferta de alimentos saludables.

- ψ Necesidad de identidad y/o aceptación por parte de sus iguales (universitarios en general).
- ψ Los jóvenes no responsabilizan a otros ni se responsabilizan de su salud.

d) Amenazas:

- ψ Que el comercio ambulante y establecido aledaño a la FESI, continúe vendiendo alimentos sin regulación.
- ψ Que las actividades deportivas que ofrece la FESI sigan sin reestructuración, por ejemplo, hacen falta más actividades de tipo cardiovascular
- ψ Que en la entrada principal de la FESI continúe una gran promoción de los lugares establecidos cercanos en donde se ofrece bebidas alcohólicas, tabaco y también se presta para el consumo de drogas.
- ψ A nivel Municipio y sector salud, prevalece poca promoción respecto a las conductas de riesgo que los universitarios llevan a cabo.

7.- OBJETIVOS: Que los universitarios de la FESI desarrollen estrategias efectivas en el manejo del estrés, como elemento de cuidado de la salud.

Objetivos particulares:

- ψ Que los jóvenes tengan conocimiento de las enfermedades existentes en los universitarios.
- ψ Que conozcan la relación entre estrés y enfermedad.
- ψ Desarrollar en los jóvenes, estrategias efectivas para que superen la etapa de pre-contemplación sustituyendo conductas patógenas por conductas protectoras de la salud.
- ψ Los jóvenes universitarios; busquen información, ayuda y se realicen chequeos más frecuentemente.

9. Actividades (Por objetivo planteado):

Tres fases:

Fases	Etapas		
	Planeación	Difusión	Seguimiento
Información	Datos estadísticos de cómo se encuentran los estudiantes en Iztacala	Trípticos, correo electrónico, gaceta UNAM	Dar a conocer los resultados generales obtenidos de cada año
	Información breve sobre lo que provoca el mal control del estrés, depresión y/o ansiedad	Trípticos, correo electrónico, gaceta UNAM	Recordar a través de los mensajes realizados
Concientización	*VER APARTADO DE “MENSAJES” (Pag. 74)	Carteles	EMA (examen médico automatizado) y análisis biomédicos y hematológicos.
Canalización	CUSI, Seguro Social, Con profesores dispuestos a ayudar en el proyecto	Dentro de los carteles tentativamente en una feria	

9.- FACTORES CRITICOS:

- ψ Cambio de las instalaciones de la institución (cafetería y gimnasio) adecuándose a las nuevas exigencias relacionadas con salud, de los alumnos.
- ψ Cambios en pro de la salud en la estructura administrativa y académica de la institución.
- ψ Disminución en la detección de enfermedades en la realización del EMA.

10.-RECURSOS DISPONIBLES:

- ψ Redes de comunicación como son el correo universitario y la gaceta.
- ψ Recursos humanos.
- ψ Logística.

11.- INDICADORES DE RENDIMIENTO. Que evidencien el manejo efectivo o inefectivo del estrés, para que indiquen efectivamente si el proyecto está dando los resultados esperados

- ψ Menos visitas al médico a causa de la falta de conocimientos respecto a su salud.
- ψ Exámenes médicos de química sanguínea y examen general de orina.
- ψ Cuestionario elaborado para evaluar los objetivos del proyecto general.
- ψ Incremento en la participación de jóvenes en actividades relacionadas con su salud, promovidas por la misma institución.
- ψ Disminución en las bajas debido a problemas de salud.
- ψ Incremento del rendimiento escolar de los jóvenes universitarios, visto en el promedio general obtenido.

13.- ARTICULACIÓN CON EL PLAN:

-LINEA DE ACCION: este programa se desprende de la línea rectora dirigida a la modificación de las actitudes de los alumnos.

-PROGRAMA PRIORITARIO: Modificación de conductas y actitudes de riesgo para la salud.

Conclusiones

Lo que se pretende obtener con la puesta en práctica del presente proyecto es, en primer plano, la concientización por parte de los universitarios, acerca de las conductas patógenas que llevan a cabo debido al manejo incorrecto del estrés provocando la exacerbación de su salud; lo anterior, dará paso a la modificación de dichas conductas que le permitirán manejar su estrés de forma efectiva y sin la necesidad de dañar su salud, ya que no sólo afecta su imagen profesional presente y futura, sino también perturba directamente a corto plazo, su rendimiento académico, calidad de vida y el nivel de las relaciones inter e intrapersonales. De forma general, se espera entonces, observar el impacto directo en los estilos de vida y consecuentemente en el rendimiento académico de estos.

