



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA



### LA RELEVANCIA DEL APOYO SOCIAL EN LOS HÁBITOS NEGATIVOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO- DEGENERATIVA.

UN ACERCAMIENTO DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Tesis Empírica que para obtener el título de Licenciado en Psicología

Presentan

Susana Lara Aguilar

Edna Victoria Pérez Sánchez

Directora: Mtra. Esther María Marisela Ramírez Guerrero

Asesores: Mtro. Enrique Bernabé Cortés Vázquez

Lic. Juana Olvera Méndez





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## Agradecimientos.

Este trabajo (resultado de 24 años de licuado de plátano con huevo) va dedicado a todos aquellos que día a día lucharon para poder ir a una fiesta de graduación; a los que se desvelaron conmigo; a los que me peinaron y me enseñaron la importancia de la puntualidad; a los que no dejaron de creer; a los que pese a la distancia no dejaron de estar; a los que viviendo bajo el mismo techo no cayeron en la costumbre; a los que llegaron a presentar nuevas perspectivas; a los que borraron los límites de mi camino; a los que nunca perdieron la fe cuando yo perdía la cabeza; a los que, sin saberlo y con una sola sonrisa, motivaron mis días para seguir siendo "como quisieras ser de grande".

En fin, va dedicado a la familia, la amistad, al amor, la sociedad y al futuro. Para todos aquellos que me permitieron crecer:

*Inmensamente Gracias!*

Edna Victoria

*En mis 24 años de vida, afortunadamente, he estado rodeada de personas que me han brindado su apoyo, comprensión, ayuda, su compañía o todo lo anterior junto y algunas otras cosas que seguramente se me escapan.*

*También he estado en diferentes lugares que han permitido que me desarrolle en múltiples contextos de los que formo y he formado parte. Es gracias a esas personas y a esos lugares, además de mi aporte personal, que ahora es posible poner estas palabras aquí. Porque después de más de media vida en las escuelas, se cumple un objetivo muy importante.*

*Así que para mis padres Juventino y Eva, mis hermanas Cristina y Alma Rosa, mis abuelos, mis tíos y tías, mis primos y uno que otro vecino y conocido. Para mis compañeros de las escuelas en las que he estado y para los maestros que participaron en el proceso, en especial a Juanita Olvera. Para los amigos. Para Vicky muy muy especialmente por ser mi compañera de tesis y una excelente compañera de vida y colega ;). Para Lalo. Por supuesto, para la UNAM entera. Para todos ustedes, mis infinitas gracias, es un honor formar parte de sus vidas y que formen parte de la mía.*

Susy.

# ÍNDICE

<b>Resumen</b>	6
<b>Introducción</b>	7
<b>Capítulo 1. Psicología de la salud</b>	11
1.1 Definición de Salud	11
1.2 Antecedentes históricos de la psicología de la salud	13
1.3 Definición de psicología de la salud	18
1.4 Países que han contribuido al desarrollo de la psicología de la salud	21
1.5 Papel del psicólogo de la salud	22
1.6 Áreas de intervención	25
1.6.1 Prevención	27
1.7 Aportaciones al sistema de salud en México	28
1.8 La psicología de la salud y su relación con otras disciplinas	30
<b>Capítulo 2. Apoyo social</b>	32
2.1 Antecedentes	32
2.2 Definición de Apoyo Social	33
2.3 Características y funciones del apoyo social	38

2.4 Instrumentos para medir el apoyo social	39
2.5 Apoyo social y salud	42
<b>Capítulo 3. Hábitos negativos de salud</b>	<b>46</b>
3.1 Definición de hábitos de salud	47
3.2 Definición de hábitos negativos de salud	53
3.3. Hábitos negativos recurrentes	55
3.3.1 Tabaquismo	55
3.3.2 Dieta no adecuada	56
3.3.3 Vida sedentaria	58
3.4 Apoyo social y hábitos negativos	59
<b>Capítulo 4. Enfermedad Crónico-degenerativa</b>	<b>61</b>
4.1 Definición de enfermedad crónico-degenerativa	62
4.2 Características de las enfermedades crónico-degenerativas	63
4.3 Tipos de enfermedades crónico-degenerativas	66
4.3.1 Enfermedades cardiovasculares	67
4.3.2 Cáncer	69
4.3.3 Diabetes	73
4.3.4 Enfermedades pulmonares	75
4.3.5 Sobrepeso y obesidad	76

4.4 Apoyo social y enfermedad crónico-degenerativa	79
<b>Capítulo 5. Método</b>	<b>83</b>
5.1 Objetivo general	83
5.2 Objetivos específicos	83
5.3 Método	83
5.4 Hipótesis	84
5.5 Metodología	84
5.6 Procedimiento	88
<b>Capítulo 6. Resultados</b>	<b>90</b>
<b>Capítulo 7. Conclusiones</b>	<b>122</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>126</b>
<b>Anexos</b>	<b>134</b>

## RESUMEN

Se realizó un estudio no experimental, descriptivo y explicativo para analizar la relación existente entre el apoyo social con los hábitos negativos presentes en pacientes con enfermedad crónica que habitan la Zona Metropolitana. Se trabajó con una muestra de 985 participantes entre 17 y 77 años de edad; para tal efecto se analizaron 4 tipos de apoyo social: emocional, informativo, tangible y negativo, junto con hábitos negativos de salud: fumar, uso de drogas, tomar alcohol y café. Después de realizar un análisis estadístico se concluyó que el apoyo social, de los tres primeros tipos estudiados, no presentan ninguna relación significativa ni para la eliminación de hábitos negativos para su incremento. Sin embargo el apoyo social negativo si presenta una influencia significativa en el aumento de dichos hábitos. Se propone en el estudio qué componentes hacen falta para que el apoyo social positivo sea suficiente y que el apoyo social negativo no tenga tanta fuerza en el paciente.

**Palabras clave:** apoyo social, enfermedad crónico-degenerativa, hábitos negativos, psicología de la salud.

# INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, los seres humanos han dedicado gran parte de sus esfuerzos a formular interrogantes para poder explicar lo que les rodea. El paso siguiente es la resolución de algunas de esas interrogantes.

Un tema que se ha ido transformando y desarrollando a través de los años es el concepto de salud.

Lejos en la historia, en las culturas antiguas, se tenía un concepto de salud que tiene que ver con múltiples factores, como la dupla mente-cuerpo en el caso de la antigua Grecia, o el equilibrio de energías en el caso de la cultura china. Más adelante, durante la edad media, se creía que las enfermedades eran una consecuencia de cometer pecados o de haber faltado a las leyes divinas. Superada esta etapa, se regresó a la idea de las enfermedades en términos naturistas, apoyada con el desarrollo científico y las investigaciones, lo cual desembocó en el modelo biomédico, el cual sigue vigente. Sin embargo, los últimos estilos de cómo ver la salud y la enfermedad coinciden en que es un asunto multicausal que se debe atender globalmente.

Las enfermedades en sí también han cambiado a lo largo de la historia. El cambio más importante es el que se dio de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico-degenerativas, las cuales representan un gran reto en cuestión de salud pública en nuestro país y en gran parte de los países desarrollados y en desarrollo. Este cambio se explica, en gran parte por el mejoramiento en los servicios de salud y por los estilos de vida de las personas.

Un ejemplo lo encontramos en una nota de 2007 del periódico El Universal, en la que el jefe de la División Epidemiológica de la Unidad de Salud Pública del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), indicó que en 1976 prevalecían las causas de mortalidad por problemas como diarreas, neumonías e infecciones respiratorias agudas. En cambio, en los últimos 10 años, las enfermedades predominantes como causa de muerte son las enfermedades degenerativas.



Como ya se ha dicho, el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas es un gran reto para la sociedad en general, ya que trae consigo múltiples inconvenientes a la salud individual, comunitaria, al sistema de salud, en la economía y en las relaciones del enfermo con su entorno, por precisar algunas.

Una cuestión determinante de la salud, son los hábitos que cada persona tenga para conservarla o adquirirla. Podemos tener hábitos positivos o hábitos negativos de salud. Para mantener la salud, se recomiendan desde luego, los hábitos positivos de salud, como tener una dieta adecuada, realizar ejercicio físico regularmente, evitar accidentes, evitar el consumo de drogas, alcohol y tabaco, practicar sexo seguro, entre otras. Sin embargo, nuestra realidad actual es que muchas de las personas no lo realizan o, en peor caso, hacen lo contrario (hábitos negativos de salud). Como resultado tenemos que, por ejemplo en el las estadísticas de sector salud y seguridad social del INEGI (2003), en el año 2002, las principales causas de muerte de la población en general, a nivel nacional, fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes mellitus. Estas tres causas de defunción se mantienen hasta el año 2007, año en el que el periódico El universal, reporta que estas son las tres primeras causas de muerte en nuestro país, de acuerdo con datos del IMSS. Además, muchas de estas enfermedades están asociadas con la obesidad.

Además del riesgo de muerte que se tiene al vivir con una enfermedad crónico-degenerativa, el día a día se torna complicado a medida que la enfermedad progresa. Es en estas circunstancias cuando las personas que viven de esta manera requieren de algún tipo de apoyo de las personas a su alrededor, ya sean familiares, amigos o profesionales.

El nombre que se ha otorgado para esta ayuda se conoce como apoyo social. El apoyo social se puede entender como el grado en que las necesidades sociales de las personas son satisfechas a través de la interacción con otras. En las investigaciones acerca del apoyo social, se ha encontrado que es un aspecto importante si de personas enfermas hablamos, pues a mayor apoyo social, el camino de la enfermedad se hace más llevadero.

Considerando todo lo anterior, el estudio de la posible relación entre el apoyo social y los malos hábitos de salud en pacientes que viven con una enfermedad crónico-degenerativas es de vital importancia, para de esta manera contribuir con la prevención, que es una labor primordial de la psicología de la salud.

Hablando de ella, la psicología de la salud, es un área de trabajo de la psicología que se encuentra en pleno desarrollo en nuestro país, tanto teórica como experimental y profesionalmente. Los objetivos primordiales de la psicología de la salud, son la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Las principales funciones de los psicólogos de la salud son, entre otras: la identificación de situaciones de riesgo, desarrollar programas para promover conductas saludable, investigaciones, trabajar conjuntamente con otros profesionales de la salud, y orientación de familiares.

Aunque tiene ya más de tres décadas de instituida formalmente por la American Psychological Association (APA), es decir en el año 1978, aun falta gran camino por recorrer en esta disciplina.

Con estos antecedentes se ha estructurado este trabajo de la siguiente manera:

En el **capítulo I**, se aborda la psicología de la salud, no sin antes hablar de la construcción del concepto de salud y enfermedad. Posteriormente, se habla de los antecedentes de la psicología de la salud, su definición, contribuciones a su desarrollo, el papel del psicólogo de la salud y las áreas en las que interviene, las aportaciones de la psicología de la salud al sistema sanitario en México y su relación con otras disciplinas.

El **capítulo II**, se abordan aspectos del apoyo social como sus antecedentes, definición, las características y funciones del apoyo social, de los instrumentos para medirlo y su relación con la salud.

El **capítulo III** es acerca de los hábitos negativos de salud, y dentro de ello, se explora la definición de los hábitos de salud, la definición de los hábitos negativos de salud, cuales son los hábitos negativos recurrentes y la relación de los hábitos negativos de salud.

Finalmente, en cuanto a teoría, el **capítulo IV** trata de las enfermedades crónico-degenerativas, incluyendo la definición, las características, las enfermedades crónico-degenerativas recurrentes y la relación del apoyo social y estas enfermedades.

El **capítulo V** nos relata el método utilizado en esta investigación. El **capítulo VI** tenemos los resultados de la investigación, y en el **capítulo VII**, encontramos las conclusiones.

# CAPÍTULO I

## PSICOLOGÍA DE LA SALUD

El ser humano siempre está en búsqueda del bienestar, la tranquilidad, la comodidad y la felicidad, conceptos muy difíciles de explicar. En primer lugar, se realizará una breve descripción de un concepto muy utilizado, pero con poco consenso acerca de su significado y lo que puede o no abarcar: salud.

### 1.1 Definición de salud.

Tratar de abarcar en una definición todo lo que significa salud sería demasiado ambicioso, así como falso, ya que este término no tiene un origen específico, y ha cambiado su significado con el paso de los años.

Antiguamente se creía que la salud era el simple hecho de no estar enfermo, pero eso no explicaba qué sí es salud. Así que después de mucho tiempo de vivir con esta definición simple, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia (Oblitas, 2004).

En el mismo documento se estableció que la salud es un derecho inalienable de todo individuo, independientemente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural.

Este concepto se puede parafrasear y articular con las diferentes acepciones de salud que se desprenden de la Real Academia: “Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, “Condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”, etcétera, (Oblitas, 2004, pag. 3).

De acuerdo con Stone, en Cataluña, en el décimo Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana, en 1976, se discutió la definición de salud y se

aprobó que: “La salud es aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa” (Oblitas 2004, pag. 5). Esta fue la primera ocasión en que ya no se incluyó el término enfermedad dentro de la definición de salud.

Es así como en las últimas décadas del siglo pasado, ha habido un giro en el modelo de salud.

Ahora, se considera a la salud como algo que hay que desarrollar y no solo como algo que tenemos que conservar y, aunque la mayoría de las personas se refieren a la salud solo a los aspectos físicos, hoy en día también debemos considerar sus aspectos sociales, económicos y culturales (Oblitas, 2008).

Otras definiciones de la salud son las siguientes:

Es el bienestar físico, psicológico y social. No es la ausencia de alteraciones, sino un concepto positivo que implica diferentes grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (Oblitas, 2004).

La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio (Dubos, 1975 en Oblitas, 2004).

Así pues, como ya se ha visto, son varios los factores a tomar en cuenta cuando decimos que alguien es una persona sana: bienestar físico, mental y social. Para estudiar estos diferentes factores y su interacción, así como los agentes que pudieran tener alguna influencia sobre ellos, nos podemos ayudar sin duda, de la psicología de la salud.

La siguiente parte de este capítulo se ocupa precisamente de esta rama de la psicología, abarcando antecedentes, definición y también áreas de aplicación.

## **1.2. Antecedentes históricos de la Psicología de la Salud.**

No parece equivocado pensar que todo lo que conocemos tuvo que haber pasado por un proceso, tal vez largo y complicado, para ser lo que son en la actualidad. Conocer este proceso nos permite tener un mejor entendimiento del asunto en cuestión, de ahí la importancia de este conocimiento.

Así pues, este apartado se dedica a inspeccionar los antecedentes históricos de la psicología de la salud.

Un concepto que está muy relacionado, y que ha actuado de cierta manera como antecedente para la psicología de la salud es lo relacionado con las enfermedades psicosomáticas, basado en la concepción mente-cuerpo (Oblitas, 2004).

La dupla mente-cuerpo, tiene una importancia fundamental al hablar de enfermedades psicosomáticas, llamados también trastornos psicosomáticos o trastornos somatomorfos. No es aventurado pensar, entonces, que las concepciones de esta relación han cambiado a lo largo de la historia (Oblitas, 2004).

Los griegos antiguos creían que ambos elementos (mente y cuerpo) eran una totalidad y que se condicionaban mutuamente. Platón, por ejemplo, decía que así como no se debía intentar curar los ojos sin cabeza o la cabeza sin el cuerpo, no se podía curar el cuerpo sin el alma (Oblitas, 2004).

Por otro lado, Hipócrates, (400-300 a. C.), creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio relacionado con el respeto a las leyes naturales y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo, y que el equilibrio de los cuatro humores era fundamental para mantener la salud (Oblitas, 2004).

Otra aportación de los griegos es que ellos afirmaron que las emociones no solo pueden alterar el funcionamiento del cuerpo, sino provocar enfermedades. Los chinos también concebían, y aún lo hacen, la enfermedad como ruptura de fuerzas naturales, como un desequilibrio de energías (Oblitas, 2004).

Ya en la edad media, nos encontramos con un enfoque espiritualista. La enfermedad se creía resultado del pecado, de la violación de la ley divina, y si la curación se daba, se consideraba como obra de la fe y arrepentimiento del pecado (Oblitas, 2004).

Más adelante, durante el renacimiento, se retornó a la idea de la enfermedad en términos naturistas. Se produjo un desarrollo importante de prácticas y estudios científicos. Fue en esa época cuando surgió la base del modelo biomédico, el cual se impondría durante unos 300 años (Oblitas, 2004).

Hay dos ideas básicas que sustentan a este modelo, el biomédico:

- Respecto a la dimensión mente-cuerpo, cada una de estas constituye una dimensión separada y diferente.
- El reduccionismo, que sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo que factores emocionales son considerados ajenos a él.

A principios del siglo XIX, en la medida en que la medicina incrementó su nivel de tecnificación, también se produjo un proceso de despersonalización, es decir de distanciamiento entre el médico y el paciente. El contacto corporal directo entre ambas partes de la relación se redujo y fue reemplazado por una tecnología cada vez más compleja, fortaleciéndose la idea de que el paciente solo era un objeto de estudio que quedaba reducido a un conjunto de datos (Oblitas, 2004).

De acuerdo con Oblitas (2004), Freud, en 1959, elaboró la primera formulación teórica sobre las alteraciones psicósomáticas. La teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga, es decir en forma de algún problema físico.

En los treinta, la medicina psicósomática resurgió, en parte por el desarrollo de psicoanálisis y en parte por el surgimiento de conceptos holísticos como el de Meyer, que proponía que el ser humano debía ser estudiado en su totalidad tanto

en la salud como en la enfermedad, mediante la integración de cuerpo y mente (Oblitas, 2004).

Por otro lado, Claude Bernard sostiene, en su teoría del medio interior del cuerpo, que éste siempre tiende a mantener el equilibrio, cuya perturbación trae aparejada la enfermedad y la muerte. Este investigador reafirma la idea de la importancia de los factores psicológicos en las alteraciones físicas (Oblitas, 2004).

Ahora bien, ¿Qué otros antecedentes de la psicología de la salud se puede encontrar en la literatura?

Atendiendo a Luzoro (1992), un desarrollo, probablemente más próximo, es el enfoque de la fisiología experimental sobre las relaciones entre emociones y funcionamiento global del organismo.

Además, Ribes, en 1979, describe como antecedente fundamental de esta nueva área disciplinaria, la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y sus aplicaciones (en Luzoro, 1992).

Ahondando en ello, Shapiro (en Luzoro, 1992), afirma que el término medicina comportamental lo introdujo por primera vez un psiquiatra llamado Lee Birk.

Podemos decir entonces que la psicología de la salud surge a partir de una perspectiva sistémica e integrativa con psicólogos que provienen de diferentes áreas de la disciplina.

También se logra ilustrar la aseveración anterior, con el siguiente cuadro tomado de Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996). En la figura, se observa la relación entre la psicología clínica, la medicina conductual y la psicología de la salud.



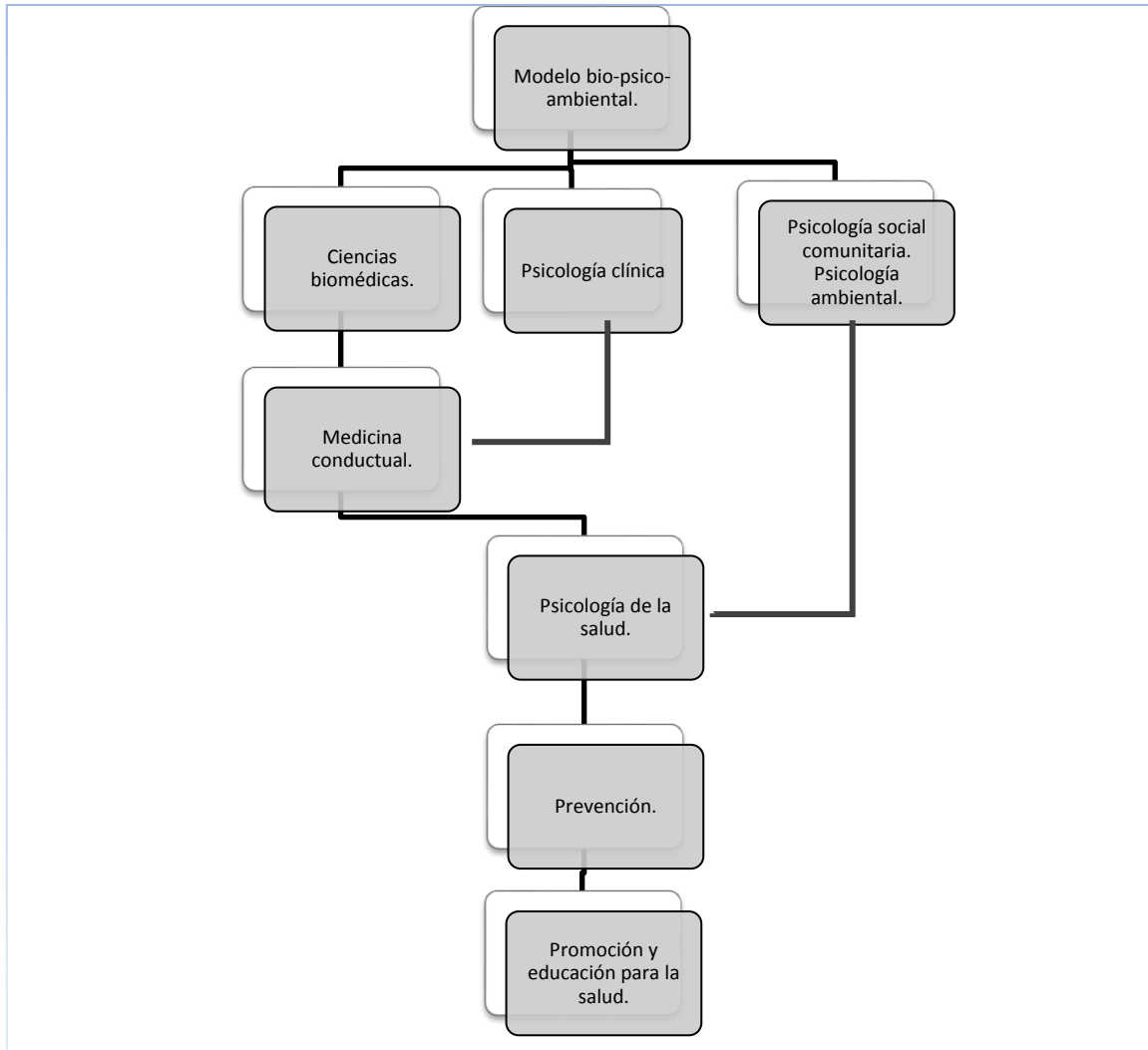


Fig. 1.1. Muestra la relación entre la psicología clínica, la medicina conductual y la psicología de la salud.

Sin embargo Piña (2003), opina que no se debe tratar de conjuntar a la psicología clínica con la psicología de la salud, ya que, además de las diferencias en sus marcos teóricos, objetivos perseguidos y las estrategias de investigación que utilizan, difieren en que la psicología clínica tiene un enfoque clínico-patológico, lo cual refiere a que la intervención está orientada a eliminar del repertorio del individuo aquellos comportamientos que lo llevan a manifestar una determinada sintomatología (Ribes 1982, en Piña 2003). La psicología de la salud, en cambio, tiene como objetivo la prevención de las enfermedades y la promoción

de la salud. En otras palabras, la psicología de la salud busca dotar a las personas de recursos que le permitan mantener su estado de salud el mayor tiempo posible.

Así, como resultado de la historia anterior, en 1978, la Asociación Psicológica Americana (APA), crea la división de psicología de la salud. Al año siguiente de su creación se publicó el primer manual llamado *Health Psychology: a Handbook* (Oblitas, 2004).

De acuerdo con el mismo autor, en 1982 aparece el primer número de la revista *Health Psychology*, órgano oficial de la citada división de psicología de la salud. Una revisión de los números publicados en los años 2002 y 2003, muestra un cuestionamiento básico del modelo tradicional de abordaje de la enfermedad, proponiendo como alternativa la atención en los tres aspectos señalados a continuación:

- Los hábitos y estilos de vida que afectan negativamente a la salud, tales como el consumo de tabaco.
- Los efectos fisiológicos que son consecuencia directa de estimulaciones psicosociales, tales como las situaciones productoras de estrés.
- El cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En este sentido señalan, por ejemplo, que sólo una cuarta parte de los pacientes que ha seguido con éxito un tratamiento adelgazante o de abandono del tabaco o el alcohol, se mantienen sin recaídas al cabo de un año

De acuerdo con Oblitas (2008), existen varios factores que contribuyeron a que los psicólogos se interesaran por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el modelo tradicional (biomédico), entre ellos:

- El cambio de prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas.
- El costo elevado de los cuidados de salud.
- Un mayor énfasis en la calidad de vida.

Ya se vio como es que este campo de la psicología se fue construyendo, sin embargo, aún no se ha hablado específicamente de la psicología de la salud. Ese asunto tiene su propia historia, que se detalla a continuación.

### **1.3 Definición de psicología de la salud.**

Cuando tratamos de encontrar una definición del concepto de psicología de la salud, nos encontramos con que, como en diferentes tópicos dentro de la psicología, no hay una sola a la cual nos podamos referir, sino que hay un buen número de fuentes y autores que han puesto su empeño en tratar de tener una definición.

Un ejemplo de ello es Virella (2009), quien argumenta que la psicología de la salud está enfocada a la prevención y mantenimiento de la salud, así como al tratamiento de la enfermedad, en el sentido de procurar disminuir el dolor y mantener al paciente dentro del tratamiento lo más relajado posible para brindarle acceso a una mejor calidad de vida.

Por otro lado, como ya se ha revisado, los orígenes de la psicología de la salud están fundamentados, en parte, en el análisis experimental de la conducta, con las técnicas de la terapia conductual como manejo de contingencias, relajación, desensibilización sistemática, retroalimentación, etc., además del aumento del trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario.

Con base en eso, Bazán (2003) hace una definición de psicología de la salud como la contribución educativa, científica y profesional de la psicología a favor de la promoción y mantenimiento de la salud, prevención y tratamiento de enfermedades, identificación de etiologías y diagnósticos relacionados con la salud, enfermedades y disfunciones relacionadas, así como el mejoramiento del sistema al cuidado de la salud y la formación de políticas de la salud.

Matarazzo (en Londoño y cols., 2006) define a la psicología de la salud como aquella especialidad dedicada a crear y desarrollar acciones específicas en

prevención y promoción de la salud, así como la formulación de políticas sanitarias que sustenten la creación de un sistema eficiente de salud pública. Con esta definición y visión se pretende la integración del psicólogo a las demás disciplinas encargadas de la salud pública.

Por otro lado, Terris (en Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006) define a la psicología de la salud como la ciencia encaminada a prevenir dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas, no infecciosas y lesiones, educar al individuo en principios de higiene personal, organizar servicios del diagnóstico y tratamiento de enfermedades y rehabilitación, así como desarrollar la estructura social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de su salud.

Una definición más nos la proporciona Grau (1997, en Werner, Pelicioni, y Chiattonne, 2002), en la cual señala que la psicología de la salud es una especialidad de la psicología que interviene en todas las cuestiones que involucran a las interacciones de salud-enfermedad.

También Oblitas (2008) nos da su definición de la salud al decir que es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

Además de estas definiciones, hay autores que afirman que la psicología de la salud no tiene una que sea clara. Sin embargo, coinciden en que uno de sus objetivos principales es el estudio del comportamiento precursor de la salud y la enfermedad, y, en su rama aplicada, la intervención preventiva, área de la cual el psicólogo de la salud encamina la mayor parte de sus esfuerzos.

Por otro lado, en cuanto a las aportaciones de la psicología de la salud, podemos hablar de las siguientes (Oblitas, 2008):

- Promoción de estilos de vida saludables.
- Prevención de enfermedades mediante la modificación de hábitos insanos asociados a enfermedades.
- Tratamiento de enfermedades específicas, como la diabetes, cáncer, sida, etc. En estos casos se trabaja conjuntamente con otros profesionales de la salud, combinando tratamientos médicos habituales junto con tratamientos psicológicos.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario.

Otros de los objetivos de la Psicología de la Salud, de acuerdo con Oblitas 2006, en Oblitas 2008) son los que siguen:

- Promoción de la salud. Se trata de todas aquellas acciones dirigidas a promover un estilo de vida saludable, destacando las destinadas a fomentar hábitos de salud que pueden hacer que la gente se sienta mejor en su vida diaria.
- Prevenir enfermedades. Esta tarea abarca desde la modificación de hábitos no saludables asociados a múltiples patologías, crónicas o agudas (por ejemplo, el tabaquismo), hasta otros comportamientos de riesgo cuya eliminación es la forma más eficaz de evitar muchas enfermedades graves. Por ejemplo, el uso del cinturón de seguridad y el fomento de una conducción prudente son formas de reducir el alto número de patologías medulares.
- Evaluar y tratar enfermedades específicas.
- Evaluar y mejorar del sistema sanitario. En este punto se encuentran todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria en lo que se refiere a la práctica profesional y a la educación sanitaria de los usuarios.

Ahora bien, estos avances en la psicología de la salud, no se han dado en un solo lugar y momento, sino en múltiples de ellos. En la siguiente parte, se revisa material con referencia a este asunto.

#### **1.4 Países que han contribuido al desarrollo de la Psicología de la Salud**

La Psicología de la Salud, de acuerdo con Oblitas (2008), es hoy en día una de las ramas de la psicología de mayor vitalidad. En muy pocos años se ha convertido, en los países desarrollados, en un campo de intervención central para el psicólogo. En Estados Unidos se puede ya hablar de la consolidación de la psicología de la salud tanto a nivel teórico, en la investigación, formativo y profesional. La situación no es la misma en España, México o en los distintos países de América Latina, aunque va en la misma dirección.

En México y España, se puede decir que el nivel de investigación en Psicología de la Salud es bueno y el nivel docente aceptable, dado que existen diversos posgrados en varias universidades y los contenidos esenciales de esta disciplina se cursan a lo largo de la licenciatura (Oblitas, 2008).

Donde la situación no es tan favorecedora es en el nivel profesional, es decir, en el número de psicólogos de la salud empleados como tales. Esto todavía no es una realidad sino una meta que queda por cumplirse. Algo semejante ocurre en Latinoamérica y la razón, desde el punto de vista de Oblitas (2008), es sencilla: la psicología de la salud no aparece, ni se desarrolla o se implanta, hasta que previamente se ha desarrollado la psicología clínica. Por otro lado, el nivel de investigación existente en psicología de la salud en España y México es bueno y amplio, como lo muestran varios libros publicados y una revista, la Revista de Psicología de la salud.

Sin embargo, hay autores que difieren de esta visión, por ejemplo Piña (2005). El autor, después de revisar en múltiples publicaciones dedicadas a la disciplina en un periodo de 4 años, concluyó que, en primer lugar, hay una escasa

producción de artículos de corte teórico conceptual sobre la relación entre la psicología y otros subcampos de la salud. También encontró una producción pobre de manuales, compendios y libros especializados en psicología de la salud.

Por otro lado, el campo de la Psicología de la salud está muy influenciado por la historia y al estatus actual de la psicología del medio sociocultural en cuestión. En Latinoamérica, de acuerdo con Oblitas (2008), el desarrollo de la psicología de la salud depende del desarrollo de la psicología en cada país, del modelo teórico dominante y del grado de consolidación de la psicología clínica, que es, el antecedente para la posterior consolidación de la psicología de la salud.

En México, el desarrollo de la modificación de conducta también se ha visto favorecido desde la elaboración de modelos teóricos, como distintas aplicaciones de la Psicología de la Salud y revisiones sobre el tema. Algo semejante ha ocurrido en otros países, como Colombia, Chile y Venezuela (Oblitas, 2008).

Ahora bien, los profesionales que se encargan de aplicar todas lo que resulta de las investigaciones acerca de la psicología de la salud, es el psicólogo de la salud precisamente. La siguiente parte del capítulo trata de los quehaceres del psicólogo de la salud.

### **1.5 El papel del psicólogo de la salud.**

Si hablamos de psicología de la salud, se tiene que hablar del quehacer del psicólogo en ésta área. A dicho profesional se le llama psicólogo de la salud, como ya se dijo con anterioridad.

Para Buela (1999, en Soria y Olvera, 2008), el psicólogo de la salud es un profesional capaz de trabajar en ámbitos muy variados como los siguientes: tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, colaborando con tratamientos médicos para diferentes trastornos, en la planificación y en la adherencia al tratamiento, programas de prevención y promoción de conductas saludables.

Para Stone (1988), los psicólogos como profesionales de la salud, han contribuido en parte al sistema de la salud y en el contexto de la “psicología en la medicina”. El psicólogo de la salud, es el profesional capaz de lograr:

- La identificación precoz de personas en situación de riesgo, definido en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales se somete normalmente el individuo.
- La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas.
- La necesidad urgente de enfocar los problemas de la salud desde una perspectiva global.

Algunas de las líneas de investigación y aplicación que suele seguir el psicólogo de la salud, son las siguientes, de acuerdo con Londoño, Valencia y Vinaccia (2006):

- Investigación acerca de las relaciones existentes entre patrones personalidad y susceptibilidad a la enfermedad o a la habilidad para enfrentarla.
- Diseños educativos para facilitar el control de la diabetes
- Enseñanza a los médicos y otros profesionales de la salud para que se comuniquen en forma tal que faciliten el cumplimiento (adherencia) de los enfermos crónicos a sus programas de medicación.
- Trabajo con organizaciones de cuidado de la salud para asistirlos en la definición de sus objetivos y en la evaluación de sus éxitos.
- Análisis de políticas alternativas en la provisión de salud por parte de los gobiernos, desde el punto de vista de las preferencias humanas y de las tendencias comportamentales.
- Orientación a familias con problemas.



Además, los psicólogos como profesionales de la salud son capaces de lograr, de acuerdo con la American Psychological Association, APA (en Soria y Olvera, 2008):

- La identificación temprana de personas en situación de riesgo, el cual debe definirse en términos psicológicos, comportamentales y socioculturales.
- Desarrollar programas de promoción de conductas saludables, considerando las cuestiones ambientales a las que se somete el individuo normalmente.
- Investigar, entender e intervenir sobre los factores que permitan una buena calidad de vida para personas con enfermedades crónicas.
- Incluir la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de la salud pública desde la perspectiva de la psicología de la salud.
- Enfatizar la necesidad de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.

Lo anterior muestra la importancia del papel del psicólogo en la aportación de recursos al ámbito de la salud, generando de acuerdo con Soria y Olvera (2008):

- Educación para la salud, promoción y saneamiento básico y mejoramiento de las condiciones ambientales.
- Prevención y control de enfermedades y de accidentes.
- Atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo urgencias.
- Prevención.
- Tratamiento del dolor crónico, el problema de la adherencia al tratamiento, el problema de la calidad de atención, la atención materno-infantil, salud mental, promoción del mejoramiento de la nutrición y los trastornos alimentarios.

- Programas en contra del alcoholismo, tabaquismo, farmacodependencia, y para la promoción de la formación de recursos humanos para la salud.

La agenda de salud pública, entonces, contiene políticas que incluyan al psicólogo como un agente de participación en el sistema sanitario, cuya labor va más allá de la intervención clínica, sino que brinda una comprensión del fenómeno de la salud y su relación con los diferentes aspectos psicológicos (Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

Entonces, ¿Por qué la actuación del psicólogo en el área de la salud es aún limitada en nuestro país? De acuerdo con Londoño, Valencia y Vinaccia (2006) es en parte porque el modelo biomédico de tratamiento persiste. Además, se asocia con la falta de unión entre psicólogos para ser reconocidos como una fuerza que influye en la solución de problemas sociales y para que otros profesionales reconozcan esa aptitud para responder a tales necesidades.

De acuerdo con lo anterior, los psicólogos enfrentan tres retos principales para lograr el reconocimiento de sus intervenciones en el campo de la salud pública. Dichos retos son, según Levinton (1996, en Londoño, Valencia y Vinaccia, 2006), las siguientes:

- Traducir los efectos conductuales en implicaciones para la salud.
- Demostrar el costo-efectividad de las intervenciones psicológicas.
- Ampliar los efectos trabajando con la infraestructura pública.

## **1.6 Áreas de intervención.**

Bazán, en 2003, menciona que las áreas en que se desempeña el psicólogo de la salud se dividen en dos: 1) Intervención con pacientes y familiares e 2) Intervención con el equipo al cuidado de la salud.

Con respecto a la primera área, se subdivide en 8 subáreas de intervención del psicólogo de la salud; la forma en que intervengan en estas áreas dependerá

de algunos factores como si es una enfermedad crónica o aguda, o si son desórdenes del desarrollo, gerontológicos, enfermedades psicogenéticas, terminales o la muerte. Las subáreas son las siguientes:

1. Manejo del paciente. Su objetivo es aumentar la adherencia terapéutica y favorecer la readaptación conductual.
2. Manejo del dolor. Su objetivo de disminuir las molestias ocasionadas por la enfermedad y/o el tratamiento médico, permitiendo así que el paciente continúe con su vida diaria.
3. Manejo pediátrico. Su objetivo de entrenar al paciente, y a sus padres, sobre el manejo de contingencias y desensibilización sistemática.
4. Desórdenes psicósomáticos en adultos. Su objetivo es entrenar a los pacientes para el autocontrol de los síntomas mediante retroalimentación.
5. Pacientes psiquiátricos. Pretende la adaptación del sujeto a la institución y a su medio.
6. Rehabilitación. Su objetivo es el establecimiento de nuevas conductas en pro de la salud.
7. Pacientes geriátricos. Enfocada a proporcionar repertorios sociales que favorezcan su independencia.
8. Prevención del estrés y reducción de factores de riesgo.

Con respecto al último punto, la prevención del estrés y reducción de factores de riesgo, es donde, de acuerdo con Bazán (2003), la psicología de la salud ha tenido mayor intervención en diversas enfermedades crónicas, mostrando la estrecha relación entre el estilo de vida y la presencia de la enfermedad

Con respecto a la intervención con el equipo al cuidado de la salud, Bazán (2003), menciona que los principales temas que se manejan son:

- Desprofesionalización, donde se pretende entrenar a los profesionales de la salud, así como a los familiares de los pacientes, en técnicas de

modificación de la conducta que faciliten el manejo del paciente y la adherencia del mismo a los tratamientos.

- Desarrollo de tecnologías para la evaluación e intervención en efectos negativos del trabajo, donde se tiene por objetivo minimizar el estrés producido por el tipo de trabajo, el cual genera tanto malestares físicos como emocionales. Por lo tanto la intervención en este rubro corresponde a brindar habilidades que les permitan tener un desempeño óptimo, sin daños orgánicos ni emocionales; esto mediante el entrenamiento en afrontamiento, solución de problemas, habilidades sociales y técnicas de autocontrol en el manejo de estrés.

### **1.6.1 Prevención**

Con base en la definición de la psicología de la salud, lo que se pretende no es solo buscar la forma de curar las enfermedades o la adaptación a estas y al tratamiento, sino lo que se pretende también es la prevención de las mismas.

En los países en vías de desarrollo, como México, se presenta un bajo índice de prevención y acceso a los servicios para la mayor parte de la población. Por ejemplo, en Estados Unidos se realizó un estudio a hispanos, en búsqueda de las creencias que imponen barreras para la prevención de enfermedades, como el cáncer; entre las creencias que se encontraron la más frecuente fue la de “fatalismo”, ya que muchos participantes creen que el cáncer es “un castigo de Dios”, “es poco lo que se puede hacer para prevenirlo”, también se encontró que las personas con cáncer no lo comunican a sus familiares porque es una enfermedad vergonzosa (Valdés, 2004).

En México se han realizado varios estudios sobre prevención de diversas enfermedades, por ejemplo, Villagran y Diaz-Loving en 1996 (en Valdés, 2004) realizaron un estudio sobre los valores y la intención de usar el condón, teniendo como hipótesis que, hacer uso de los valores subyacentes en las poblaciones blanco pueden hacer más efectivas las campañas de prevención.

Otro estudio es el realizado por Givaudan, Pickm Aldaz y Saldívar-Garduño (en Valdés, 2004) en el mismo año, (1996), subraya la necesidad de realizar campañas de información y orientación que disminuyan las prácticas sexuales de riesgo y favorezcan la aceptación de medidas preventivas.

Con respecto a las enfermedades presentadas en mujeres, como el cáncer cervicouterino, Flores (en Valdés, 2004) reporta que las mujeres adoptan una postura de sacrificio y resignación ante la enfermedad, fundamentada en el concepto cultural de abnegación, ya que el tener esta enfermedad y continuar con su vida, atendiendo a su familia y viviendo su enfermedad sola, la convierte en una mujer importante, ya que ofrece un sacrificio en beneficio de otros, dándole una satisfacción psicocultural. Sin embargo, existen otro tipo de mujeres, denominadas instrumentales, las cuales muestran mayor capacidad, decisión e independencia; este tipo de mujeres suelen buscar mayor apoyo médico y familiar.

Valdés (2004) concluye que las mujeres con prácticas preventivas son aquellas que tienen mayor acceso a la información, recibieron un trato amable la primera vez que acudieron al servicio y, en algunos casos, fueron atendidas por primera vez por una mujer. Es por ello que propone que se realicen campañas informativas en varios sectores de la población, sin importar su nivel socioeconómico; además de que es necesario capacitar al personal de salud para mejorar su atención con el paciente, estimulando en él la confianza necesaria para volver a su próxima revisión.

### **1.7 Aportaciones al sistema de salud en México**

En México, la psicología de la salud apareció primero como parte del programa de psicología en 1970, después en 1986 se establece a nivel de posgrado en la UNAM. En 1992 el Instituto de Salud Pública de la Secretaría de Salud establece el programa “Residencia de atención integral de salud” donde se formaban psicólogos de la salud. Actualmente la Universidad de Guadalajara tiene un doctorado en Psicología de la Salud (Bazán, 2003).

En México, se reportaron un total de 2000 psicólogos de la Salud, de los cuales, sin embargo, menos de la mitad cumple las funciones establecidas o pretendidas por la especialidad, esto es reportado por Urbina y Rodríguez (en Bazán, 2003)

Los temas que en México se han desarrollado mas giran en torno a: enfermedades crónico-degenerativas (dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer), manejo psicológico de alteraciones psicofisiológicas (dolor de cabeza, asma, etc.) aspectos psicosociales y adicciones, y conducta antisocial (Bazán, 2003). Además se han identificado como tendencias futuras, temas como la preparación y calificación del equipo al cuidado de la salud (formación pre y posgrado), la evaluación de la calidad de los servicios por medio de asesoría institucional y la satisfacción de los usuarios, y la educación para la salud y salud ocupacional (Bazán, 2003).