Para ello se utiliza, como ya se hizo mención, el marketing social como una herramienta de comunicación básica y social, la cual, permitirá conseguir el impacto que se desea en la población, como medio de control de estímulos para cambiar conductas específicas, en este caso, las patógenas. Paralelamente y por medio del marketing social, se echa mano del instrumento clave planteado (elaboración estratégica de mensajes), para que los universitarios den cuenta de aquellas conductas insanas, las cuales consideran como un estilo de afrontamiento adecuado para contrarrestar y/o afrontar el estrés, dejando de lado, que son dichos estilos de afrontamiento, los que fungen como causa directa del desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas y por ende del SM.

Los mensajes por su parte, deberán ser promovidos de forma estratégica ya sea en modalidad de cartel, mismos que deberán ser colocados en lugares clave, es decir, lugares de reunión social-institucional que los universitarios asisten con mucha frecuencia, radiodifusora universitaria, pagina web creada directa y específicamente para el cometido, entre otros, que permitan atraer la atención de buena parte de la población (nivel masivo) siendo la vía de contacto directo, con aquella que esté interesada en mejorar su salud y de esta forma, pasar a las siguientes fases de intervención y canalización. No obstante para evaluar el proyecto, aún no se cuenta con una vía de contacto por cuestiones de inicio del proyecto, dichas herramientas como medios de difusión, los consideramos ahora y en la medida de lo permisible, como parte de un proceso multidimensional, puesto que no

solamente se limita al proceso de comunicación, sino que también intervenir en el mismo sentido, a nivel social y por supuesto, a nivel educativo.

Aunque desde el enfoque psicológico se trabaja a nivel individual, se espera que este proyecto también logre causar un impacto a nivel social e institucional, ya que al modificar la conducta de la persona, por ende y en cierto grado su entorno también se ve transformado; al modificar las conductas patógenas de los alumnos a nivel masivo, se espera que a la par, la propia institución lleve a cabo ciertas modificaciones respecto al papel que juegan dentro de la problemática (espacios de comedor, tipo de alimentación que se promueve y se ofrece, difusión de un mayor número y diversidad de actividades deportivas, promoción y atención directa de la salud en espacios específicos, servicios de salud visibles y accesibles, entre otras) para cumplir las demandas de los mismos y que día con día, un mayor número de alumnos, se vea beneficiado directa o indirectamente. De tal forma que, también es de esperarse un cambio a nivel educativo ya que al tener menos alumnos con estrés y patologías relacionadas con el SM, el desarrollo en la propia institución será más positivo y ascendente, lo que a su vez, hará que su población este más preparada a nivel profesional e individual, para promover y cuidar la salud propia, en primera instancia y paralela y posteriormente, la de sus futuros pacientes, los cuales soliciten o ya estén acudiendo a sus servicios.

A través de la realización de este proyecto de tesis, logramos dar cuenta de que la salud es un punto culminante en el desarrollo del individuo, además de que en forma multidisciplinaria, es posible trabajar con un propósito común que es el cuidado de la salud y el alto rendimiento académico de los futuros cuidadores de la salud. También fue posible observar que es necesario trabajar no sólo a nivel de intervención si no también a nivel preventivo ya que, como se menciona en los apartados de este trabajo, los universitarios se encuentran expuestos a diversos cambios de los cuales quizá, tengan conocimiento de ellos pero no de las consecuencias físicas y psicológicas propiamente, que les pueden conducir, si no aprehenden estilos de afrontamiento adecuados, como lo es el manejo efectivo del estrés.

En la medida de lo posible y si bien el medio educativo y de servicios de salud (externos o internos a la institución educativa), constituyen los espacios idóneos para ese tipo de metodologías, planteamos la propuesta de extender y no limitarse a instituciones educativas específicas, poblaciones exclusivas, cultura, nivel socio-cultural, género,

situación laboral, rango de edad, entre otras, para llevar a cabo proyectos similares al presente; es así como se sugiere que se realicen, muchos mas esfuerzos destinados a hacer posible la capacitación y colaboración de grupo de personas que se encuentran en potente riesgo, pues como se mencionó, dicha problemática con el paso de los años, se va colocando en el problema de salud pública con mayor incidencia y paralelamente, la primera causa de muerte ya no sólo en México, sino a nivel mundial y desde edades cada vez más tempranas.

* Mensajes *

PEPE'S, ORANGE, RED

Promotor de la Salud, dime cómo cuidarás la mía



(Atte. TU PACIENTE)

A que no puedes comer sólo una...



***A QUE NO PADECERÁS SÓLO UNA...**

(Atte. Enfermedades Crónicas)

“Un aplauso para todos los que tienen sueños y poseen el valor para realizarlos...”



Un **APLAUSO para todos aquellos Cuidadores de la Salud, que no cuidan su propia salud y sí la de otros**

Doctor, Psicólogo, Enfermera, Odontólogo,
Optometrista...

*Tu “Incongruencia Profesional” es mi desconfianza
al poner en tus manos “mi salud y mi vida”.*



Con Cariño:

Tu paciente ☹️

¡¡VIERNES DE FIESTA!!

...y de COMIDA RAPIDA, CIGARRO,
ALCOHOL.



*Un porcentaje alto de los universitarios padece
alguna enfermedad crónica ¡sin saberlo!

Fórmula perfecta para eliminar estrés de la semana:

CIGARRO+ALCOHOL= DESESTRÉS



¿Sabes qué es

“MANEJO EFECTIVO DEL ESTRÉS”?

***UNIVERSITARIO MADURO E INDEPENDIENTE
PORQUE YA NADIE CONTROLA TU VIDA?***



*Aunque el cigarro, el alcohol, las drogas y el
viernes social, son el motor de TU VIDA...*

***OJOS QUE NO VEN... CORAZON
GRASO QUE
“SI SIENTE”***



*Un alto porcentaje de los adolescentes
universitarios, presentan alguna enfermedad
crónica*

SIN SABERLO...

- Ejercicio: \$0 en Iztacala (pero es un rollo inscribirte)
- Comida sana: \$300 x semana (pero no me alcanza)
- Médico: \$0 en IMSS (pero ¡que flojera!)
- Relajación: \$0 (pero no tengo tiempo)



Adquirir una enfermedad crónica degenerativa...

“NO TIENE PRECIO”

☞ ***DIETA PARA TUS PACIENTES:***

Vegetales+ Frutas+ Legumbres+ Cereales+ Pastas

☞ ***DIETA PARA TÍ (PROFESIONAL DE LA SALUD):***

-Tacos+ Tortas de tamal+ Hamburguesas+ Gorditas+ Tabaco+ Hot dog's+ Alcohol+ Sándwich especial



¿Cuál es la tuya?

¿QUIERES SER POPULAR EN LA UNIVERSIDAD?

-Clandestino, Orange, Red... Para convivir en la semana y sin falla el VIERNES.

-Pepe's Burguer, Gorditas, Tortas de tamal... Para socializar mientras te alimentas igual que "todos".

-Tabaco, alcohol y una que otra sustancia... Para desestresarte en grupo después de cada clase.



☺ ¡¡FELICITACIONES!! ☺

.....tres años después, también ganas:

¡Una POPULAR Enfermedad Crónica!