Por otro lado, en una investigación de Piña (2005), afirma que la psicología de la salud, como campo profesional, es uno de los que más se ha desarrollado en nuestro país en las últimas dos décadas. Esto se puede observar en los 4 indicadores siguientes:

1. Hay reformas curriculares en los planes de estudios de licenciatura y posgrados con el título específico de psicología de la salud.
2. Hay una creciente participación de los profesionales de psicología en actos académicos, nacionales e internacionales, como congresos y coloquios principalmente.
3. Por la publicación de trabajos teórico-conceptuales y de investigación en manuales, compendios, libros y revistas.
4. Hay ediciones de manuales, compendios, libros y revistas en el área.

Como ya hemos revisado, la psicología de la salud está estrechamente ligada con otras ramas de la psicología, así como con otras profesiones. En la siguiente parte de este capítulo, se examinan estas relaciones.

## 1.8 La psicología de la salud y su relación con otras disciplinas.

Ya en el diagrama anterior de este capítulo, se puede observar que la psicología de la salud está ayudada por otras áreas de la psicología. Pero además de estas áreas, la psicología de la salud se apoya en otras disciplinas. Las principales áreas del conocimiento relacionadas con la Psicología de la salud son (Oblitas, 2004, 2005, 2006,2007, en Oblitas, 2008):

- Medicina comportamental. Es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas propias de las ciencias comportamental y biomédica, relacionadas con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, tratamiento y la rehabilitación.
- Salud comportamental. La salud comportamental es un campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud que enfatice la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, así como la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas. Por tanto, la disciplina de salud comportamental se centra en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad entre individuos que actualmente gozan de buena salud.
- Medicina psicosomática. Esta disciplina fue definida como una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades.
- Psicología médica. Abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la

personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia.

- Psicofisiología experimental. Es una disciplina que intenta explicar una variedad de procesos conductuales por la interacción de sus componentes psicológicos y biológicos. Las investigaciones hechas en este campo contribuyeron a mejorar la instrumentación y a la utilización de nuevas metodologías, que permitieron la exploración de las relaciones entre la emoción, cognición y la fisiología. El conocimiento de estas interacciones facilitó la comprensión y el manejo de numerosos problemas de salud.
- Psicología clínica. Es un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta “anormal”.

En conclusión, podemos decir que la Psicología de la Salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, es donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico, como formativo, y en investigación.



# CAPÍTULO II

## APOYO SOCIAL

### 2.1 Antecedentes

Partiendo del hecho de que las enfermedades no son resultado de una sola causa, sino multicausales, hoy en día se le da gran importancia a eventos y procesos sociales en la determinación de la salud o de la enfermedad.

Además, los sistemas de salud se enfrentan a un auge de las enfermedades crónicas, a fuertes procesos migratorios y a una población cada vez de mayor edad que ponen en evidencia la falta de recursos necesarios tanto de carácter sanitario como social. Este modelo sanitario ha ido acompañado de una reducción de los presupuestos destinados a salud y de un uso abusivo de los fármacos. En estas circunstancias, el modelo médico hegemónico pierde autoridad y progresan otros modelos alternativos (Llopis, 2005).

En este contexto, de acuerdo con Llopis, (2005), aparece el término de apoyo social, presente en disciplinas como la medicina preventiva, la sociología, la psicología comunitaria y salud, e inclusive la antropología.

El interés por el estudio del apoyo social nace de la importancia que adquieren las enfermedades y trastornos de connotación social, y de la relevancia que adquieren los programas de rehabilitación y tratamiento. También influye el interés por reducir los costos provocados por el aumento de los gastos en medicamentos, equipos y personal del sistema de salud, la estandarización de técnicas quirúrgicas o de diagnóstico (Llopis, 2005).

Sin embargo Llopis (2005), hace énfasis en que no debemos olvidar que cualquier persona en situación de peligro, angustia, o estrés, busca la proximidad de otra persona, es decir, cualquier aportación que le ofrezca bienestar.

Según Reyes, (2003), a partir de los años 60 y 70 comienza a surgir con una gran fuerza el término de apoyo social, teniendo como antecedente al

sociólogo Emile Durkheim, quien a finales del siglo XIX destacó la importancia de las relaciones interpersonales en la salud.

Más adelante, en el año 1967, Holmes y Rahe publicaron sus estudios sobre los eventos vitales como generadores de estrés, por medio de los cuales se identificaron algunos factores del medio como nocivos para la salud de las personas, siendo ésta la primera aproximación al estudio del Apoyo Social. Además, en la década del 70, los estudios sobre este aspecto, como factor influyente o determinante en un gran número de patologías y sus efectos no solo nocivos sino positivos en la salud, comienzan a tener auge hasta la actualidad (Reyes, 2003).

El término apoyo social es un término del que podemos inferir su significado con cierta facilidad con tan solo leerlo. Sin embargo, para no dejar lugar a dudas, en la siguiente sección se aclara y se manifiestan algunas de las definiciones que el apoyo social tiene en su haber.

## **2.2 Definición de Apoyo Social**

Dentro de los fenómenos sociopsicológicos que tienen un rol protagónico en el desarrollo de comportamientos saludables en los sujetos con enfermedades crónicas, se destaca el apoyo social, como bien se ha mencionado anteriormente (Reyes, 2003).

El apoyo social tiene una gran cantidad de conceptos que, desde el punto de vista metodológico, dificultan su investigación, pues la forma de medirlo varía de acuerdo a las concepciones teóricas del autor, por lo que no hay una uniformidad en los elementos evaluados por las personas dedicadas al tema (Reyes, 2003).

En Ramírez (2007), se entiende por apoyo social el grado en el que las necesidades sociales básicas son satisfechas y pueden favorecer el manejo de la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora.

En el trabajo de Reyes (2003) se toma el concepto de Roca, el cual entiende por apoyo social los recursos sociales existentes, de diferentes naturalezas, que recibe un individuo en una situación dada en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.

Barrón (en Llopis, 2005), define el apoyo social como algún tipo de transacción en la que se intercambian recursos que permiten cumplir alguna o algunas funciones específicas.

Otro autor que da su aportación a la construcción de la definición es Thoits (en Llopis, 2005), quien se refiere al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otras personas.

También House (en Llopis, 2005), tiene su definición, que puede funcionar como un resumen de las dos anteriores. Define al apoyo social como transacciones interpersonales de uno o más de los siguientes tipos: interés o apoyo emocional, ayuda o apoyo instrumental, apoyo informacional y apoyo evaluativo.

De acuerdo con Reyes (2003), a pesar de las diferencias en las conceptualizaciones de apoyo social, existe consenso en que:

- El apoyo social posee una estructura que está definida por las características de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como las características de los contactos y los vínculos sociales que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras).
- El apoyo social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos que éste le produce a las personas. Es decir se refiere a la calidad del apoyo social existente, y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de éste (apoyo percibido vs apoyo

recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo, así como al grado de satisfacción con éste.

- El apoyo social como proceso, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de éste apoyo en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital del individuo, tipo de problema al que se enfrenta, condiciones socioeconómicas y culturales, etc.)

El apoyo social es una característica habitualmente asociada con la salud y la calidad de vida y sus efectos sobre el bienestar se han conceptualizado desde dos modelos diferentes (Avendaño y Barra, 2008; Reyes, 2003):

- Modelo de efectos principales: en este modelo se sostiene que el apoyo social favorece el bienestar y la salud independientemente de los niveles de estrés del individuo.
- Modelo de amortiguación: este sostiene que el apoyo social sirve como una fuente de protección de los efectos patogénicos de los eventos estresantes muy intensos o prolongados.

Además, en la actualidad existe consenso en el hecho de que estos enfoques no son excluyentes como se pensaba al principio, sino que el Apoyo Social visto de manera sistémica engloba efectos protectores directos y amortiguadores contra la enfermedad o el malestar (Reyes, 2003).

Dentro de otros modelos explicativos del apoyo social, según Reyes (2003), se destaca:

- El de Peggy Thoits, quien lo explica como ayuda o recurso para el afrontamiento del estrés.
- Heller, Swindle y Dusenbury plantean que el apoyo social influye esencialmente en la salud a través de la percepción e interpretación del individuo del apoyo recibido, lo cual genera la distinción funcional de apoyo percibido y apoyo recibido.

- Gonzalo Musitu le da al apoyo social un rol dinámico sobre la base del proceso de comunicación, que permite la interinfluencia de los procesos afectivos, cognitivos y volitivos de las personas objetos de ese intercambio.
- Rodríguez Marín refiere que la función amortiguadora del apoyo emocional sobre la depresión, tiene una incidencia mayor al principio de la enfermedad y va disminuyendo en la medida que pasa el tiempo. Este apoyo emocional en estos momentos de la enfermedad es más efectivo si es brindado por la pareja o familiares cercanos, siendo posteriormente más útil el apoyo instrumental y material brindado por compañeros de trabajo durante la recuperación y rehabilitación del individuo.

Otro elemento que se destaca en Reyes (2003), dentro del análisis del apoyo social, es la pertenencia del sujeto a una sociedad, comunidad o grupo, que son en última instancia, quienes les van a brindar dicho apoyo y que juega un rol importante, pues a través de ellos se transmiten reglas y normas que pueden influir en la prevención de la enfermedad, además de la información que pueden brindar desde el punto de vista práctico con este mismo objetivo. Así mismo, puede ser lo contrario, es decir, de manera general la sociedad, el grupo y la comunidad pueden estar atentando contra la prevención de las enfermedades a través de los mismos mecanismos. Se plantea también que los grupos pueden influir positivamente en el aumento de la adherencia terapéutica.

Dentro de los grupos que pueden cumplir estas funciones de apoyo, está el grupo familiar, con la particularidad que le aporta el ser un grupo de mucho significado e importancia para sus integrantes y para dar el apoyo social al individuo necesitado (Reyes, 2003). Esta misma característica la convierte en una unidad peligrosa cuando no es capaz de brindar la atención y el apoyo necesario para los individuos con enfermedades crónicas.

Por eso se plantea en Reyes, (2003) que no siempre el apoyo social tiene una connotación positiva. A pesar de lo que semánticamente nos sugiera el término “apoyo”, es necesario que este esté basado en las necesidades reales del que lo recibe, que el proveedor esté capacitado para darlo, que quiera darlo, que

se haga en el momento oportuno y que no genere dependencia o conductas sobreprotectoras.

Por otro lado, en Reyes (2003), se plantean las siguientes funciones que desempeñan los grupos y que posibilitan la búsqueda de apoyo por parte de las personas:

- Amortiguan el efecto de los agentes estresantes.
- Excluyen la necesidad de asistencia profesional mediante la provisión de apoyo instrumental y afectivo.
- Actúan como agentes de detección y referencia para los servicios profesionales.
- Transmiten actitudes, valores, normas sobre la búsqueda de ayuda.

Según Roca (en Reyes, 2003), el apoyo social necesitado y/o efectivo depende de:

- Si el problema que presenta el individuo es transitorio, de fácil solución o prolongado.
- Si el sujeto padece una enfermedad crónica o aguda.
- Si los problemas tienen una causa en el interior del individuo o en el exterior.
- Si estos problemas influyen o no en la autoestima del individuo.

Además, Rodríguez Marín (en Reyes, 2003), refiere que el sistema de apoyo social es importante pues permite el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo, además de que sus funciones primarias son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales.

Al respecto, se enfatiza que los sistemas de apoyo social tienen como funciones:

- Permitir compartir problemas comunes

- Proporcionar intimidad
- Prevenir el aislamiento
- Definir las competencias mutuas
- Proporcionar elementos de referencia
- Ofrecer asistencia en las crisis.

Además, cuando se habla de apoyo social, Llopis (2005) nos sugiere tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- Las características de los participantes
- La fuente del apoyo
- Las características del receptor del apoyo
- El momento en que se da el apoyo
- La duración del apoyo
- La finalidad de dicho apoyo en términos de la correspondencia entre el apoyo que se da y las necesidades del receptor.

### **2.3 Características y funciones del Apoyo Social**

De acuerdo con Matud y cols. (2002), se pueden distinguir tres tipos principales de funciones del apoyo social:

- *Emocional*, que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación, así como a muestras de empatía y confianza (Matud y cols, 2002; Calvo y Díaz, 2004; Quiles y cols., 2003).
- *Instrumental o tangible*, que se relaciona con la prestación de ayuda, asistencia material o conductas dirigidas a solucionar problemas (Matud y cols, 2002; Calvo y Díaz, 2004; Quiles y cols., 2003).
- *Informativo*, que implica consejo, guía o información pertinente y útil a la situación (Matud y cols, 2002; Calvo y Díaz, 2004; Quiles y cols., 2003).

Aunque algunos autores consideran el apoyo emocional como el principal componente, también se ha encontrado que los otros tipos se asocian con el bienestar, y parece ser que la forma más efectiva de apoyo depende de la situación en que éste es necesario (Matud y cols. 2002).

Además de las tres características mencionadas del apoyo social, nos encontramos con el *intercambio negativo*, el cual se refiere a la reciprocidad no funcional entre los pacientes y el sector salud en general, o médico en particular.

Un ejemplo de esto es que hace poco se reconoció que las relaciones sociales también tienen su parte negativa, ya que las relaciones de apoyo pueden ir acompañadas de obligaciones, por lo que el apoyo puede crear tensión y estrés. De este modo, se encontró que las interacciones sociales negativas predicen más los problemas de salud y el bienestar que las positivas (Reyes, 2003).

Además de todo el desarrollo teórico anterior, se han desplegado diferentes maneras de medir el apoyo social. A continuación, se mencionan algunos instrumentos destinados a medirlo.

## **2.4 Instrumentos para medir el apoyo social**

En lo que se refiere a los instrumentos para medir el apoyo social, en la actualidad se dispone de un amplio conjunto de cuestionarios y escalas (Molina, Fernández y Llopis, 2008).

Normalmente se trata de cuestionarios con un número variable de ítems que exploran aspectos funcionales del apoyo social en una o más de sus dimensiones. Las dimensiones exploradas, expresivas e instrumentales, suelen ser, de acuerdo con Molina, Fernández y Llopis, (2008), las siguientes:

- El apoyo emocional, que refiere a la sensación de que uno es amado y cuidado.



- El apoyo tangible, que incluye la ayuda directa como los préstamos o regalos, y los servicios como cuidar de alguien que está enfermo o facilitar un empleo o trabajo.
- El apoyo informativo, que son referencias y orientaciones de utilidad práctica.

Como podemos ver, estas son precisamente las características del apoyo social de las que ya hemos hablado con anterioridad.

A esta exploración funcional se añade la medición en algunos casos de aspectos estructurales de las redes sociales de apoyo, como el número de grupos, personas conectoras y densidad de relaciones, así como información fundamental para poder diseñar estrategias de intervención destinadas a facilitar los recursos sociales necesarios (Molina, Fernández y Llopis, 2008).

Otro criterio que distinguen los instrumentos de medición del apoyo social, es su énfasis en la percepción del apoyo social disponible o en el apoyo social recibido en sus diversas dimensiones en un periodo dado. En el primer caso se enfatiza la percepción de un apoyo que tiene efectos de control del estrés. En el segundo se busca registrar el conjunto de utilidades obtenidas por esta vía (Molina, Fernández y Llopis, 2008).

Es interesante lo que destacan Molina, Fernández y Llopis, (2008), al decir que estas medidas proceden de marcos teóricos diferentes y que no pueden utilizarse indistintamente, entre otras cosas porque ambos tipos de apoyo no están fuertemente correlacionados. En general la valoración del apoyo tiende a permanecer estable a través del tiempo mientras que el apoyo recibido varía en función de los periodos concretos de medición.

En el asunto de la medición del apoyo social hay que considerar al menos dos aspectos adicionales: el coste y la variación. Las familias y los proveedores de apoyo suelen soportar situaciones de estrés continuadas y, por otra parte, el hecho de verse obligado a aceptar ayuda, puede afectar la autoestima de un individuo. En relación a la variación, no se puede considerar el apoyo social sin

tener en cuenta tanto las características individuales como las diferentes circunstancias en las que éste puede producirse a lo largo de las fases de una enfermedad o en una situación de vulnerabilidad (Molina, Fernández y Llopis, 2008).

En el documento que Calvo y Díaz (2004) elaboraron, mencionan una gran cantidad de instrumentos que miden el apoyo social. En primer lugar se enlistan los que se encuentran en algún idioma extranjero, inglés predominantemente. Después están los que fueron concebidos en lengua castellana.

- El ASSIS (Arizona Social Support Interview Scale de Barrera, 1980), evalúa 6 áreas: afectiva, material, consejo, refuerzo positivo, asistencia física y participación social, además del apoyo recibido y el apoyo percibido.
- El SSQ (Social Support Questionnaire de Sarason, 1983), evalúa la disponibilidad de las personas a las que recurre en situaciones específicas y la satisfacción en distintas áreas: sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación positiva, ayuda física y participación social
- El ISSB (Inventory of Socially Supportive Behaviours de Barrera y Ainlay, 1983), determina el apoyo emocional, instrumental, informativo y social.

También se han desarrollado nuevos instrumentos atendiendo a algunas características específicas de la población a estudiar, como la edad (DePanfilis, 1996; Canty-Michell, 2000; Rubenstein, 1994) y el estado de salud (Walsh, 1996; Sherbourne, 1991).

En castellano destacan los siguientes instrumentos, todos ellos adaptaciones de algunos otros:

- Escala de Apoyo Social SS-B por Sandín y Chorot (1990).
- Inventario de Apoyo Familiar para Trabajadores por Martínez Pérez y Osca (2002).
- Escala para la Evaluación del Apoyo Social del California Department of Mental Health, por Conde y Franch (1984).

Está también el instrumento que los propios Calvo y Díaz (2004) construyeron a partir de sus investigaciones. Es el Cuestionario de Apoyo Social Percibido o CASPE. Su objetivo primordial era el de construir un instrumento válido, fiable, breve y de fácil aplicación.

Por último está también el instrumento que se utilizó para obtener los datos que se utilizaron en ésta tesis. Hablamos de las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés, desarrolladas en 2000 (ver anexo 1), que son dos: Funcionamiento de la salud (FS) que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos, y Funcionamiento Psicosocial (FP), que consta de cuatro subescalas con un total de 58 reactivos

## **2.5 Apoyo Social y Salud**

Hablando de la relación entre el apoyo social y la salud, se puede encontrar diferentes maneras de explicarla dependiendo de a qué autor nos refiramos.

En este periodo se han acumulado evidencias, instrumentos y modelos explicativos que nos ayudan a entender el efecto de las redes sociales en el bienestar (Molina, Fernández y Llopis, 2008), además de que es un asunto que ya se ha tocado a lo largo del capítulo.

Por ejemplo, Schwarzer y Leppin (en Reyes, 2003), consideran que el grado de la asociación entre Apoyo Social y Salud dependen de las circunstancias, la población, los conceptos y las medidas utilizadas en los diferentes estudios, por eso es tan difícil la interpretación de los resultados de las investigaciones sin tener referencias a estos aspectos, además de la dificultad que implica la generalización de éstos.

Por su parte, Cohen (en Llopis, 2005) clasifica a los efectos en que el apoyo social se relaciona con la salud de la siguiente manera:

- Modelos genéricos en que el apoyo social se relaciona con distintas enfermedades.
- Modelos centrados en el estrés
- Modelos de proceso psicosocial, que se clasifican en modelos generales de apoyo o específicos.

Roca manifiesta que la relación entre apoyo social y enfermedad está vinculada no solamente con el origen de estas, sino con todo el proceso salud enfermedad que incluye prevención, afrontamiento, recuperación o rehabilitación, estadios terminales y muerte (Reyes, 2003).

Otros estudiosos del tema como Cohen y Syme refieren que algunas de las características que poseen los individuos están vinculadas con el apoyo social destacándose las relacionadas con la sociabilidad (Reyes, 2003).

Además, para Reyes (2003), son fundamentalmente las habilidades sociales y de competencia social las que tienen un papel importante a la hora de evaluar el papel de la personalidad de los individuos que lo hacen un posible receptor de apoyo social. También se valora la influencia de determinadas variables sociodemográficas en el apoyo social destacando el sexo, la edad, el nivel educacional y el estado civil, además de las características del vínculo.

Independientemente del modelo al que se adhiera, la literatura en torno al tema muestra evidencias concluyentes en adultos, respecto a la influencia del apoyo social en la salud y en la calidad de vida en general y específicamente en personas con enfermedades crónicas (Avendaño y Barra, 2008).

Respecto a los adolescentes, de acuerdo con Avendaño y Barra (2008), también se ha informado la existencia de una relación general entre apoyo social y estado de salud y entre apoyo social y calidad de vida. Por ejemplo, en el estudio de Malkowska y colaboradores (2004, en Avendaño y Barra, 2008), realizado con una muestra de niños y adolescentes polacos de entre 8 y 18 años, se encontró que el nivel de apoyo social percibido tenía una influencia significativa sobre la calidad de vida. Los niños con menor apoyo social reportaron más baja calidad de

vida en comparación con los que percibían mayor apoyo, especialmente en la dimensión de relaciones con los padres y vida en el hogar, por lo que se concluye que el apoyo social que proveen los padres incrementa la calidad de vida en niños y adolescentes.

Sin embargo, en aquellos estudios que han encontrado relación entre apoyo social y estado de salud en adolescentes, ésta tiende a ser baja (Avendaño y Barra, 2008).

En cuanto a niños y adolescentes con enfermedades crónicas, existen algunas evidencias acerca de los efectos del apoyo social sobre el bienestar individual y la calidad de vida. En un estudio prospectivo de Skinner, John y Hampson (2000) en adolescentes con diabetes tipo I, se encontró que el impacto percibido de la diabetes y el apoyo de la familia y amigos fueron predictivos del nivel de bienestar de los participantes (Avendaño y Barra, 2008).

Los resultados obtenidos en el estudio con adolescentes portadores de una enfermedad crónica de Avendaño y Barra (2008), muestran que la calidad de vida presenta una relación positiva muy significativa con la autoeficacia y una asociación positiva mucho menor con el apoyo social percibido.

Además, de acuerdo con los objetivos y resultados del estudio de Vera y Estrada (2007), se observa que el apoyo familiar tiene una influencia importante para la aceptación del tratamiento y de la enfermedad, especialmente si se trata de una enfermedad crónica. Sin embargo, se hace énfasis en que hace falta información y manejo en la familia y el paciente en forma conjunta.

En la actualidad es una vertiente de investigación que está en desarrollo. La relación entre salud y apoyo social es bastante compleja y está influenciada por diferentes variables donde se destacan elementos personales de los pacientes. Según Reyes (2003), hay consenso en el hecho de que la vivencia y percepción del apoyo social que reciben los individuos en los diferentes contextos en los que se desenvuelven, corresponde con la posibilidad de enfermar.

Desde el punto de vista de la evidencia empírica, la existencia de un apoyo social escaso se ha relacionado con la mortalidad general, con la mortalidad de pacientes con afecciones coronarias y con alteraciones de la salud como la neurosis, entre otras. Por otra parte, el apoyo social ha sido considerado un factor protector frente a la mortalidad en población anciana, ha sido relacionado con la calidad de vida en pacientes con infección por VIH y con la mejora en el seguimiento de pacientes. Además, el hecho de contar con una red social extensa parece tener un protector frente a la demencia, del mismo modo que contar con redes sociales diversas está relacionado con una menor susceptibilidad a padecer el resfriado común (Molina, Fernández y Llopis, 2008).

Los ejemplos pueden multiplicarse. En general puede afirmarse que existe una relación positiva entre apoyo social y bienestar individual, aunque no están claros los mecanismos mediante los cuales las relaciones sociales afectan a la cognición, las emociones y la salud y no siempre la presencia de apoyo social conlleva los efectos positivos mencionados (Molina, Fernández y Llopis, 2008).

## CAPITULO III

### HÁBITOS NEGATIVOS DE SALUD

La salud de las personas, como ya se ha visto, es un asunto influenciado por múltiples factores, de muy diversas índoles. Uno de los factores que hay que tomar en cuenta a la hora de hablar de salud, es el referente a los hábitos que cada individuo pone en práctica a lo largo de su rutina diaria.

El estudio de la salud y la enfermedad actualmente no se limita a la explicación biomédica tradicional, sino que también toma en cuenta, y con mucho énfasis, los factores psicosociales del individuo (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004). Durante el último cuarto del siglo XX, médicos, psicólogos y sociólogos han cuestionado la utilidad del dominante y hegemónico modelo biomédico. Dicho modelo ha significado un importante progreso en la prevención y erradicación de enfermedades infecto-contagiosas, pero ciertamente impone o restringe una comprensión más holística de la salud. Es así como desde hace un poco más de dos décadas han comenzado a emerger modelos alternativos, que no sólo incorporan factores biológicos y antropológicos sino que también incluyen aspectos psicológicos, culturales y sociales. Estos modelos han sido llamados modelos biopsicosociales (Gisbert, 2007).

Becoña, Vázquez y Oblitas (2004), aseguran que el factor más decisivo en ese nuevo enfoque en el campo de la salud, ha sido el que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestra conducta diaria en la salud y en la enfermedad.

En la actualidad, como ya hemos comentado, estamos viviendo un cambio en los patrones de mortalidad en las sociedades desarrolladas. Las enfermedades infecciosas han cedido su protagonismo, respecto a la morbilidad y mortalidad, a las crónicas y a las suscitadas por comportamientos inadecuados. Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados

psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

La mayoría de las actividades que realizamos diaria y rutinariamente influyen directamente en el estado general de nuestra salud, ya sea de forma positiva o negativa, es por ello que debemos concientizarnos de cuáles son éstas actividades para incrementar los resultados positivos y no al contrario. La lista de las actividades positivas o hábitos positivos de salud es bastante conocida (aunque no practicada), y aunque el conocimiento popular de cuáles son los hábitos negativos que practicamos con regularidad también es extenso, es cierto que no es claro y por lo tanto no pueden ser eliminados completamente de las rutinas. Es por esto que la atención de este capítulo está centrada precisamente en los hábitos negativos y sus consecuencias en nuestra vida.

### **3.1 Definición de hábitos de salud**

Antes de entrar de lleno al tema de los hábitos negativos de salud, conviene empezar por definir lo qué es un hábito de salud y también a qué nos referimos cuando hablamos de los hábitos de salud positivos.

Diversos autores han escrito sobre lo que el concepto de hábito de salud refiere, por ejemplo:

Los hábitos y conductas saludables tienen su origen en la cultura griega, que los considera como elementos muy importantes ya que se percibía a una persona sana cuando su cuerpo mostraba armonía, la cual provenía del ejercicio físico y una vida ordenada (Kals y Cobb 1966, en Roa, 1995).

Alester (en Zaldivar, 1988), define el comportamiento saludable como cualquier acción que influye en la probabilidad de consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo que afectan al bienestar físico y a la longevidad.



Para Roa (1995), los hábitos de salud son conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Además, se ponen en funcionamiento de una manera automática y sin tener conciencia clara de ello.

Harris y Guten (1979) definieron los hábitos de salud como aquellas conductas que la gente practica para el mantenimiento de su salud. A la definición añaden que los hábitos de salud no son interdependientes, es decir que no porque se practique un hábito de salud, se practican todos los existentes. También, las conductas de salud van cambiando de acuerdo al tiempo y a la sociedad en la que estemos hablando.

Las actividades que realizamos en nuestra rutina diaria tienen todo que ver con el estilo de vida que llevamos. Por ejemplo Vilches (2007, en Oblitas, 2008) define el estilo de vida como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo. Por lo tanto, podemos afirmar que existen tantos estilos diferentes de vida como individuos hay en el mundo. Sin embargo Mendoza (1994) define cuatro factores que nos permiten determinar cuál es el estilo de vida de una persona, para de esta forma poder identificar los hábitos positivos y negativos que practica:

- 1) Características individuales, genéticas y adquiridas.
- 2) Características del entorno microsocial en el que se desenvuelve, como la familia, la escuela, el trabajo, la colonia, etc.
- 3) Características macrosociales del entorno en que se desarrolla, como sistema social, cultura, medios de comunicación, etc.
- 4) El medio geográfico.

Una vez identificado el estilo de vida del individuo se puede hacer un análisis de cuáles son los hábitos de salud que realiza, entendiéndolos como aquellas actividades que repite a lo largo de su día, con o sin conocimiento del que los está realizando y cuáles son sus consecuencias.

El concepto de estilos de vida ha sido analizado principalmente desde la psicología social de la salud desde un punto de vista cognitivo o sociocognitivo y mentalista. Desde la óptica de estas teorías, que conforman la hegemonía en el abordaje sobre los procesos de salud-enfermedad y prevención desde el punto de vista psicosocial, se le atribuye al estilo de vida un sentido racionalista. De esta forma, el estilo de vida sería una especie de “elección” o toma de decisiones que realiza la persona, en función de sus cogniciones, aprendizajes, actitudes, creencias, expectativas o representaciones mentales. Siguiendo rigurosamente la lógica de estas teorías, se llega a la conclusión de que, en el momento que cambien dentro de la racionalidad del individuo estas cogniciones, aprendizajes, actitudes, creencias, expectativas o representaciones mentales, cambiarán desde luego los estilos de vida, entendidos como comportamientos. Esta es la forma tradicional en la que se utiliza el término estilo de vida en prevención, en educación para la salud, psicología de la salud y otras disciplinas (Gisbert, 2007).

Dentro del área de la psicología de la salud también han surgido definiciones de conductas saludables, como por ejemplo la de Kals y Cobb en 1966 (en Roa, 1995) en la que proponen que una conducta saludable es cualquier actividad emprendida por una persona con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en una etapa asintomática.

Estas conductas saludables se han conocido y practicado durante siglos, los cuales son definidos como las acciones realizadas por una persona que influyen en la posibilidad de obtener bienestar físico de inmediato y a largo plazo (Olgún y Sánchez, 2003).

En la actualidad hay un gran número de comportamientos relacionados con la salud, descubiertos a través de la investigación. Los más importantes según Zaldivar (1988) y Matarazzo (En Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004), son:

1. *Actividad física regular.* Realizar una actividad física de modo regular es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada.

También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad. Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares. Las personas que realizan constantemente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.

Además aporta beneficios psicológicos, ya que una actividad física enérgica practicada con regularidad ayuda a reducir los sentimientos de ansiedad y estrés, disminuyendo la posibilidad de presentar una enfermedad causada por estrés, como por ejemplo, la gastritis. También se ha encontrado que el realizar ejercicio y contar con buena salud contribuye a que el individuo presente una estabilidad emocional mayor, reduciendo ansiedad, depresión y tensión. Por otra parte, la realización de actividades físicas permite mejorar el autoconcepto de la persona, ya que socialmente son mejor vistas y pueden considerarse como un “ejemplo a seguir”.

2. *Prácticas Nutricionales Adecuadas.* En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia. Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales, y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. O dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del

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

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

3. *Comportamientos de Seguridad (evitación de accidentes)*. En el año 2008, en México, se reportaron 7,275 muertes por accidente en la población igual o menor a 20 años de edad (Fernández, 2010), lo cual denota la importancia de incrementar las conductas de seguridad de los individuos, fomentándolas como parte de una vida saludable. Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de muerte en los países desarrollados. La mayor parte de los accidentes podrían ser evitados, pues la mayoría de ellos son ocasionados por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones.
4. *Reducción del consumo de drogas (tabaco, alcohol, y otros)*. La OMS define a las drogas como cualquier sustancia psicoactiva que en el interior de un organismo puede modificar su percepción, estado de ánimo, cognición, conducta o funciones motoras (Organización Mundial de la Salud, 2003). En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes

clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc. En México se estima que en todo el país se consumen casi 515 toneladas de marihuana, con un costo de 41.1 millones de dólares; de cocaína, el consumo es de 27.65 toneladas, con un valor de 345.7 millones de dólares, y de heroína se compran 3.9 toneladas, con un valor de 138.2 millones de dólares (El Universal, 2010).

Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, las drogas ilegales presentan ciertos riesgos a diferencia de las legales, sin tener en cuenta los efectos farmacológicos. Por ejemplo, este tipo de sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando realmente son otra; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; falta de medidas higiénicas durante la administración; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda y un largo etcétera. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos, etc.

5. *Desarrollo de un estilo de vida (minimizador del estrés)*. Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Estas influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos. Quizás el más conocido es el Síndrome General de Adaptación (SGA), también denominado estrés. Labrador (1992) define el estrés como:

"que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas" (p. 27).

Actualmente se concibe al estrés como o un proceso transaccional entre el individuo y la situación. Según dicho enfoque, la naturaleza e intensidad de la reacción del estrés viene modulada, al menos, por tres factores: en primer lugar, por el grado de amenaza que el sujeto percibe en la situación; segundo, por la valoración que el individuo hace de los recursos que cree tener para afrontar con éxito la demanda de la situación; y, tercero, por la disponibilidad y el grado de afrontamiento que el sujeto pone en marcha, para restablecer el equilibrio en la transacción persona-ambiente. Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno específico, sino que representan un riesgo específico, que hace a los sujetos más vulnerables ante las enfermedades.

Otro tipo de conductas son las recomendadas por los profesionales que los individuos no realizan, y por último las que las personas realizan independientemente del sistema de salud (Olguín y Sánchez, 2003).

Aunque se conocen estas conductas para mantener la salud, hay algunos factores que influyen en el mantenimiento o no de la salud, como los factores biomédicos, los psicológicos y los sociales (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

### **3.2 Definición de hábitos negativos de salud**

Los hábitos negativos de salud son todas aquellas actividades que realizamos constantemente a lo largo de nuestra vida y que no suelen tener efectos positivos en nuestra salud y/o calidad de vida (Zaldivar, 1988).

Los estilos de vida, se revelan entonces como un área fundamental para la comprensión de las enfermedades. La mala alimentación, la obesidad, el consumo de tabaco, la presión arterial elevada, el sedentarismo, el estrés negativo, el burn out, entre otros factores psicosociales, son algunos de los factores de riesgo más importantes que propician la aparición de las enfermedades no transmisibles (Gisberth, 2007).

En la actualidad llevar una vida rigurosamente sana es un proceso complicado, debido al ritmo de vida que se lleva; no es que la gente no desee estar sana, sino que “no tiene tiempo para ello”. Actualmente, tan solo en el Distrito Federal hay 8,851,080 personas, de las cuales 4,173,981 son económicamente activas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2010), es decir, el 47% de la población que radica en el DF tiene un estilo de vida adaptado a trabajar. Según Gesbirth (2007), la vida laboral es un estilo de vida perfecto para el desarrollo de hábitos negativos de la salud que tienen como consecuencia la adquisición o desarrollo de alguna enfermedad crónico-degenerativa no transmisible, como lo son las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, cáncer, diabetes, etc.

ATSDR (2000) menciona que entre los hábitos negativos para la salud más frecuentes encontramos:

- Tabaco. Treinta por ciento de todos los cánceres se atribuyen a consumir o mascar tabaco. El consumo de cigarrillos se asocia también con cánceres de boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón y vejiga.
- Dieta. Los investigadores descubrieron que tipos diferentes de alimentos consumidos repercuten en el riesgo de contraer algún tipo de enfermedad crónica.
- Factores reproductivos. La categoría de los factores reproductivos hace referencia a los factores de riesgo entre mujeres. Por ejemplo, el riesgo de cáncer de mama aumenta si una mujer no tiene hijos antes de los 30 años de edad; tener una vida sexual sin cuidados incrementa la posibilidad de contraer algún tipo de ITS.
- Estilo de vida sedentario. Las propias defensas del cuerpo funcionan mejor cuando la persona realiza ejercicios y mantiene el peso ideal. Ejercicios moderados como caminar o subir escaleras pueden ayudar.
- Alcohol/drogas. Las personas que beben demasiado o que abusan las drogas indebidamente tal vez no coman bien o se cuiden, con lo cual se aumenta su riesgo general de diferentes enfermedades crónicas.

En el siguiente capítulo profundizaremos un poco más sobre alguno de los hábitos negativos más frecuentes y su relación con las enfermedades crónico-degenerativas.

### **3.3 Hábitos negativos recurrentes**

#### **3.3.1 Tabaquismo**

El tabaco, originario de América, es una planta de la familia de las solanáceas cuyas hojas secas y arrolladas, utilizadas en forma de tizón que se encendían por un extremo y se chupaba por el opuesto, llamaron la atención de los colonizadores (González, 1995).

El tabaco actúa elevando la cantidad de neurotransmisores, disminuyendo al mismo tiempo la circulación de la sangre por el cerebro y corazón y bloquea los impulsos nerviosos de la médula espinal (parte del sistema nervioso que se extiende por el canal existente en la columna vertebral y donde radican centros nerviosos muy importantes para el normal funcionamiento sexual). Todos estos efectos se determinan por la nicotina que se encuentra en proporción aproximada al 1 ó 2,5 % del peso del tabaco. Existen también otros mecanismos ajenos a los químicos, relacionados con los diferentes rituales como comportamientos rutinarios al manipular el cigarrillo o tabaco-cigarro en otros medios (González, 1995).

El consumo de tabaco es reconocido actualmente como el principal factor de riesgo causante de muertes y enfermedades, tanto en países desarrollados como en las naciones en desarrollo, donde se espera que el impacto negativo del tabaco será mayor en un futuro a mediano plazo. Los daños a la salud causados por fumar o estar expuestos al humo de otros fumadores aparecen a largo plazo, generalmente pasada la mitad de la cuarta década de la vida. Sin embargo, las primeras experiencias con los productos de tabaco ocurren generalmente durante



la adolescencia e, incluso, a finales de la niñez (Valdés, Meneses, Lazcano, Hernández y Hernández, 2004).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el tabaquismo representa la segunda causa principal de muerte en el mundo; esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2020 causará el doble de defunciones que las actuales, esto es, cerca de 10 millones de muertes (Kuri, González, Hoy y Cortés, 2006).

Kuri y cols. (2006), informan que en México el número total de muertes anuales atribuibles al tabaquismo por enfermedades concomitantes es de más de 60 mil (165 muertes al día), 38% de éstas (22 778 defunciones) consecutivo a enfermedad isquémica del corazón, 29% (17 390 muertes) a enfisema, bronquitis crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), 23% (13 751 defunciones) a enfermedad cerebrovascular y 10% a cáncer de pulmón, bronquios y tráquea (6 168 muertes).

### **3.3.2 Dieta no adecuada**

La dieta y la nutrición son muy importantes para promover y mantener la buena salud a lo largo de toda la vida. Está bien establecida su función como factores determinantes de enfermedades no transmisibles crónicas, y eso los convierte en componentes fundamentales de las actividades de prevención (OMS, 2003).

Los alimentos que consume la gente, en toda su variedad cultural, definen en gran medida la salud, el crecimiento y el desarrollo de las personas. Los comportamientos de riesgo, como el consumo de tabaco y la inactividad física, modifican el resultado para bien o para mal. Todo ello se inscribe en un ambiente social, cultural, político y económico que puede agravar la salud de las poblaciones a menos que se tomen medidas enérgicas para hacer que el ambiente sea favorable para la salud (OMS, 2003).

Las enfermedades crónico-degenerativas que presentan una estrecha relación con los hábitos alimenticios son las enfermedades cardiovasculares, la desnutrición y la obesidad. En el caso de las enfermedades cardiovasculares (ECV), la OMS (2003) menciona en qué manera influyen en ellas los alimentos y consumidos:

- ✓ Las grasas de la dieta influyen en el riesgo de ECV como la cardiopatía coronaria y el accidente cerebrovascular, debido a sus efectos en los lípidos sanguíneos, la formación de trombos, la tensión arterial, la función arterial (endotelial), la arritmogénesis y la inflamación. No obstante, esos riesgos pueden modificarse en gran medida alterando la composición cualitativa de las grasas de la dieta.
- ✓ La evidencia disponible muestra que el consumo de ácidos grasos saturados está directamente relacionado con el riesgo cardiovascular. La meta tradicional es restringir la ingesta de ácidos grasos saturados hasta menos del 10% de la ingesta energética diaria, y hasta menos del 7% en los grupos de alto riesgo.
- ✓ Para promover la salud cardiovascular, las dietas deben aportar cantidades muy reducidas de ácidos grasos trans (aceites y grasas hidrogenados). En la práctica eso significa una ingesta inferior al 1% del aporte calórico diario. Esta recomendación es particularmente válida para los países en desarrollo, donde con frecuencia se consumen grasas hidrogenadas baratas.
- ✓ La ingesta alimentaria de sodio de todas las fuentes influye en los niveles de tensión arterial de las poblaciones y debe limitarse para reducir el riesgo de cardiopatía coronaria y de los dos tipos de accidente cerebrovascular. Los datos de que actualmente se dispone sugieren que una ingesta diaria no superior a 1,7 g de sodio es beneficiosa para reducir la tensión arterial. Ha de tenerse en cuenta la situación especial de ciertas personas (por ejemplo las embarazadas o las personas no aclimatadas que realizan ejercicio físico intenso en condiciones de calor) que pueden verse perjudicadas por la reducción de sodio.

Evidentemente, tener precauciones sobre lo que comemos y en qué cantidades no solo previene ECV, sino diferentes tipos de enfermedades crónico-degenerativas.

### **3.3.3 Vida sedentaria**

La inactividad física es un factor de riesgo de primer orden, hay suficiente evidencia científica para considerarla así, ya que facilita la aparición de enfermedades cardíacas, algunos tipos de cáncer, diabetes tipo II, infarto de miocardio y ciertos desórdenes musculoesqueléticos. Un estilo de vida físicamente activo, mejora las sensaciones de bienestar general y la salud, por tanto el sedentarismo es uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en la población general. La contrapartida del sedentarismo es la actividad física. Las personas que mantienen un estilo de vida físicamente activo o una buena forma física tienen menores tasas de mortalidad que sus homónimos sedentarios y una mayor longevidad. Las personas que en cualquier momento de su vida abandonan su hábito sedentario para pasar a otro más activo físicamente o aumentan su forma física, reducen sus tasas de mortalidad significativamente (García y cols. 2007).