¡EHY TÚ! PUMA DE CORAZÓN

*y Cliente consentido del Orange, Red, Clande,
Pepe's...!*

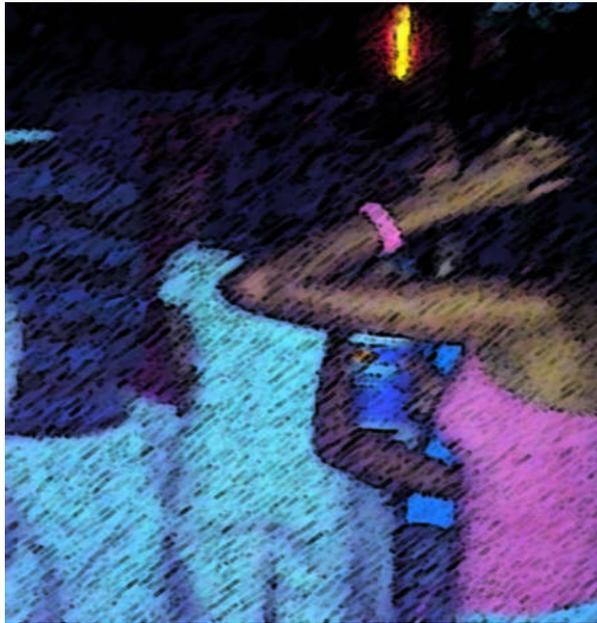
*¿Te preocupas por medir tus niveles de glucosa,
colesterol, presión arterial, hacer un poco de
deporte para quemar **TODAS** esas grasas?*



*Pregúntate tú como cuidador de la salud cuán
importante lo es, para no adquirir alguna
enfermedad crónica.*

Ser Universitario... Es ser ¡Cool!

- **C**onocer a los más populares de la FESI.
- **O**portunidad de socializar en los bares de la zona.
- **O**casionen para festejar con alcohol, tabaco, drogas, ahí donde todos se reúnen.
- **L**ocuras y pasiones cuando es viernes social...



Tres años después, serás Diabético, Hipertenso, Obeso... y nada COOL!!!!

- **G**randes diversiones,
- **M**omentos de fiesta y placer vives en
- **I**ztacala, cada día recolectas
- **S**onrisas y sorpresas con tus
- **A**migos, pero pocas veces
- **R**ecuerdas que también depende de esos momentos tu SALUD
- **A**tiéndete a tiempo, la vida no es un juego...

**¿Que onda con tus niveles de glucosa,
colesterol y presión arterial?**

GMISARA: es la respuesta!

¡¡Pide ayuda e infórmate!!

***PANZA RELLENA, CORAZÓN con
Cardiopatía Isquémica,***

**FACTORES DE RIESGO: Conductas como
sedentarismo, alcohol, tabaco...**



¿TE IDENTIFICAS?

¿Cuál es el colmo de un *Doctor* (Médico, Psicólogo, Optometrista, Odontólogo y Biólogo)?

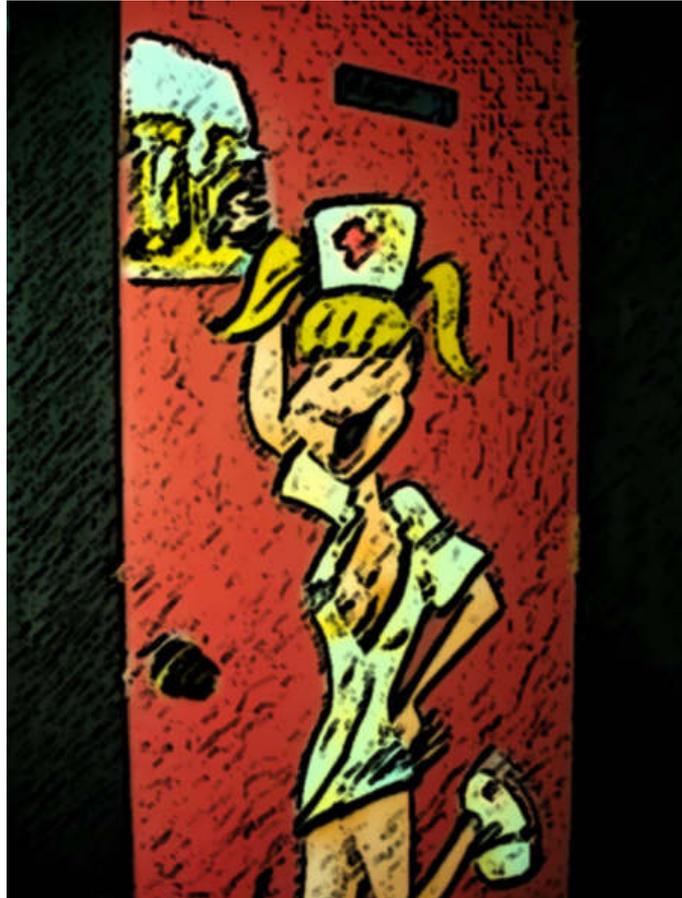
Tener una novia llamada “Dolores”

¿Y el colmo de “*Dolores*”?