Entre los estudios sobre los beneficios para la salud de la práctica regular de actividad física, o de los riesgos de su ausencia, destacan los dirigidos al análisis de la asociación entre actividad física y enfermedades cardiovasculares (o factores de riesgo vascular), que incluyen fundamentalmente la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares (Varo y cols, 2003). Otro ejemplo de la influencia de la vida sedentaria en la salud es que se comprobó que la mayoría de los casos de diabetes tipo 2 (91%) podrían ser evitables a través de la modificación de determinados estilos de vida, que incluyen la realización de ejercicio físico de forma regular.

Para mejorar la salud, las personas de todas las edades deberían incluir un mínimo de 30 minutos de actividad física de intensidad moderada (como caminar a paso ligero) la mayoría de los días de la semana, si no todos. En la mayoría de las

personas, pueden obtenerse mayores beneficios para la salud realizando una actividad física de mayor intensidad o mayor duración. Esta actividad de resistencia cardiorrespiratoria debe complementarse en los adultos con ejercicios destinados a incrementar la fuerza al menos dos veces por semana, a fin de mejorar la salud del sistema musculoesquelético, conservar la autonomía en la realización de las actividades cotidianas y reducir el riesgo de caídas (OMS, 2003).

### **3.4 Apoyo social y hábitos negativos**

Un elemento importante que destaca Reyes (2003) dentro del análisis del Apoyo Social es la pertenencia del sujeto a una sociedad, comunidad o grupo, que son en última instancia, quienes les van a brindar apoyo y que juegan un rol importante, pues a través de ellos se transmiten reglas y normas que pueden influir en la prevención de la enfermedad, además de la información que pueden brindar desde el punto de vista práctico con este mismo objetivo. Sin embargo no siempre es de esta manera, también puede ser lo contrario, es decir, de manera general la sociedad, el grupo y la comunidad pueden estar atentando contra la prevención de las enfermedades a través de los mismos mecanismos. Se plantea también que los grupos pueden influir positivamente en el aumento de la adherencia terapéutica.

Dentro de los grupos que pueden cumplir estas funciones de apoyo, está el grupo familiar, con la particularidad que le aporta el ser un grupo de mucho significado e importancia para sus integrantes y al individuo necesitado en un lugar de mucha importancia (Reyes, 2003). Esta misma característica la convierte en una unidad peligrosa cuando no es capaz de brindar la atención y el apoyo necesario para los individuos con enfermedades crónicas.

Por eso, como ya se planteaba en el capítulo anterior, Reyes (2003) nos dice que no siempre el apoyo social tiene una connotación positiva a pesar de lo que semánticamente nos sugiera el término “apoyo”, refieren que para esto es necesario que el apoyo esté basado en las necesidades reales del que lo recibe,

que el proveedor esté capacitado para darlo, que quiera darlo, que se haga en el momento oportuno y que no genere dependencia o conductas sobreprotectoras.

## **CAPÍTULO IV**

### **ENFERMEDAD CRÓNICO-DEGENERATIVA**

Hablar de enfermedades crónico-degenerativas es hoy en día un tema recurrente en la vida diaria de muchas personas e incluso de familias enteras.

La segunda mitad del siglo XX ha sido testigo de importantes transiciones en las pautas de morbilidad, además de notables mejoras en la esperanza de vida. Ese periodo se caracteriza por profundos cambios de las dietas y los estilos de vida, que a su vez han contribuido a la aparición de una epidemia de enfermedades no transmisibles. Esta epidemia está emergiendo ahora, incluso de forma acelerada, en la mayoría de los países en desarrollo, mientras las infecciones y las carencias nutricionales retroceden como principales causas de defunción y discapacidad. (Córdova y cols., 2008).

El surgimiento de las enfermedades crónico-degenerativas surge como un problema de salud pública gracias a una serie de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de una gran parte de la población. Tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida (Córdova y cols., 2008). Durante la pasada década se han acelerado los rápidos cambios experimentados por los regímenes alimentarios y los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados. Esto está teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los países en transición. Si bien han mejorado los niveles de vida, se ha ampliado la disponibilidad de alimentos, éstos se han diversificado más y ha aumentado el acceso a los servicios, también hay que contabilizar repercusiones negativas significativas en forma de hábitos alimentarios inapropiados, disminución de la actividad física y mayor consumo de tabaco, con el correspondiente incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, especialmente entre las personas pobres.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud. Lo son por varios factores: el gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento (Córdova y cols., 2008). Estas enfermedades representan cada vez más un costo elevado para las organizaciones laborales, así como también significan altos costos en el cuerpo social y los servicios sanitarios, por las discapacidades que generan. Debido a esto, cada vez más comienzan a entrar en juego políticas de salud en espacios empresariales, regionales, nacionales y mundiales, que regulan los comportamientos y los estilos de vida de las personas (Gisbert, 2007).

De lo anterior se deriva la relevancia de estas enfermedades a nivel social, así como la atención que se les dedica. En este capítulo se aborda, de manera general, lo concerniente con las enfermedades crónico-degenerativas, así como su posible relación con el apoyo social.

#### **4.1 Definición de Enfermedad Crónico-degenerativa**

Las enfermedades crónico-degenerativas, de acuerdo con Lopategui (2000), son aquellas que comúnmente se adquieren por medio de estilos de vidas inapropiados, aunque siempre hay que considerar que existen factores genéticos o hereditarios a tomar en cuenta.

Además, el mismo autor nos dice que 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.

La OMS en 1979 define a la enfermedad crónica como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay

mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad. Entre estos factores se encuentran el ambiente, los estilos de vida y hábitos, la herencia, niveles de estrés, calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica (Vinannia y Orozco, 2005).

Dentro de las enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades neoplásicas (tumores), la mayor parte de estos cuadros son graves y constituyen una amenaza para la vida; representan también un problema significativo para la medicina y la psicología de la salud, ya que no sólo afectan a la persona que padece la enfermedad, sino también a los familiares y amigos. Las enfermedades crónicas, como el cáncer, no sólo alteran al paciente por el proceso de adaptación que implican, sino que pueden producir dificultades económicas, cambiar la visión que la persona tiene de sí misma, afectar las relaciones con los miembros de la familia y amigos (Brannon y Feist, 2001).

#### **4.2 Características de las enfermedades crónico-degenerativas**

Para Lopategui (2000), las enfermedades crónicas tienen las siguientes características:

- Comúnmente estas enfermedades toman un período de tiempo prolongado para que se desarrollen.
- Estas enfermedades ocasionan una destrucción progresiva de los tejidos.
- Interfieren con la capacidad del cuerpo para funcionar de forma óptima.
- Algunas de estas enfermedades pueden prevenirse, es decir, es posible minimizar sus efectos.

Las enfermedades crónicas difieren de las enfermedades agudas (infecciosas) en cuatro aspectos (Rodríguez, Pastor y López, 1993):



1. Las causas: la aparición de enfermedades agudas requieren, generalmente, de una exposición a agentes infecciosos, mientras que las enfermedades crónicas se relacionan con los estilos de vida de las personas.
2. El curso temporal: las enfermedades agudas son bruscas en su aparición y suelen desaparecer tras un periodo de tiempo breve y relativamente predecible, en tanto que las enfermedades crónicas presentan una aparición lenta e insidiosa y llegan a durar un tiempo largo e indefinido.
3. La identidad: las enfermedades agudas pueden atribuirse a varios agentes infecciosos o pueden asociarse con algunos síntomas claramente identificados; mientras que las enfermedades crónicas no pueden atribuirse a una sola causa concreta de aparición.
4. Los resultados: si se presenta un tratamiento adecuado, la mayoría de las personas con una enfermedad aguda logran llegar a recuperar su salud en un tiempo razonable, mientras que para el tratamiento de enfermedades crónicas los tratamientos, por más que sean los correctos, suelen ser largos, desgastantes, costosos e incluso, interminables.

La mayoría de las enfermedades crónicas afecta aspectos importantes de la vida en las personas que la padecen (Burish y Bradley, 1983 en Gil-Roales, 2004). Una de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad).

Los padecimientos crónicos se relacionan con síntomas de incapacidad que conducen a diversos grados de dependencias y requieren de terapéutica a largo plazo, en donde se incluye aprender a vivir con las limitaciones y continuar con los regímenes diseñados para controlar las manifestaciones clínicas, así como para prevenir las complicaciones. Las enfermedades crónicas repercuten en la auto

percepción del paciente, afectando el autoconcepto, es decir, actúan como un estímulo estresor que afecta física y emocionalmente a las personas, siendo la ansiedad la alteración de mayor incidencia, se conceptúa como la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas (Zavala, 2007).

Gil-Roales (2004) menciona que existe una etapa crítica de la enfermedad crónica e identifica una serie de reacciones comunes en ésta, las cuales están dirigidas a mantener un equilibrio emocionalmente razonable: mantenimiento o conservación de la autoimagen de forma satisfactoria, preservación de las relaciones familiares y sociales y la preparación para el futuro. En esta fase, las personas asumen diferentes estrategias de afrontamiento, la más frecuente es la negación o minimización de la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias. Otras estrategias frecuentes son buscar información acerca de la enfermedad y apoyo social-familiar.

Según Rodríguez, y cols. (1993) la adaptación de las personas a la enfermedad crónica está determinada por:

- ✓ Las características de la enfermedad: su duración, gravedad, la forma de aparición (repentina o gradual), su curso (posibles complicaciones, deterioro gradual de las funciones, dolor, etc.), la naturaleza y extensión de limitantes o los cambios visibles en la apariencia física (desfiguración, pérdida de algún miembro, etc.)
- ✓ Las características del individuo: su sistema de creencias, percepción de control, sus experiencias previas (aprendizaje previo de recursos y habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes), su carácter dependiente-independiente, autoestima, vulnerabilidad, etc.
- ✓ El contexto del sistema social: disponibilidad de recursos estructurales y sociales, apoyo social, redes sociales, etc.

Todas estas características pueden actuar facilitando o entorpeciendo la adaptación a la enfermedad crónica, la cual debe llevarse tanto en una esfera

física como en la comportamental, emocional, cognitiva, interpersonal y social (Rodríguez, y cols., 1993).

Las enfermedades crónico-degenerativas más comunes, incluyen las afectaciones cardiovasculares, cáncer y obesidad, de las cuales hablaremos en el siguiente apartado más a fondo, explicando brevemente sus causas, características y tratamientos.

### **4.3 Tipos de enfermedades crónico-degenerativas**

Las enfermedades no transmisibles o no comunicables (enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer principalmente) constituyen actualmente más del 60% de la carga de mortalidad, morbilidad y discapacidades en todo el mundo (OMS, 2011). Esto, aunado al aumento sostenido de sus factores de riesgo y su terrible impacto en los entornos familiares, laborales y comunitarios hace que se esté convirtiendo en tema de interés colectivo a escala global, y conduce a preguntarnos por las formas de vida de las personas en los nuevos escenarios de trabajo, un marco donde cada vez entran más en juego regulaciones de políticas sanitarias globales, nacionales, organizacionales e individuales

Algunas de estas condiciones de acuerdo con Lopategui (2000), son las siguientes:

- Enfermedades del corazón y circulatorias (cardiopatías coronarias aterosclerosis coronaria, las condiciones hipertensas, claudicación intermitente)
- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedades pulmonares

Además de las anteriores podemos contar como una enfermedad crónico-degenerativa la obesidad, la diabetes, altos niveles de colesterol en la sangre, hipertensión y síndrome metabólico (Gisbert, 2007).

#### **4.3.1 Enfermedades cardiovasculares**

Las enfermedades cardiovasculares representan la principal causa de morbilidad y mortalidad. El 25% de los fallecimientos por debajo de los 60 años de edad está relacionado con las enfermedades crónicas no transmisibles. Estos padecimientos son más frecuentes en países en vías de desarrollo; los cambios en los hábitos alimenticios con altos contenidos en grasas saturadas y grasas trans, así como el incremento del consumo de sodio, tabaco, alcohol y sedentarismo; incrementan el riesgo cardiovascular no sólo en la población adulta, sino también en los adolescentes y niños (Velázquez y cols., 2007).

El análisis realizado por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud en el período comprendido de 1998 al año 2000 revela que el porcentaje de defunciones por enfermedad coronaria fue de 55% para los hombres, y de 45% de las mujeres. El síndrome coronario agudo fue el responsable del 83.5 y 76.8% de las defunciones en hombres y mujeres, respectivamente. Por estas razones es que las estrategias de prevención primaria destinadas a la población en general, y de manera especial en el adulto joven, son un elemento indispensable para la disminución de las enfermedades crónicas no transmisibles y su impacto en la salud pública (Velázquez y cols., 2007).

En nuestro país, las enfermedades del corazón en conjunto, son la primera causa de mortalidad general. Cuando se desagrupan como causa única, la más prevalente de ellas, la cardiopatía isquémica se convierte en la segunda causa de mortalidad general, debajo de la diabetes mellitus (DM) cuya mortalidad es originada principalmente por complicaciones cardiovasculares. Cuando se considera por género, la DM sigue siendo la primera causa de mortalidad en las

mujeres pero no en los hombres, en quienes la cardiopatía isquémica ocupa la primera causa de muerte (Velázquez y cols., 2007).

De acuerdo con Velázquez y cols. (2007), las enfermedades más frecuentes relacionadas con las anomalías cardiovasculares suelen ser:

- *Angina de pecho.*
- *Angina estable.*
- *Angina inestable.*
- *Ataque isquémico transitorio.*
- *Ateroesclerosis.*
- *Enfermedad coronaria.*
- *Enfermedad cerebrovascular.*
- *Enfermedad vascular periférica.*
- *Infarto de miocardio o ataque cardíaco.*
- *Insuficiencia cardíaca.*

La OMS (2011) señala que los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares están bien definidos y bien conocidos, son llamados “factores de riesgo modificables”, como lo son las dietas malsanas, la inactividad física y el consumo del tabaco. A esta lista con el tiempo se han agregado otros provocados por cambios en el estilo de vida como el sedentarismo, la obesidad y otras alteraciones metabólicas como la intolerancia a la glucosa, las dislipidemias asociadas o no a la hipercolesterolemia, el síndrome metabólico (SM), la diabetes mellitus, y la historia familiar de enfermedad coronaria.

<b>Factores de Riesgo</b>	
<b>No modificables</b>	<b>Modificables</b>
Antecedentes heredofamiliares	Tabaquismo
Sexo	Vida Sedentaria

Edad	Obesidad
	Diabetes
	Dieta
	Estrés

Entre los factores de riesgo sociales podemos encontrar: 1) *problemas de salud* (enfermedad reciente, cambio de hábitos alimentarios, etc.); 2) *problemas laborales* (diferencia y aumento de responsabilidades, cambios de posición laboral, cambios en el tipo de trabajo y/o en los horarios); 3) *problemas familiares* (fallecimiento del cónyuge, nacimiento de un hijo, divorcio); 4) *problemas personales y sociales* (dificultades económicas, mudanzas, deudas monetarias) (OMS, 2011).

Los síntomas de la cardiopatía reumática consisten en dificultad para respirar, fatiga, latidos cardiacos irregulares, dolor torácico, desmayos, fiebre reumática consisten en fiebre, dolor y tumefacción articulares, cólicos abdominales y vómitos (OMS, 2011).

El tratamiento de las enfermedades cardiovasculares puede ir desde el consumo continuo y guiado por profesionales de medicamentos que no afectan la rutina diaria, hasta la intervención quirúrgica, que tendrá una recuperación prolongada, acompañada de medicamentos y una serie de chequeos médicos constantes. Además de que representa un cambio drástico en los hábitos de salud de cada persona, ya que tendrán que llevar una dieta más saludable, una rutina de acondicionamiento físico, etc. Es un proceso que necesitará de acompañamiento familiar y social (OMS, 2011).

#### 4.3.2 Cáncer

El término *cáncer* es genérico y designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del cuerpo. También se habla de tumores

malignos o neoplasias. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de los límites normales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo y propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer (López y Lizano, 2006).

El cáncer es una enfermedad que se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo, sin embargo, existen algunos tipos de cáncer que se han presentado con mayor incidencia en la población. Por ejemplo, en el 2002 la *Cancer Global Statistics* reportó 34 722 fallecimientos por cáncer en México, de los cuales el cáncer cervicouterino ocupó el primer lugar con un total de 5777 casos, el resto de los fallecimientos se debieron a: cáncer de seno (4310 casos), cáncer de estómago (2854 casos), cáncer de hígado (2719 casos), cáncer de pulmón (2515 casos), cáncer de páncreas (1799 casos), leucemia (1772 casos), cáncer de colon y recto (1615 casos), cáncer de ovario (1446 casos) y otros no específicos (9913 casos) (López y Lizano, 2006).

López y Lizano (2006) nos menciona que tipos diferentes de cáncer tienen causas diferentes y pueden depender de muchos factores. Algunos cánceres son más comunes que otros y las posibilidades de supervivencia varían entre tipos distintos. La mayoría de los cánceres no tienen causas conocidas de origen químico, ambiental, genético, inmunológico o viral y también surgen espontáneamente por causas que son, por lo tanto, difíciles de explicar.

Las causas del cáncer son muy complejas e implican tanto a células como a factores en el medio ambiente. Se han realizado muchos avances en la identificación de causas posibles de cáncer, que incluyen, de acuerdo con López y Lizano (2006):

- Sustancias químicas y de otro tipo. La exposición a sustancias como es el caso de ciertos metales o pesticidas, puede aumentar el riesgo de cáncer. Toda sustancia química que se sabe producir cáncer se conoce como carcinógeno. Asbesto, níquel, cadmio, uranio, radón,

cloruro de vinilo, bencideno y benceno son ejemplos de carcinógenos conocidos. Estos pueden actuar de manera aislada o conjuntamente con otros carcinógenos, como el humo del cigarrillo, para incrementar el riesgo de cáncer. Por ejemplo, la inhalación de fibras de asbesto aumenta el riesgo de enfermedades pulmonares, incluido el cáncer y el riesgo de cáncer es especialmente alto para las personas que trabajan con asbesto y fuman.

- Tabaco. Los carcinógenos más comunes en nuestra sociedad son aquellos presentes en el humo del cigarrillo. Se sabe que el humo del tabaco contiene al menos 60 carcinógenos y 6 sustancias tóxicas para el desarrollo. Además de causar 80% a 90% de los cánceres de pulmón, el consumo de tabaco se asocia también con cánceres de la boca, faringe, laringe, esófago, páncreas, riñón y vejiga. Evitar los productos del tabaco es una manera de disminuir el riesgo de cáncer de una persona.
- Radiación ionizante. Ciertos tipos de radiación, como radiografías, rayos de sustancias radioactivas y rayos ultravioletas de la exposición al sol, pueden producir daño al ADN de las células, lo cual puede provocar cáncer.
- Herencia. Ciertos tipos de cáncer ocurren más frecuentemente en algunas familias que en otras, lo cual indica cierta predisposición heredada a la aparición del cáncer. Sin embargo, incluso en estos casos, el medio ambiente desempeña una función en el desarrollo del cáncer.

Todas las personas debieran estar familiarizadas con ciertos signos que pueden indicar cáncer temprano. Es importante notificarlos inmediatamente, antes de que la afección se propague. Desafortunadamente, las etapas tempranas del cáncer son generalmente sin dolor. Por eso, la persona frecuentemente se demora en obtener diagnóstico y tratamiento (López y Lizano, 2006).



Los síntomas tempranos pueden incluir:

- Pérdida de peso inexplicable
- Sangrado o hemorragia extraño
- Indigestión persistente
- Presencia de secciones blancas en la boca
- Manchas blancas en la lengua.

Los factores de riesgo pueden incluir elementos tales como edad, raza, sexo, factores genéticos, dieta y exposición a sustancias químicas, radiación y tabaco. La genética desempeña una gran función para la mayoría de los cánceres, como es el caso del cáncer de mama y el cáncer de colon. Esto significa que la historia de salud de una familia puede constituir un factor de riesgo para algunos tipos de cáncer (López y Lizano, 2006).

Las elecciones personales que realizamos sobre la manera en que vivimos pueden aumentar nuestra probabilidad de contraer cáncer. Estas elecciones se denominan factores del estilo de vida e incluyen consumo de tabaco, consumo excesivo de bebidas alcohólicas e ingesta de alimentos con un exceso de calorías, alto contenido graso y bajo contenido de fibras. Otros factores que aumentan el riesgo se relacionan con el contacto sexual y la exposición al sol (López y Lizano, 2006).

El tratamiento para el cáncer, dependiendo de su gravedad, suele llevar procesos de quimioterapia, radioterapia y medicamentos. Esta enfermedad también requiere de cambios en los hábitos alimenticios, de actividad física, etc. Suele ser un proceso desgastante, que conlleva diversas reacciones secundarias, físicas y emocionales, que necesitan una red de apoyo social bastante contundente (López, y Lizano 2006).

### 4.3.3 Diabetes

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, no sólo por su alta prevalencia, sino también por las complicaciones crónicas que produce y por su elevada tasa de mortalidad. La forma más exacta de estimar la prevalencia de la DM es la práctica de un test de tolerancia oral a la glucosa (Godoy, 2002)

La diabetes mellitus es una compleja y heterogénea enfermedad metabólica caracterizada por altas concentraciones de glucosa en sangre, asociadas a un deterioro de la producción de insulina (tipo I) o de su acción (tipo II) que resulta en una incapacidad del organismo para utilizar los nutrientes. Factores genéticos y ambientales, así como el estilo de vida, parecen relacionados con la etiología y el pronóstico, además de importantes diferencias en la frecuencia y las complicaciones. La diabetes mellitus es una de las 10 principales causas de muerte en la mayoría de los países de América, y ocupa el séptimo lugar en Cuba (Godoy, 2002).

Godoy (2002) indica que los factores de riesgo de la DM incluyen la edad avanzada, la obesidad, la historia familiar de diabetes, la etnia, el nivel socioeconómico y el estilo de vida occidental (se refiere principalmente a la obesidad, dieta e inactividad física).

Los objetivos generales del tratamiento de la diabetes son: evitar las descompensaciones agudas, prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad, disminuir la mortalidad y mantener una buena calidad de vida. Por lo que se refiere a las complicaciones crónicas de la enfermedad, está claro que el buen control glucémico permite reducir la incidencia de las complicaciones microvasculares (retinopatía, nefropatía y neuropatía) (Simó y Hernández, 2002).

La dieta y el ejercicio serán parte fundamental del tratamiento de la diabetes. Las recomendaciones dietéticas deberán adaptarse a cada individuo para conseguir los objetivos generales del tratamiento. En este sentido hay que

considerar que la obesidad es muy frecuente en los diabéticos tipo 2 y, por tanto, uno de los principales objetivos será la reducción del peso. El contenido calórico de la dieta deberá ajustarse en cada individuo en función de su índice de masa corporal y de la actividad física que desempeñe habitualmente. En cuanto a la proporción de nutrientes de la dieta, se recomienda que las proteínas constituyan el 10-20% del total de las calorías ingeridas, y las grasas menos del 30%, con menos del 10% de grasas saturadas. En cuanto a los hidratos de carbono, debe darse más importancia a la cantidad total ingerida que a la procedencia de los mismos, pero deberían evitarse los hidratos de carbono de absorción rápida (Simó y Hernández, 2002).

El ejercicio físico, además de constituir un pilar fundamental en el tratamiento de los pacientes diabéticos, contribuye a prevenir el desarrollo de diabetes durante la vida adulta. En los pacientes con una diabetes tipo 2 el ejercicio moderado y regular (30 minutos al día) es muy beneficioso, pues disminuye la glucemia al aumentar la sensibilidad a la insulina, mejora el perfil lipídico, reduce la presión arterial, contribuye a la reducción ponderal y mejora el estado cardiovascular (disminución de la frecuencia cardíaca en reposo, aumento del volumen sistólico y disminución del trabajo cardíaco). Además, proporciona una mejor sensación de bienestar y calidad de vida. El principal inconveniente del ejercicio en los pacientes diabéticos es la hipoglucemia, que puede ocurrir varias horas después y debe condicionar el ajuste de la pauta terapéutica. Además, en los pacientes con diabetes tipo 1 con mal control metabólico, y en especial tras un ejercicio anaeróbico, puede producirse una descompensación hiperglucémica o incluso cetosis. Al margen de las alteraciones en el metabolismo de la glucosa, el ejercicio físico puede comportar otros riesgos. Por tanto, el programa de ejercicio debe planificarse de forma individual en función de la capacidad física del paciente y de los riesgos potenciales (Simó y Hernández, 2002).

#### 4.3.4 Enfermedades Pulmonares

La *Global Initiative for Obstructive Lung Diseases* de 2001 (GOLD) define la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) como la limitación progresiva del flujo aéreo, no totalmente reversible, causada por una reacción inflamatoria a la inhalación crónica de partículas tóxicas. Paralelamente, la *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica* (SEPAR) define la EPOC como la presencia de obstrucción crónica y poco reversible al flujo aéreo, asociada a una reacción anómala causada principalmente por el humo del tabaco (Arnalich, Con, Mola e Izquierdo, 2009).

La EPOC es la cuarta causa de muerte, precedida por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, y es la única causa que aumenta, estimándose que en el año 2020 será la tercera causa en todo el mundo (Abal y cols., 2009).

Es también, una de las principales enfermedades asociadas con el consumo de tabaco, y se caracteriza por síntomas respiratorios crónicos y por una caída acelerada de la función pulmonar. Sólo 2 de cada 10 fumadores desarrollan EPOC, y hoy por hoy, dejar de fumar es la única intervención que efectivamente disminuye la progresión de la enfermedad (Flores-Trujillo y cols., 2009).

La EPOC es una enfermedad prevenible y tratable que frecuentemente se asocia a otras alteraciones extrapulmonares. Debe diferenciarse de otras enfermedades que también cursan con disminución crónica del flujo aéreo pero que tienen una causa específica (Flores-Trujillo y cols., 2009).

La EPOC se caracteriza por poder tener otros trastornos asociados. Los trastornos más frecuentemente asociados son la inflamación sistémica, pérdida de peso, miopatía, patología cardiovascular, osteoporosis, cáncer de pulmón, diabetes y depresión (SEPART-ALAT, 2009).

El tratamiento de la EPOC consiste en dejar de fumar definitivamente, o de lo contrario el resto del proceso no surgiría ningún efecto positivo. Además el

paciente debe incluir en su rutina diaria una serie de ejercicios de manera gradual, para poder recuperar su capacidad pulmonar. En caso de que la EPOC esté en un nivel mayor puede llegar a ser necesaria la hospitalización y/o el uso de oxigenación constante, ya sea en el hospital o en su domicilio, además de requerir una vigilancia constante y ayuda para realizar las actividades más comunes, como caminar (SEPART-ALAT, 2009).

#### **4.3.5 Sobrepeso y Obesidad**

La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial, que se define por la presencia de un exceso de grasa corporal perjudicial para la salud. Puede asociarse a complicaciones potencialmente graves y precisa un enfoque multidisciplinar por su gran repercusión clínica y elevado coste sanitario (Del Álamo, 2006). Su prevalencia va en aumento, ya que afecta al 15.5% de la población adulta (25-60 años) y es más frecuente en mujeres en un 17.5% que en varones con un 13.2%.

La etiología de la obesidad incluye factores genéticos y medioambientales. La causa más común es el exceso de aporte energético en relación al consumo. En las últimas décadas existe un mayor consumo de alimentos hipocalóricos (alto contenido de grasas y azúcares) y una menor actividad física, tanto laboral como social o del tiempo de ocio (Del Álamo, 2006).

La obesidad, a diferencia de otras enfermedades como las infecciones, el cáncer y las enfermedades mentales, es una enfermedad progresiva que puede revertirse o controlarse más fácilmente en su fase inicial. La detección y tratamiento de comorbilidades en el paciente obeso permite construir una relación médico-paciente más adecuada, ya que en la medida que el médico, el nutriólogo o cualquier otro profesional de la salud detecta la presencia de una enfermedad y el paciente toma conciencia de ella, se favorece la adherencia al tratamiento (García-García, 2008).

García-García (2008), menciona que desde la perspectiva de la salud pública asociar ambas entidades permite transmitir a la comunidad varios mensajes más fácilmente, como:

- a) Reforzar la noción de que la obesidad es una enfermedad.
- b) Transmitir el concepto de que existe "un continuum" entre la obesidad y el síndrome metabólico.
- c) Transmitir la importancia de controlar la obesidad para evitar o retardar la expresión de comorbilidades, en particular del síndrome metabólico.
- d) Hacer énfasis en que la detección de la obesidad, en particular la abdominal, permite identificar un mayor número de individuos con riesgo de sufrir eventos isquémicos.
- e) Acudir periódicamente a los sistemas de salud para el control y prevención de estos padecimientos.

Es necesario identificar con precisión los factores determinantes ambientales que contribuyen al problema con gran énfasis en la comprensión de los factores básicos y subyacentes, tales como acceso a alimentos saludables, entornos que fomenten la actividad física y al conocimiento de la población para el autocuidado y los mecanismos involucrados en estos procesos (García-García, 2008).

El consumo de bebidas que proporcionan energía como jugos, aguas frescas, refrescos, té o café con azúcar, bebidas endulzadas, leche entera y bebidas alcohólicas, eleva considerablemente la ingestión energética promedio en los mexicanos. Dependiendo del grupo de edad, entre 19 y 22% de la energía de la dieta proviene de bebidas. En los niños, la leche entera es la bebida que más contribuye a la ingestión energética, por lo cual es importante promover programas sociales de abasto de leche a comunidades de bajos recursos, con alternativas al consumo de leche entera, en virtud de que la obesidad infantil ya no es un problema exclusivo de los grupos de mayor nivel socioeconómico. También,

promover el consumo de leche baja en grasa como una alternativa saludable especialmente para niños con sobrepeso o con riesgo de tenerlo. En adultos es necesario orientarles sobre la importancia de consumir bebidas sin energía como agua simple para hidratarse (García-García, 2008).

En el mundo cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo del miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral. En México, en la población adulta (20 a 69 años) hay más de 17 millones de hipertensos, más de 14 millones de dislipidémicos, más de 6 millones de diabéticos, más de 35 millones de adultos con sobrepeso u obesidad y más de 15 millones con grados variables de tabaquismo. En América Latina 75% de la mortalidad total en adultos se debe a enfermedades crónicas (García-García, 2008).

La obesidad es una alteración metabólica que se asocia a enfermedades graves como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial y la enfermedad arterial coronaria. A pesar de que es uno de los principales factores de riesgo para estas entidades, rara vez se le considera como una enfermedad por sí misma. Algunas razones para esta apreciación son: 1) la variedad y complejidad de las causas que la originan; 2) el escaso conocimiento sobre los mecanismos fisiopatológicos implicados; 3) la alta prevalencia de obesidad entre la población infantil y adulta, lo cual lleva a percibir a esta entidad como una característica "frecuente o común", y 4) la poca información que tiene la población general sobre los efectos adversos de la obesidad (García-García, 2008).

La obesidad es una enfermedad prevenible, tratable y curable, siempre y cuando la persona, y su red de apoyo, cambien sus hábitos de vida y comiencen a realizar una rutina de ejercicio y comida saludable; sin embargo, si el grado de obesidad es mayor e incapacitante, se puede llegar a recurrir a las cirugías; por ello es de vital importancia promover las costumbres preventivas de esta enfermedad, evitando la presencia de otro tipo de enfermedades relacionadas con la obesidad.

#### 4.4 Apoyo social y enfermedad crónico-degenerativa

El apoyo social, para un paciente con enfermedad crónico-degenerativa, está relacionado con el afrontamiento de dicha enfermedad, lo cual permite una mejor adaptación al tratamiento correspondiente y promoviendo una recuperación más rápida; además de que incrementa la calidad de vida, no solo del paciente, sino de toda la familia (Remor, 2002). En este sentido, las investigaciones demuestran que estos factores (apoyo social y calidad de vida) se relacionan en:

- Reducir el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes en la vida de la persona, y reduciendo, por lo tanto, la posibilidad de que los niveles de estrés puedan contribuir a la aparición o agravamiento de otra enfermedad.
- Contribuye a minimizar los niveles de morbilidad y, sobre todo, contribuye a una mejor rehabilitación.

Según Vargas, Ibáñez y Jiménez (2003), entre los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad crónica, está: a) la familia puede influir en el curso de la enfermedad crónica, entendiendo que la interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad pueden tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico, y b) la familia como recurso. Conviene destacar que la familia es la fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, destacando el papel de la cuidadora primaria, que es la que aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional.

Se ha encontrado que el apoyo social ayuda a las personas con enfermedades crónicas a reducir el estrés en la vida además de que provee un espacio para relajarse y desarrollar un compartir positivo. Esto, a su vez, reduce los efectos negativos de la condición de salud. Algunos estudios han reportado que el apoyo social tiene un impacto positivo en el desarrollo de autoeficacia, definiéndola como la creencia individual en la habilidad y competencia para realizar alguna conducta en particular (Vargas, Ibáñez y Jiménez 2003).



El estudio de la relación entre enfermedad crónica y apoyo social se ha visto más centrado en casos de SIDA, enfermedades cardiovasculares o cáncer, mientras que en México se ha visto más enfocado en casos de mujeres embarazadas y personas con diabetes (Vargas, Ibáñez y Jiménez 2003)

Por ejemplo, Castro, (2006) realizó un estudio cualitativo bajo la estrategia metodológica del estudio de caso con el propósito de identificar el significado, las fuentes, la estructura y las formas del apoyo social en torno al paciente diabético. En este estudio realizó entrevistas semiestructuradas a 34 pacientes diabéticos tipo 2, del área metropolitana de Monterrey y del sur del Estado de Nuevo León. Los datos se analizaron con el apoyo del programa Atlas-ti. Los resultados arrojaron cuatro formas de apoyo social (familiar, social, religioso e institucional), así como los conceptos de *acomodación del apoyo social y cercanía con el padecimiento*. Además de que constituyen un aporte susceptible de aplicarse a través de programas de mejoramiento de la calidad de vida y de prevención de complicaciones. En este estudio se denota la relación positiva entre el apoyo social que percibe el paciente y la enfermedad crónica que presenta.

Reyes (2003), realizó un estudio descriptivo longitudinal, en el que se evaluaron las modificaciones en la percepción del apoyo social y el funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal que recibieron tratamiento hemodialítico en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas” de Santiago de Cuba en el periodo 2003-2008. La investigación fue realizada con una muestra de 28 pacientes, a la que se le aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Funcionamiento Familiar (FF-SIL), el Cuestionario de Apoyo Social Percibido (CAS-7) y el Cuestionario de Apoyo Social (SS-R) Vaux A, así como la entrevista no estructurada y la encuesta familiar. Los resultados que la autora encontró apuntan al incremento de la necesidad percibida de apoyo social y el aumento de los niveles de satisfacción con este, además de, una disminución en la tendencia a la funcionalidad familiar, aunque prevalecen las familias funcionales, lo que sugiere la importancia de monitorear en el tiempo la percepción y satisfacción con el apoyo social, el impacto de la enfermedad en la familia, así

como el determinar las causas de la disfuncionalidad y su relación con la enfermedad.

Por su parte, Remor (2002) realizó una investigación en la que evaluaba la relevancia del apoyo social en personas infectadas con VIH, para ello hizo un estudio transversal, descriptivo y correlacional, trabajando con 100 personas infectadas de VIH que recibían tratamiento en un hospital universitario de Madrid. Empleó un Cuestionario de Apoyo Social Duke-UNC-11 y un cuestionario de CVRS MOS-SF30, ambos de autoadministración y cuyo objetivo es medir la percepción de apoyo social; el autor encontró diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentaban; en concreto, aquellos con un bajo apoyo social han presentado una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo y experimentaban peor salud física y emocional que en el mes anterior. En conjunto la CVRS fue peor en aquellos sujetos con un nivel de apoyo social bajo. En el mismo sentido, a través de la ecuación de regresión lineal, el nivel de apoyo social ha demostrado ser una variable predictora de la CVRS.

Si se observa de forma clara la eficacia del apoyo social en la mejora de los pacientes con alguna enfermedad crónica no podemos limitarnos a únicamente la que ellos perciben o reciben de su círculo social principal, sino que hay que ofrecerle herramientas y espacios para que reciba un apoyo social más eficaz.

Durá (1991) identifica que pese a que el apoyo social es una necesidad, muchos pacientes con cáncer no lo reciben o no lo perciben. En su estudio realizado a un grupo de personas con esta enfermedad, les pidió que seleccionaran, de una lista de 100 problemas, aquellos que habían experimentado con mayor frecuencia, dejando como resultado 20 problemas que todos seleccionaron, siendo estos los relacionados con la comunicación (p. ej. “la gente te trata diferente cuando sabe que has tenido cáncer”, “dificultades para hablar del cáncer con los amigos” “dificultad para hablar del futuro”. Con ello Durá demuestra

que estar diagnosticado y/o en tratamiento de una enfermedad crónica no solo incrementa la necesidad de apoyo social, sino que nos hace más susceptibles a su ausencia y limita nuestras capacidades de buscarlo. Es por ello que recomienda el uso de otras redes de apoyo más allá de las familiares o de amigos cercanos, redes que estén formadas por personas que padecen los mismos problemas, guiados por un especialista que los ayude a canalizar sus esfuerzos en la búsqueda de la mejora de su salud. Evidentemente este tipo de apoyo social no solo tiene funcionamiento en personas con enfermedades oncológicas, sino en cualquier otro tipo de enfermedad crónica o problema social.

# CAPÍTULO V

## MÉTODO

### 5.1 Objetivo general.

Analizar la relación existente entre el apoyo social, y sus diversos componentes, con los hábitos negativos presentes en pacientes con enfermedad crónica que habitan la Zona Metropolitana.

### 5.2 Objetivos específicos.

- Analizar la relación entre Apoyo Emocional y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónica
- Analizar la relación entre Apoyo Informativo y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónica.
- Analizar la relación entre Apoyo Tangible y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónica.
- Analizar la relación entre Intercambio Negativo y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónica

### 5.3 Método.

El método a emplear es no experimental, descriptivo y explicativo.

#### **5.4 Hipótesis.**

Debido a que la investigación que se llevará a cabo es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo, no se formuló una hipótesis como tal y se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de la variable independiente (apoyo social) para identificar las variables dependientes (hábitos negativos).

#### **5.5 Metodología.**

La investigación inicial es no experimental, descriptiva y explicativa utilizando el método de encuesta observacional con diseño transversal descriptivo explicativo, se utilizarán instrumentos transversales en muestras no probabilísticas, en donde no existirá la manipulación de variables experimentales, considerando la observación de fenómenos en un ambiente natural, obteniendo registros de variables dependientes.

El tipo de diseño transversal descriptivo y explicativo proporcionará la descripción de las propiedades de la muestra.

#### *Sujetos*

Se tomará una muestra no probabilística de 985 sujetos, con una edad oscilante entre los 17 y 77 años para ambos sexos.

La población estará conformada por:

- Usuarios del Sistema Salud: pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1º De Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Comunidades: sujetos pertenecientes a una agrupación; sin importar sexo o nivel socioeconómico.

- Familias: conformadas por padre, madre e hijos.
- En Instituciones (sector salud): Prestadores de servicio, enfermeras, técnicos, etcéteras.
- Administradores y profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

#### *Escenario*

- Sector salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados.
- Comunidades: Sociedad de Colonos del Frac. Bosques de Aragón S.C. y Sociedad de Colonos Lindavista S.C.
- Familias: se solicitó la participación de las familias cuyos hijos asisten a los colegios: Escuela primaria “Thomas Alva Edison” A.C., Secundaria “Colegio Cultural México” A.C. y Escuela Nacional Preparatoria Núm. 3 “Justo Sierra” UNAM.
- Instituciones: Profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

#### *Definición de variables*

Se determinó la diferencia estadística que existe entre las variables independientes, con los reactivos que evalúan la historia de salud (variable dependiente) de la población.

V.I. Apoyo social: apoyo emocional, apoyo tangible, apoyo informativo e Intercambio negativo.

V.D. Hábitos negativos de Salud: alimenticios, consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y/o drogas y actividades de alto riesgo.

### *Materiales e instrumentos*

#### Materiales:

- 980 formatos de los instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud” (Ramírez y Cortés, 2000).
- Bolígrafos.

#### Instrumento:

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (2000) (*Ver Anexo 1*):

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

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

un promedio de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual, cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban dos investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test-Retest mayor a .70 en la mayoría de las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población.

Para esta investigación se utilizaron los siguientes reactivos de cada escala.

- Instrumento “Funcionamiento de la Salud”

Escala Hábitos de Salud		Reactivos
Hábitos	negativos	16, 22, 33, 36

- Instrumento “Funcionamiento Psicosocial”

Escala	Reactivos
Apoyo social	
Apoyo emocional	30
Apoyo informativo	27
Apoyo tangible	33



Intercambio	34, 35, 36, 37
-------------	----------------

La selección de los reactivos se realizó tomando como base los factores consultados en el marco teórico.

## 5.6 Procedimiento

Diseño de investigación:

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

Fases:

1. Aplicación del instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con el previo consentimiento Institucional e individual. En algunos casos (hospitales públicos) se administró grupalmente ya que algunas salas de espera se encontraban hasta 254 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de participantes encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y, en algunos casos, para leer los reactivos a las personas que lo requirieran. El tiempo estimado en responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplicó una sola vez para cada sujeto.
2. Captura de datos: Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.

3. Análisis de datos: Se utilizó una prueba no paramétrica Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

## CAPÍTULO VI

### RESULTADOS

El análisis estadístico de los datos se realizó con el paquete de datos estadísticos SPSS versión 17.0. La prueba estadística utilizada fue la Chi Cuadrada.

A continuación se describen las características de la población estudiada, así como los datos que se obtuvieron del análisis estadístico que tienen que ver con las variables de este trabajo, que son el apoyo social y los hábitos negativos que tuvo la población.

El número de personas que participaron en el estudio fue de 980, de los cuales 443 eran hombres y 537 eran mujeres. La edad de la población se encuentra entre los 18 y los 70 años de edad.

En cuanto al nivel de estudios de los participantes, se obtuvo que el 15.7 % cuenta con primaria, el 13.7% cuenta con secundaria, el 16.5% cuenta con preparatoria, el 18.6% con carrera técnica, el 33.5% cuenta con nivel profesional de estudios, y el 1.7% dijo no tener ningún grado de los mismos.