Andar con un Cuidador de la Salud con más dolores que ella.



**¿Un vaso de cerveza te ayuda a olvidar
tu tristeza?**



*Mejor, desarrolla un manejo efectivo de
estrés...*

“Gástalo en la cocina y NO
en medicina.”



*Comiendo diario algo balanceado, ahorras
lana y previenes enfermedades Crónico-
degenerativas.*

*“La realidad se ve diferente con una
cerveza en la mano.”*



**¡NO TE PREOCUPES! *OCUPATE* desarrollando
*un manejo efectivo del estrés***

En caso de ESTRÉS:



***¡Golpea
aquí!***

PERO NO COMAS EN EXCESO

**¡¡ COSTARÁ MENOS QUE UNA
ENFERMEDAD CRÓNICA!!**

Bibliografía.

- Alarcón, F. L. (2004). *Psicología de la Salud. Psicología Científica*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia.
- Al Nakeeb, Z. A., Fernández J. O., Malagón C. F. y Molina G. B. (2002). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. Ponencia presentada en el XV Congreso de Estudiantes de Medicina Preventiva y Salud Pública y Microbiología: Hábitos saludables en el S. XXI. Disponible en: <http://www.uam.es/departamentos/medicina/preventiva/especifica/congresos-29.html> (recuperado el 30-10-09).
- Álvarez, G. M. (2005). *Principios de neurociencias para psicólogos*. Argentina: Lanús.
- Amigo, I. V. y Fernández, C. R. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Astudillo, C., Avendaño C. B. y Franco, A. M., (2001). Efectos biopsicosociales del estrés en estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana de Santiago de Cali. Disponible en: <http://correo.puj.edu.co/proyectosintesis/HIPERVINCULOS/AFECTIVIDAD/AF00203a.htm> (recuperado el 31-10-09).
- Balkau B, Charles M.(1999). Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR). *Diabet Med.* (16).442-3.
- Ballester, R. (1998). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Valencia: Promolibro.
- Barraza, A. (2008). El Estudio de la red de apoyo social en alumnos de educación media superior. *Psicologiacientífica.com*. En línea <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-332-el-estudio-de-la-red-de-apoyo-social-en-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>. (22de enero de 2009).
- Barraza M. A. (2003). *El estrés académico en los alumnos de postgrado de la Universidad Pedagógica de Durango, Guadalajara*. Memoria electrónica del VII Congreso Nacional de Investigación Educativa.
- Barraza M. A. (2005). *El estrés académico de los alumnos de Educación Media Superior, Hermosillo*. Memoria electrónica del VIII Congreso Nacional de Investigación Educativa.

- Borthwick, D. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. In: Rowitz, editor. *Mental retardation in the year 2000*. Berlin, Springer-Verlag.
- Brannon, L y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Paraninfo, Madrid.
- Buela, V. (1997). Los modelos teóricos científicos y la realidad. En línea: http://www.unimar.edu.ve/gonzalezalexis/tesis_web/m3modelos.html (revisado el 20 de febrero 2009).
- Buendía, J. (1999). *Estrés y Psicopatología*. España: Pirámide.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). *Revista sonorensis de Psicología*. Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. 14 (1 y 2). Pàg. 3-15.
- Casero M. A. (1998). *Exámenes: ¡Qué estrés!* Red de Bases de Datos de Información Educativa (REDINED) del Ministerio de Educación y Ciencia de España.
- Castillo, R. G. (2008). Entorno medico. (revisado 6/julio/2008). (<http://www.entornomedico.org/salud/saludyenfermedades/sindromemetabolico.html>).
- Castro, R. (2008). *Revista Médica Hondureña Medicina Psicosomática* www.bvs.hn/RMH75/pdf/1945/pdf/A15-3-1945-2.pdf (revisado 29 agosto de 2008).
- Celis, J., Bustamante, M., Cabrera, D., Cabrera, M., Alarcón, W. y Monge, E. (2001). Ansiedad y estrés académico en estudiantes de medicina humana de primer y sexto año. *Revista Anales de la Facultad de Medicina*, Vol. 62, No. 1, pp. 25-30.
- Correché, M. S. y Labiano, L. M. (2003). Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo de estudiantes con síntomas de estrés. *Revista Fundamentos en Humanidades*, Año IV, No. I/II, pp. 129-147.
- Chico, L. E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Revista Psicothema* Vol. 14, No. 3, pp. 544-550.
- Chobaniam, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L..A, Izzo, J.L., Jones, D.W., Materson, B.J., Oparil, S., Wright, J.T., Roccella, E.J. and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. (2003). The Seventh

- Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA. (289). 2560-2572.
- Colomer, R. C. y Álvarez-Dardet, D. C. (2001). Promoción de salud y cambio social. Barcelona. Masson.
- Costa. M. y López, E. (1986). Salud. Barcelona: Martínez Roca.
- De la Cruz, C. E., Fuentes, M. E. y Tapias, M. A., (2005). Características del estrés académico de los alumnos de la escuela de medicina de la Universidad Xochicalco, campus Tijuana. Ponencia presentada en el Foro de Investigación, Campus Tijuana de la Universidad Autónoma de Baja California.
- Del Álamo, A., González, A. y González, R. (2006). Obesidad. Guías Clínicas. Vol 6. No. 4 Pp. 1-5
- Delgado, M. Hatim, A. y Flores, E. (1999) Fisiopatología de la Hipertensión arterial. En línea www.sld.cu/libros/hiperten/indice.html (revisado 2 de febrero de 2009).
- De Miguel Negro, A. y Hernández Z. L. (2006). Afrontamiento y personalidad en estudiantes universitarios. Disponible en: <http://webpages.ull.es/users/admiguel/mejico.pdf>. (revisado 28 de Octubre de 2009).
- Dennis, R., Williams, W., Giangreco, M., y Clininger, C. H. (1994). Calidad de vida como contexto para la planificación y evaluación de servicios para personas con discapacidad (155) Pág. 5-18.
- Figueroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levin, M. y Estévez, S. A., (2002). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Revista Anales de Psicología*, Vol. 21, No. 1, pp. 66-72.
- Fineberg H. (1988) Education to prevent AIDS: prospects and obstacles.
- Fitzgerald, M., Hoey, H., McGee, H., (2006). Parent a health professional perspectives and management of adolescents with diabetes: development of assessment instrument for international studies. *Qual life Res.* 15. Pág. 1033-42.

http://63.74.113.134/04_periodistas/Boletines/2008_Oct_Enfermedades_CronicoDegenerativas.pdf.

Florenza, A. (2005). Evaluación de los procesos de cambios propuestos por el modelo transteorico, en estudiantes de secundaria y universidad consumidores de alcohol. Acta Colombiana de Psicología.

Flórez, A. L. (2004). Psicología de la Salud. Universidad nacional de Colombia. Bogotá-Colombia. En línea: <http://psicologiacientifica.com/bv/imprimir-141-psicologia-de-la-salud.html> (revisado el 20 junio del 2009).

García, G y Lugo, J. (2008) Enfermedades Crónico-Degenerativas: Posible retrasar y evitar su aparición. Consulting & Marketing.

García V. Y. (2001). *Estrés en el estudiante de odontología*. Ponencia presentada en el Primer Foro de Experiencias PAEA. Disponible en: <http://www.iztacala.unam.mx/temas/foropaea/29RCD07Ia.htm> (revisado 29 de octubre 2009).

García de la Banda, G., Martínez A. A., Riesco, M. y Pérez, G. (2004). La respuesta de cortisol ante un examen y su relación con otros acontecimientos estresantes y con algunas características de personalidad. *Revista Psicothema*, Vol. 16, No. 2, pp.294-298.

Glanz, K., Rimer, B., Lewis, M. (2003). Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Francisco. Jossey-Bass

González, C. L. (1993). Salud Pública. Vol. 35(4):393-402.

González B. R., Montoya C. I., Casullo, M. y Bernebéu V. J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista Psicothema*, Vol. 14, No. 2, pp. 363-368.

Guyton, M. D. y Hall, Ph. D. (2001). Tratado de fisiología Médica. Mexico. McGraw Hill.

Hayward, A. y Stott, C. (1998). *Student stress in an FE College: An empirical study*.