La descripción de los datos se hizo con base en los instrumentos Funcionamiento de la salud (FS), que consta de cinco subescalas con un total de 69 reactivos, y Funcionamiento Psicosocial (FP), que consta de cuatro subescalas con un total de 58 reactivos, ambos de Ramírez y Cortés (2000).

Las subescalas que se analizaron fueron las siguientes:

- Instrumento “Funcionamiento Psicosocial”

Escala	Reactivos
Apoyo social	

Apoyo emocional	30
Apoyo informativo	27
Apoyo tangible	33
Intercambio negativo	34, 35, 37

- Instrumento “Funcionamiento de la Salud”

Escala Hábitos de Salud	Reactivos
Hábitos negativos	16, 22, 33, 36

De la combinación de las escalas elegidas para este estudio de los dos instrumentos, se tuvieron los siguientes apartados:

- “Satisfacción con el apoyo emocional”, relacionado con “beber cafeína”, “tomar cerveza”, “consumir tabaco” y “consumo de drogas”.
- “Satisfacción con guía recibida”, relacionada con “beber cafeína”, “tomar cerveza”, “consumir tabaco” y “consumo de drogas”.
- “Satisfacción con cosas que les dieron”, relacionado con “beber cafeína”, “tomar cerveza”, “consumir tabaco” y “consumo de drogas”.
- “Familiares impacientes” relacionado con “beber cafeína”, “tomar cerveza”, “consumir tabaco” y “consumo de drogas”.
- “Familiares poco considerados” relacionado con “beber cafeína”, “tomar cerveza”, “consumir tabaco” y “consumo de drogas”.
- “Familiares que llamaron la atención” relacionado con “beber cafeína”, “tomar cerveza”, “consumir tabaco” y “consumo de drogas”.
- “Familiares que se burlaron” relacionado con “beber cafeína”, “tomar cerveza”, “consumir tabaco” y “consumo de drogas”.

A continuación se presentan las tablas y las gráficas que se obtuvieron de las correlaciones anteriores.

### Satisfacción de apoyo emocional \* Beber cafeína

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.045	.033	-1.400	.162 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.038	.033	-1.201	.230 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 1. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción del apoyo emocional y el beber cafeína.

La prueba arrojó una significancia de .162, por lo que se puede decir que no hay una correlación ni significancia estadística entre ambas variables.

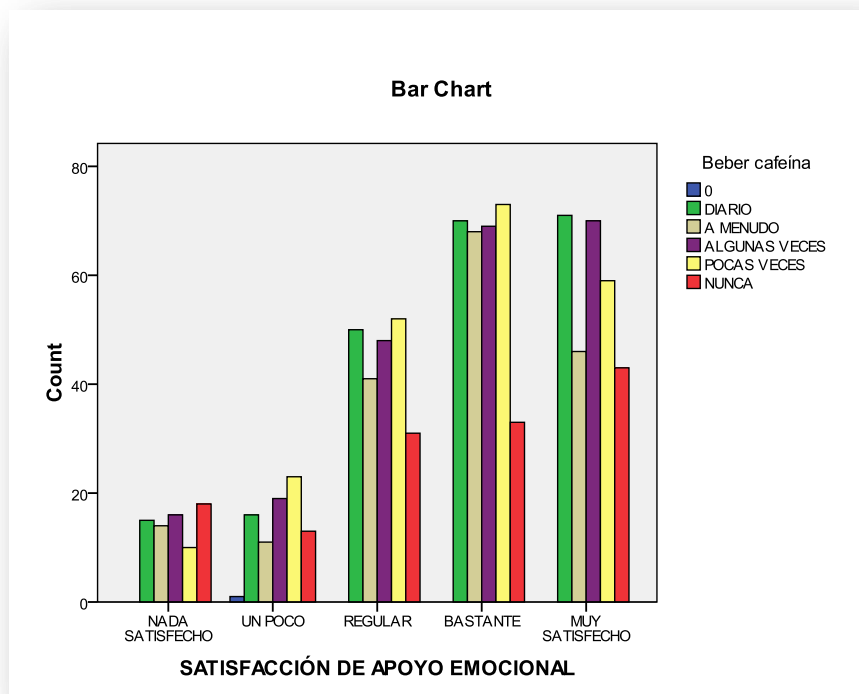


Figura 1. Muestra el grado de satisfacción de apoyo emocional para la frecuencia en la ingesta de cafeína.

En los diferentes grados de satisfacción se observa que la ingesta diaria de cafeína es alta, la primera o segunda opción más alta, alternando con la opción “pocas veces”.

### Satisfacción de apoyo emocional \* Consumir tabaco

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.001	.033	.032	.975 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.007	.032	.227	.821 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 2. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción del apoyo emocional y el consumo de tabaco.

La significancia fue de 0.975 por lo que en esta ocasión, las variables no tienen una relación estadística entre ellas.

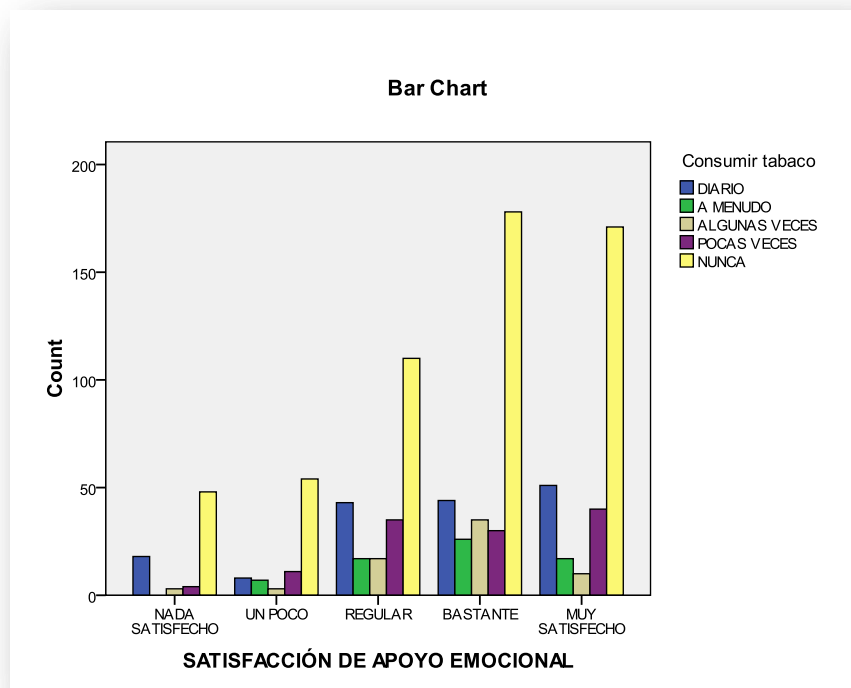


Figura 2. Muestra el grado de satisfacción de apoyo emocional para las frecuencias del consumo de tabaco.

Es evidente que la frecuencia de nula ingesta de tabaco es la predominante en este caso, aunque, en contraste, la siguiente frecuencia predominante es la del consumo diario de tabaco.

### Satisfacción de apoyo emocional \* Tomar cerveza

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.033	.033	1.031	.303 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.036	.032	1.112	.266 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 3. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción del apoyo emocional y tomar cerveza.

Se obtuvo una significancia de .303 por lo que podemos decir que no hay una relación estadística entre las dos variables anteriormente mencionadas.

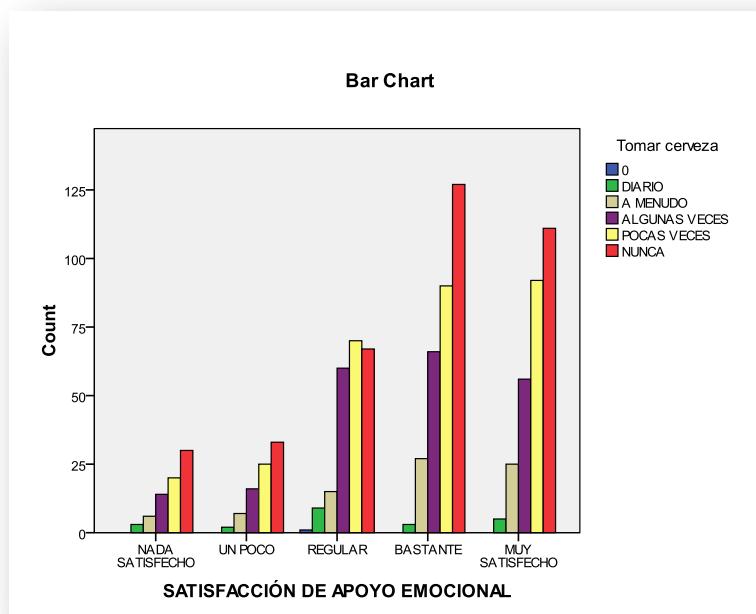


Figura 3. Muestra el grado de satisfacción de apoyo emocional para las diferentes frecuencias de tomar cerveza.

La frecuencia más recurrente en este caso es la de “nunca” en cuanto a la toma de cerveza en la mayoría de los grados de satisfacción de apoyo emocional, con excepción de la satisfacción regular, en la que la frecuencia más recurrente es la de “pocas veces”. Por lo demás, se tiene un patrón similar, en las que la menor frecuencia es la de “diario”, seguida por “a menudo”, “algunas veces”, “pocas veces” y “nunca”, de manera creciente.

### Satisfacción de apoyo emocional \* Usar drogas

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.078	.030	2.449	.014 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.095	.028	2.994	.003 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 4. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción del apoyo emocional y el uso de drogas.

La significancia obtenida al usar la chi cuadrada en estas dos variables es de .014 por lo que se dice que no existe una relación estadística entre ambas, las cuales son la satisfacción de apoyo emocional y el uso de drogas.



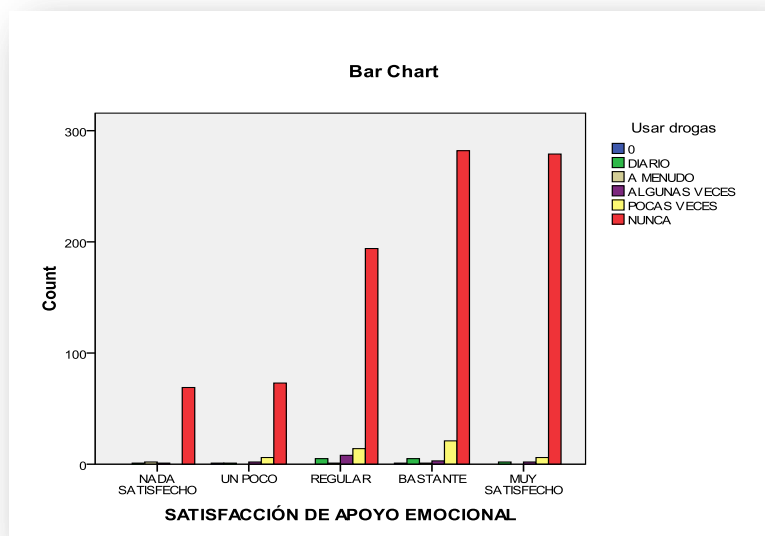


Figura 4. Muestra el grado de satisfacción emocional para las diferentes frecuencias del uso de drogas.

Se observa que la opción mayormente mencionada en cuanto al consumo de drogas es la de “nunca” en todos los grados de satisfacción. Así también se observa que las demás frecuencias es prácticamente nula en todos los grados de satisfacción de apoyo emocional salvo en las opciones “regular” y “bastante” donde también se menciona la frecuencia “pocas veces” aunque de manera mínima.

### Satisfecho con guía \* Beber cafeína

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.041	.032	-1.291	.197 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.053	.032	-1.657	.098 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 5. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con guía y beber cafeína.

El resultado de la significancia para estas dos variables es de .197 por lo que no hay una relación estadística entre ambas.

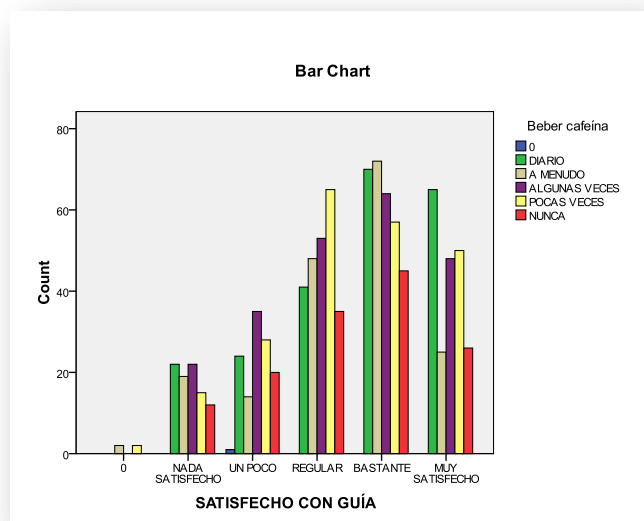


Figura 5. Muestra el grado de satisfacción con guía para cada una de las frecuencias de beber cafeína.

En la gráfica anterior se observa que el arreglo de las respuestas es muy variado. Para la frecuencia “nada satisfecho” las opciones predominantes fueron *a menudo* y *pocas veces*; para la frecuencia “un poco” la opción predominante fue *pocas veces*; para la frecuencia “regular”, la opción más recurrente fue *pocas veces*; para la frecuencia “bastante” la opción *a menudo* es la más mencionada; y, finalmente, para la frecuencia “muy satisfecho” la opción más mencionada es *diario*.

### Satisfecho con guía \* Consumir tabaco

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.036	.033	-1.111	.267 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.034	.032	-1.064	.288 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 6. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con la guía y el consumo de tabaco.

En esta ocasión, el valor de la significancia es de .267, por lo que podemos afirmar que no están relacionadas estadísticamente, de acuerdo con la correlación de Pearson.

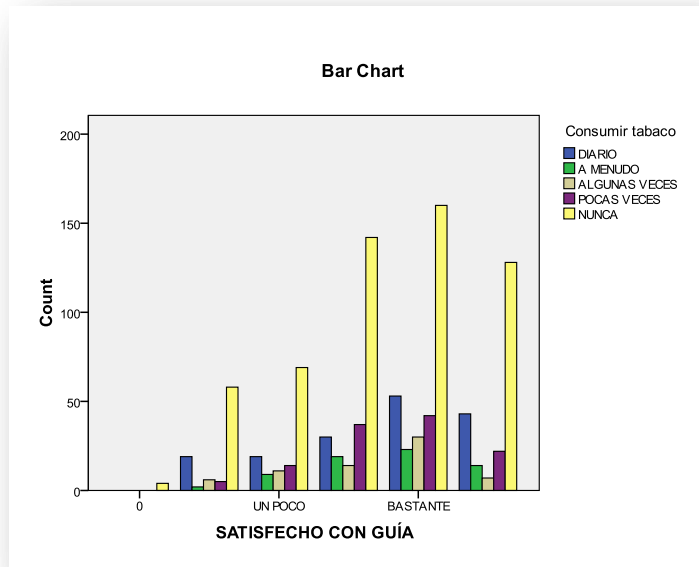


Figura 6. Muestra el grado de satisfacción con la guía que los participantes recibieron para cada una de las frecuencias de consumir tabaco.

En la gráfica anterior se observa que la frecuencia más mencionada para todos los grados de satisfacción con la guía es la de *nunca*. Esta opción es altamente predominante entre las demás, como se puede ver.

### Satisfecho con guía \* Tomar cerveza

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.044	.031	-1.387	.166 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.042	.032	-1.322	.186 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 7. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con la guía y tomar cerveza.

La significancia aproximada para estas dos variables es de .166. A partir de esto se puede decir que no hay una relación estadística entre ambas. Las variables consideradas en esta relación son la satisfacción con la guía recibida y tomar cerveza.

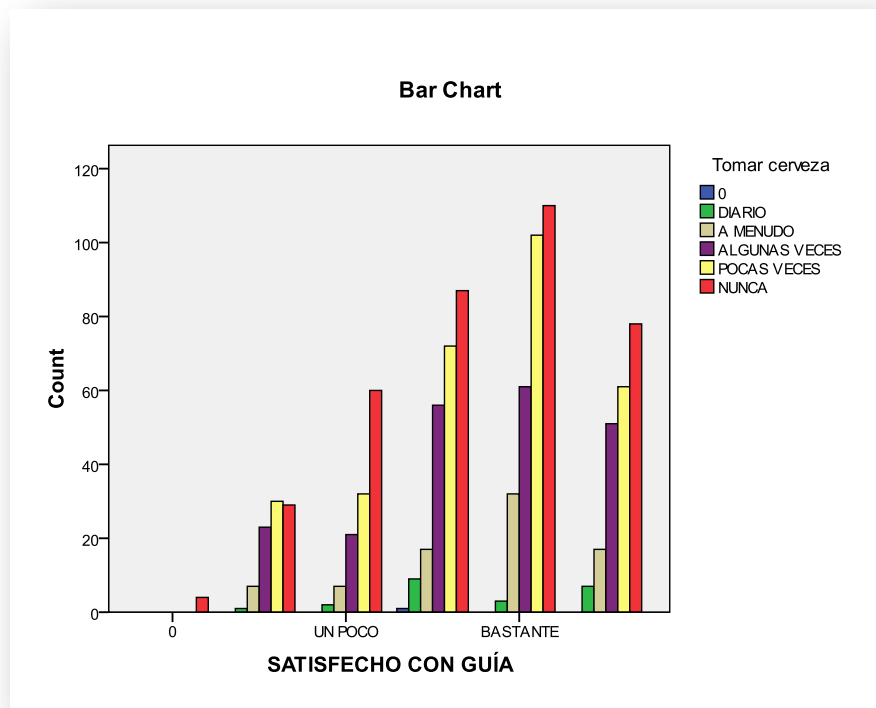


Figura 7. Muestra el grado de satisfacción con la guía recibida para cada una de las frecuencias de tomar cerveza.

En la figura anterior se observa que la opción que aparece como predominante en todos los niveles de satisfacción es *nunca*. Se puede observar también que en todos los grados de satisfacción se sigue un patrón similar, en el que las opciones de la ingesta de cerveza va en orden creciente, desde la opción 0 hasta la opción *nunca*.

## Satisfecho con guía \* Usar drogas

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.046	.031	1.446	.148 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.039	.030	1.228	.220 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 8. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con la guía y el uso de drogas.

Gracias al análisis estadístico de estas dos variables se pudo obtener la significancia, la cual tiene un valor de .148, por lo que se dice que no hay una relación estadística entre ambas.

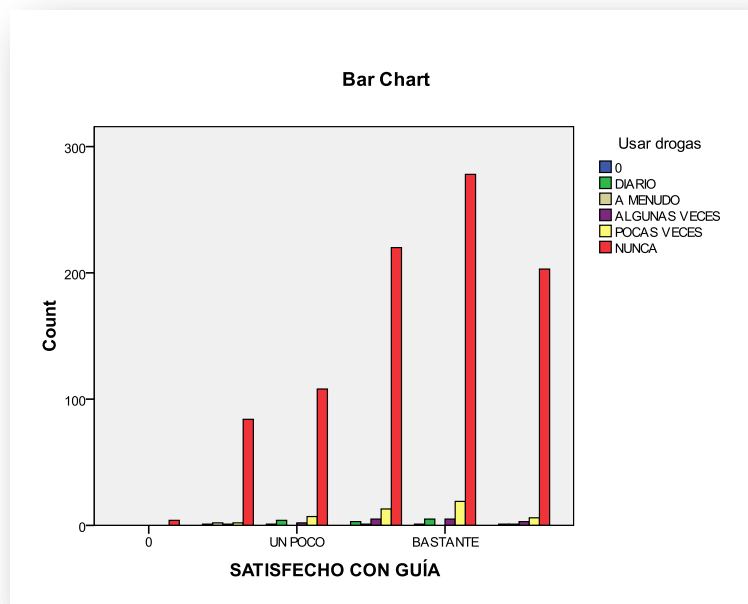


Figura 8. Muestra el grado de satisfacción con la guía recibida para cada una de las opciones de consumo de drogas.

En la gráfica se observa que la opción que predomina para todos los rangos de satisfacción es *nunca*. La diferencia existente entre esta opción y las demás es visiblemente amplia, ya que aquellas son casi nulas. La opción que le sigue, es *pocas veces*.

## Satisfecho cosas que le dieron \* Beber cafeína

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.041	.033	-1.269	.205 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.042	.032	-1.322	.186 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 9. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con las cosas que le dieron y beber cafeína.

El análisis estadístico de estas dos variables arrojó una significancia de .205, por lo que podemos decir que no existe una relación estadística entre ambas.

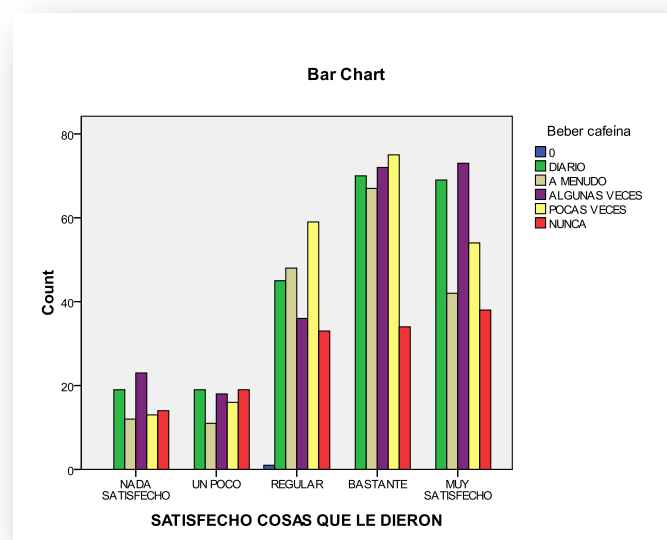


Figura 9. Muestra el grado de satisfacción con las cosas que le dieron para cada una de las opciones de consumo de cafeína.