Hernandez- Jimenez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. Gaceta Medica de México.Vol 140 No. 2. Pp.S 27- S 32.

- Hochbaum G, Sorenson JR, Lorig K. (1992) Theory in health education practice. Health Education.
- Huaquín M. V. y Loaíza H. R. (2004). Exigencias académicas y estrés en las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile. En: *Revista Estudios Pedagógicos*, No. 30, pp. 39-59.
- Imízcoz (2009). La hipertensión arterial como factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales* Vol 21. Suplemento 1. En línea <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple3a.html> (revisado 2 de febrero de 2009).
- Kotler, P. y Roberto, E. L. (1989). *Mercadeo social. Estrategias para el cambio de comportamiento público*. Nueva York: The free Press.
- Landa, D. P. (1992). *Revista de psicología y ciencia social*. 3 (2).
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. México. Martínez Roca.
- León, R. J., Medina, A. S., Barriga, J. S., Ballesteros, R. A. y Herrera, S. I. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. España: UOC.
- Londoño, P. C., Valencia, L. S., Vinaccia, A. S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Revista Psicología y Salud*. México 16 (002). Pp. 199-205. (revisado 22 de marzo 2009) <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29116209.pdf>
- Lopategui, C. E. (2000). *Enfermedades crónicas*. Universidad interamericana de PR. www.saludmed.com/Salud/ECronica/ECronica.html (Revisado 12 agosto de 2009)
- Luengo, E., Ordoñez, B. y Bergua, C. (2005). Síndrome Metabólico: Retos y esperanzas. *Obesidad, dislipemia*. *Revista Esp. Cardiol Suplemento Numero 5* pp. 21D-29D
- Macroeconomía. (2005). *Enfermedades crónicas merman la calidad de vida*. *Revista macroeconomía*. (16). (revisado 23 de febrero 2009). http://www.macroeconomia.com.mx/articulos.php?id_sec=45&id_art=1078&id_ejemplar=66

- Magaz L. A., García P. E. y Del Valle Sandín, M. (1998). Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. *Revista Papeles del Psicólogo*, No. 71.
- Mancipe, M. P., Pineda, M. F., Jagua G. A., Páez, O. G., Ospina, J. A. y Cárdenas, R. (2005). Estrés y academia en medicina.
- Martínez, C. A., Reyes, G., García, L. A. y González, -J. M. (2006). Optimismo/Pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*. Vol.18 N. 1 pp. 66-72.
- Marty, M., Lavin G., M. y Figueroa M., M. (2005). Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. En: *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, Vol.43, No.1, pp.25-32.
- Maslow, A. (1954). *Motivación y Personalidad*. Ed. Harper and Brothers, Nueva York. 1954.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavior immunogens and pathogens in health and illness. En Hammonds, L. B., Scheirer, C. D.: *Psychology and health The masters lecture series* (vol. 3). Washintong, DC: American Psychological Association.
- Monobe, A. J. (s/a). *Enfermedades mentales al descubierto, diagnóstico por Neurotransmisores*. Academia Mexicana de antienvjecimiento Capítulo Noroeste. Ensenada, B. C. Centro médico de salud Natural.
- Monreal, A. L. et. al (2004). Prevalencia de tabaquismo en adolescentes de un colegio de bachilleres. *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.* 17 (1). En línea: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-75852004000100004&lng=es&nrm=iso. (Revisado el 10 enero 2009).
- Navarro, M. M., y Romero, V. D. (2001). *Acercamiento al estrés en una muestra de estudiantes de medicina*. Ponencia presentada en la II Jornada Científica Estudiantil Virtual de Ciencias Médicas.
- Nevarez, S. (2006). *Enfermedades Crónico-Degenerativas*. *Revista de Salud Pública y Nutrición*. Edicion especial. No 11

- Nieto, J., Abad, M., Esteban, M. y Tejerina, M. (2004) *Psicología para ciencias de la salud*. España: McGraw Hill.
- Núñez, P. A. (2001). *Análisis de la vulnerabilidad y resistencia a la ansiedad y estrés ante los exámenes entre universitarios: un modelo causal (SEM)*. En: Catálogo de Tesis Doctorales de la Universidad Pontificia Comillas.
- Oblitas, L. (1995). *Psicología Contemporánea. Antecedentes y desarrollo de la Psicología de la salud* (2)1.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Learning.
- Oldenburg, B. & Ffrench, M. (1997) Prevention of disease and promotion of global Health: Integration of clinical and public health approaches. *The Irish Journal of Psychology*, 18-1, 36-50
- Olivares. R. J. y Méndez, C. F. (1998). *Técnicas de Modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- O 'Shea C. G. (2009). ISEM. Un problema de salud pública: las enfermedades crónicas y degenerativas. En línea: <http://salud.edomexico.gob.mx/html/bol15009.html> (Revisado el 5 febrero 2009).
- Osorio, M. (2006). *Psicología de la salud infantil*. Bogotá: PSICOM.
- Pastor, Y. (1999). Un estudio de la influencia del autoconcepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia.
- Philip, K. E. (1991). *Marketing Social*. Díaz de Santos.
- Piña, J. y Rivera, B. (2006). *Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué*. *Univ. Psychol.* 5 (3). p.669-680. Web: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300019&lng=pt&nrm=iso. (Revisado 20 Octubre 2008).

- Polo, A., Hernández, J. M. y Pozo, C. (1996). Evaluación del Estrés Académico en Estudiantes Universitarios. *Revista Ansiedad y Estrés, Vol. 2, No.2/3*, pp.159-172.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1992). Stages of change in the modification of problema behaviors. En Hersen, M., Eisler, R. M., y Miller, P. M. *Progress in behavior modification*. NewBury Park, California Sage.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*.
- Quijano, N. M. (2000). *Revista de la Facultad de Medicina. Historia de la Enfermedad. UNAM*. 43 (2).
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2000). *Revista de psicología y ciencia social*. 4 (1)
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. México: Manual Moderno un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes E., Fernández, C., Talento, M. y Rueda, M. (1980). *Ejercicio, enseñanza e investigación en Psicología*. México: Trillas.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. España: Martínez Roca. El ámbito psicológico de la salud.
- Rodríguez J. (1995) *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis; 1995.
- Rodríguez, M. y García, J. A. (1995). *Estilo de vida y salud*. En: Latorre, JM, editor. *Ciencias psicosociales aplicadas II*. Madrid.
- Rodríguez, J y Zurriaga, R (1997). *Estrés, Enfermedad y hospitalización*. España: EASP (Escuela Andaluza de Salud Publica).
- Rodríguez, M.L. (2002). *Análisis contingencial*. Universidad Nacional Autónoma de México- Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Roskies, E.(1988). *Stress mangement for the type A subjects*. New York, Pergamon Press.

- Roth E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Rovira, F. T. (2002). Efecte diferencial de l'optimisme de la competencia personal en un procés d'estrés. *Catálogo de Tesis de la Universidad Autónoma de Barcelona*.
- Sandi, C. (2001). Estrés, Memoria y trastornos asociados. Implicaciones en el daño cerebral y envejecimiento. España: Ariel.
- Sanjuán, P., Pérez A. y Bermúdez, J. Moreno.(2000) Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para la población española. *Psicorhema*. Vol. 12. No. 2. P.509-513.
- Sepúlveda, J. (2000). Encuesta Nacional de Salud. La salud de los Adultos (ENSA). Instituto Nacional de Salud Pública. En línea: http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf (revisado el 15 marzo 2009).
- SINAIS. Diez principales causas de hombres y mujeres por grupos de edad. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad>.
- Smith, L. y Sinclair, K. E. (1998). *Stress and learning in the Higher School Certificate*.
- Weiten, W. (2006). *Psicología: temas y variaciones*. Mexico: Thomson.
- Wilson, V. A. (2000). *Stress and stress relief in the educational research classroom*.
- Zimmet P., Alberti K., y Ríos M. S. (2005). Una nueva definición mundial del síndrome metabólico propuesta por la Federación Internacional de Diabetes: fundamento y resultados. *Rev Esp Cardiol*. (58). 1371-76.
- Zupiria G. X., Uranga I. M., Alberdi E. M. y Barandiaran L. M. (2002). KEZKAK: Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínica. En: *Gaceta Sanitaria*, Vol. 17, No. 1, pp. 37-51.