En la gráfica se observa una distribución irregular. Si hablamos de las opciones más recurrentes son *algunas veces* y *pocas veces*.

### Satisfecho cosas que le dieron \* Consumir tabaco

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.025	.033	-.770	.441 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.032	.033	-1.004	.316 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 10. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con las cosas que le dieron y consumir tabaco.

Después del análisis estadístico de estas dos variables, la significancia tuvo un valor de .441. Es por esto que decimos que la correlación estadística en esta ocasión no existe.

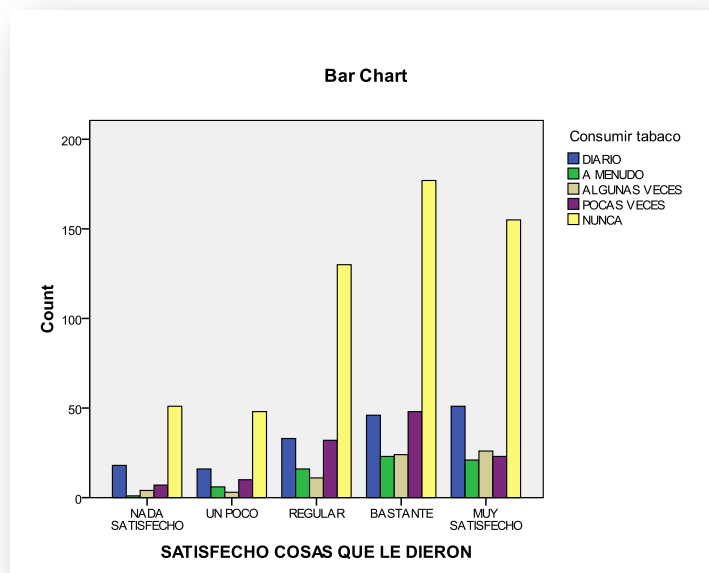


Figura 10. Muestra el grado de satisfacción con las cosas que le dieron para cada una de las frecuencias de consumir tabaco.

En la gráfica anterior se puede observar que la frecuencia más mencionada por los participantes de este estudio fue *nunca* en todos los grados de satisfacción con las cosas que les dieron.

## Satisfecho cosas que le dieron \* Tomar cerveza

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.034	.032	1.049	.295 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.021	.032	.656	.512 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 11. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con las cosas que le dieron y tomar cerveza.

La significancia resultante después del análisis estadístico con estas variables resultó de .295. Es así como podemos decir que no hay una correlación estadística entre dichas variables.

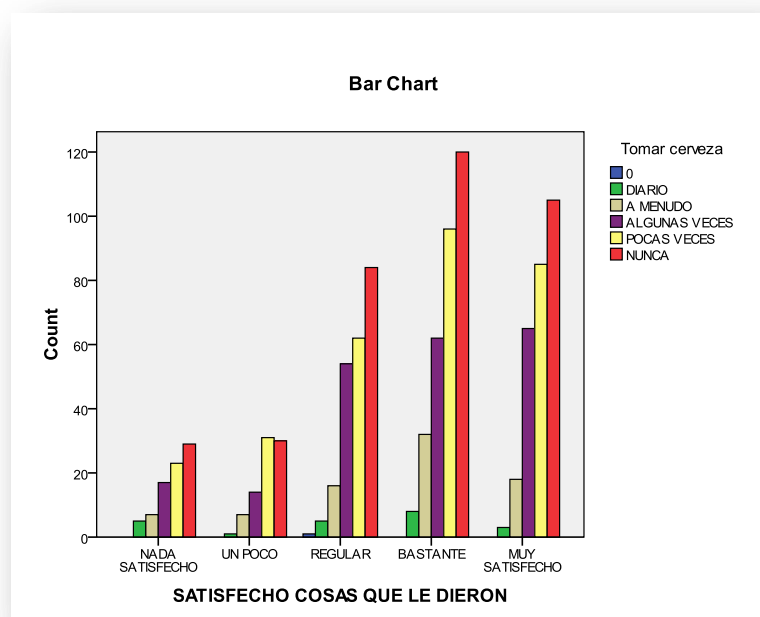


Figura 11. Muestra el grado de satisfacción con las cosas que le dieron para cada frecuencia de tomar cerveza.

En esta gráfica se observa que para todos los grados de satisfacción con las cosas que le dieron, excepto “un poco”, la frecuencia predominante fue *nunca*. Para “un poco”, la frecuencia predominante fue *pocas veces*, aunque *nunca* le sigue muy de cerca.



### Satisfecho cosas que le dieron \* Usar drogas

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	.077	.031	2.423	.016 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.095	.029	2.977	.003 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 12. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de la satisfacción con las cosas que le dieron y usar drogas.

Después del análisis estadístico, la significancia tiene un valor de .016 por lo que no hay una correlación estadística entre las dos variables anteriores.

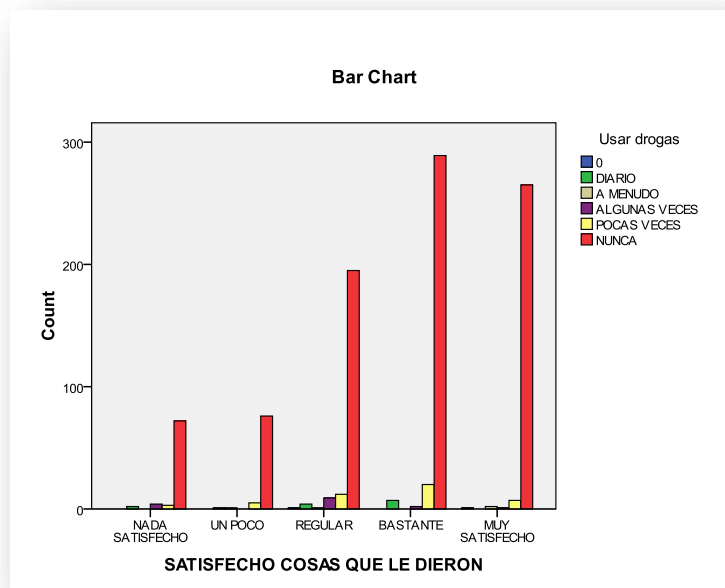


Figura 12. Muestra el grado de satisfacción con las cosas que le dieron para cada frecuencia de usar drogas.

En la gráfica anterior se puede observar que la frecuencia de uso de drogas más mencionada para todos los grados de satisfacción con las cosas que le dieron es *nunca*. Las opciones restantes tienen una frecuencia muy inferior comparado con la más mencionada.

## Familiares impacientes \* Beber cafeína

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.030	.032	-.948	.343 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.010	.032	-.326	.744 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 13. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares impacientes y beber cafeína.

En este caso, la significancia tiene un valor de .343, por lo que podemos decir una vez más que no hay una correlación estadística entre familiares impacientes y beber cafeína.

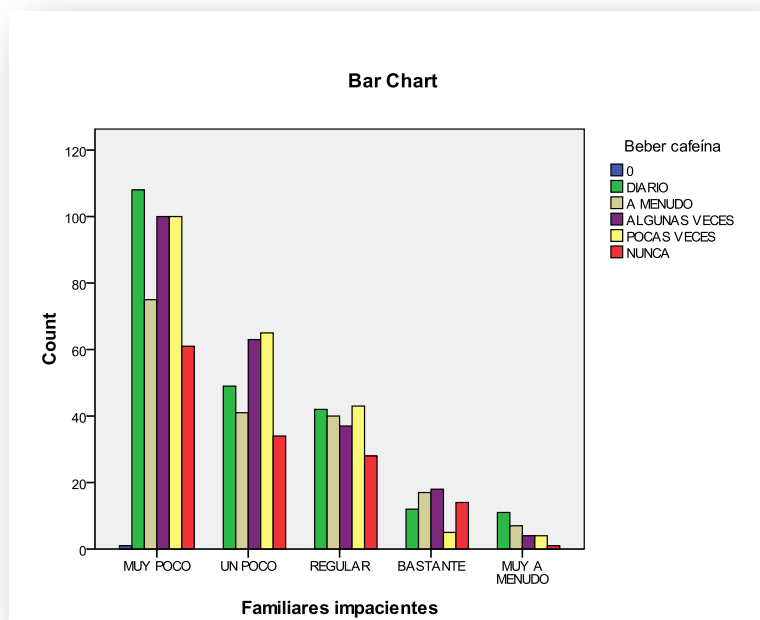


Figura 13. Muestra el grado de familiares impacientes para cada una de las frecuencias de beber cafeína.

Se puede observar en la gráfica anterior una dispersión variada, ya que si bien se observa un decremento de “muy poco” a “muy a menudo”, las frecuencias

de beber cafeína no muestran un patrón definido. Las más altas, sin embargo son *diario, algunas veces y pocas veces*.

### Familiares impacientes \* Consumir tabaco

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.052	.033	-1.619	.106 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.049	.032	-1.524	.128 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 14. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares impacientes y consumir tabaco.

La significancia es de .106 en este caso por lo que podemos decir que no hay una correlación estadística entre las variables familiares impacientes y consumir tabaco.

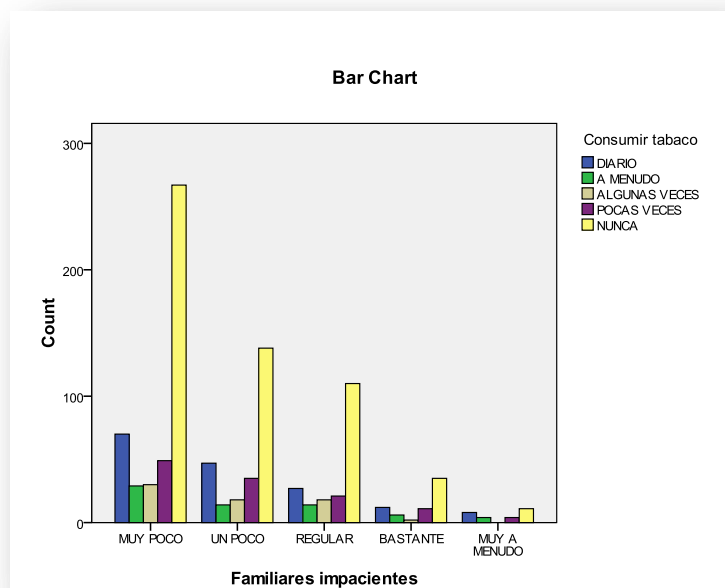


Figura 14. Muestra los familiares impacientes para cada frecuencia de consumir tabaco.

En la gráfica se observa que la frecuencia mayormente mencionada en todas las opciones para familiares impacientes es *nunca*. La opción que le sigue es *diario*, aunque en una proporción menor.

### Familiares impacientes \* Tomar cerveza

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.099	.033	-3.108	.002 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.099	.032	-3.111	.002 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 15. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares impacientes y tomar cerveza.

El valor de la significancia, el cual se obtuvo por medio del análisis estadístico, es de .002 en este caso, por lo que hay una correlación estadística entre las variables familiares impacientes y tomar cerveza. Esta correlación, debido a su valor, es muy fuerte.

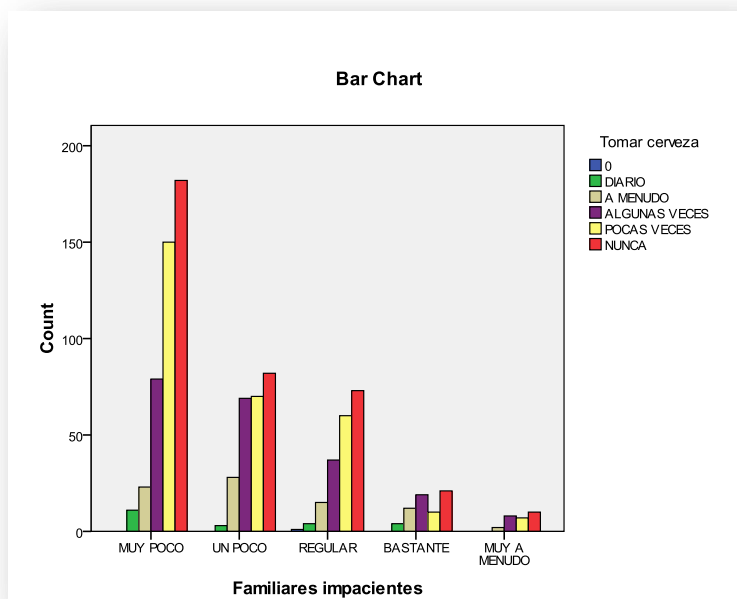


Figura 15. Muestra los familiares impacientes para cada frecuencia de tomar cerveza.

Como se observa en la gráfica anterior, la frecuencia más mencionada para todos los grados de familiares impacientes es *nunca*. La frecuencia más mencionada, después de la anterior, es *pocas veces*.

### Familiares impacientes \* Usar drogas

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.102	.037	-3.216	.001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.127	.032	-4.018	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 16. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares impacientes y usar drogas.

Aquí, el análisis estadístico arrojó como resultado de la significancia el valor de .001, por lo cual es válido decir que hay una remarcable correlación estadística entre las variables anteriormente analizadas.

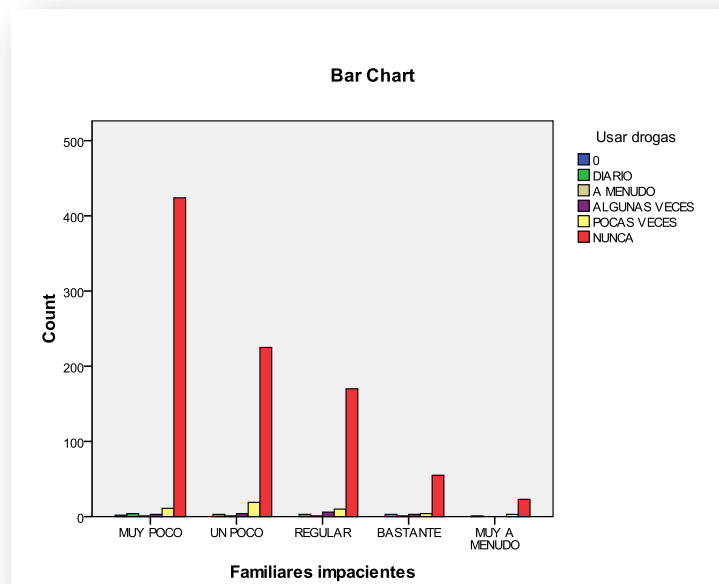


Figura 16. Muestra los familiares impacientes para cada frecuencia de consumir drogas.

En la gráfica se ve que la frecuencia de consumo de drogas que se menciona mayoritariamente es *nunca*. Todas las demás frecuencias tienen un número de menciones evidentemente menor, casi nulo inclusive.

### Familiares poco considerados \* Beber cafeína

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.008	.032	-.255	.799 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.007	.032	-.210	.834 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 17. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares poco considerados y beber cafeína.

El resultado de la prueba estadística da como resultado de la significancia .799, por lo que en esta ocasión la correlación no existe.

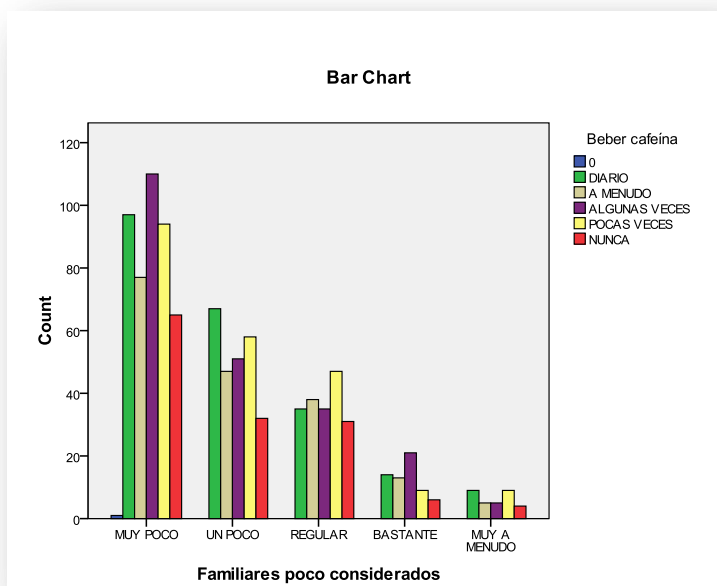


Figura 17. Muestra los familiares poco considerados para cada frecuencia de beber cafeína.

Basados en la gráfica, no se puede afirmar que alguna de las frecuencias de beber cafeína sea la más mencionada. La frecuencia *algunas veces* aparece 2 veces como la más mencionada, al igual que la opción *pocas veces*.

### Familiares poco considerados \* Consumir tabaco

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.080	.033	-2.513	.012 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.075	.032	-2.363	.018 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 18. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares poco considerados y consumir tabaco.

El valor de la significancia en esta ocasión es de .012. Basados en esto, decimos que no hay una correlación estadística entre las variables: familiares poco considerados y consumir tabaco.

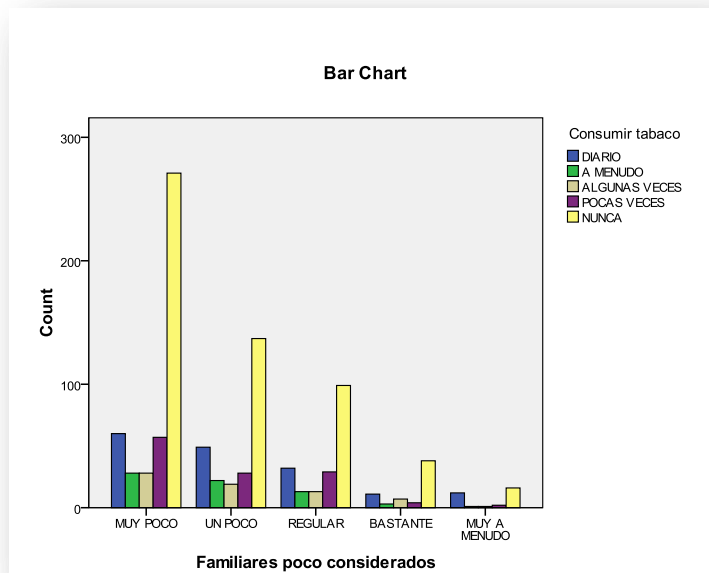


Figura 18. Muestra los familiares poco considerados para cada frecuencia de consumir tabaco.

En la gráfica se puede observar que la respuesta más mencionada para todas las frecuencias es la opción *nunca*.

### Familiares poco considerados \* Tomar cerveza

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.081	.033	-2.528	.012 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.073	.032	-2.281	.023 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 19. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares poco considerados y tomar cerveza.



En esta ocasión, no se puede decir que hay una correlación estadística porque el valor de la significancia es de .012.

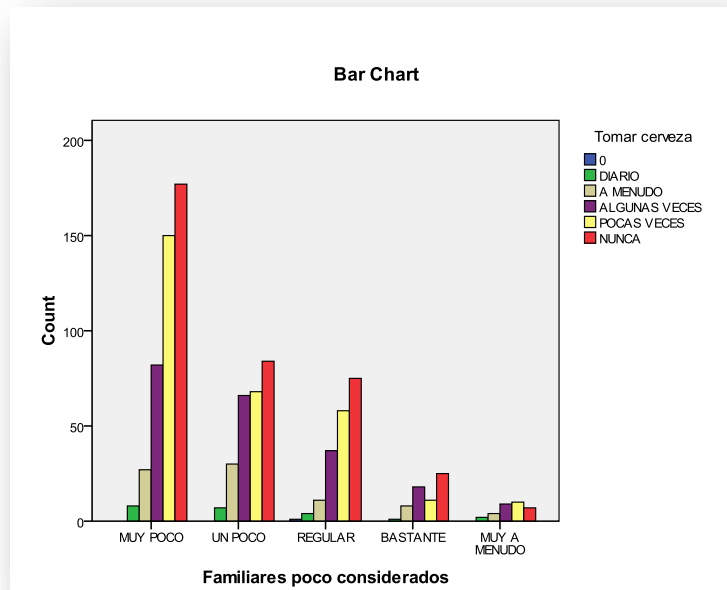


Figura 19. Muestra los familiares poco considerados para cada frecuencia de tomar cerveza.

Ahora observamos en la gráfica que para la mayoría de los grados de familiares poco considerados, exceptuando “muy a menudo”, la frecuencia más mencionada es *nunca*. Para “muy menudo”, la frecuencia más mencionada es *pocas veces*.

## Familiares poco considerados \* Usar drogas

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.129	.039	-4.069	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.169	.031	-5.370	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 20. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares poco considerados y usar drogas.

Hay una remarcable correlación estadística entre familiares poco considerados y usar drogas. Se puede afirmar esto porque la significancia es de .000

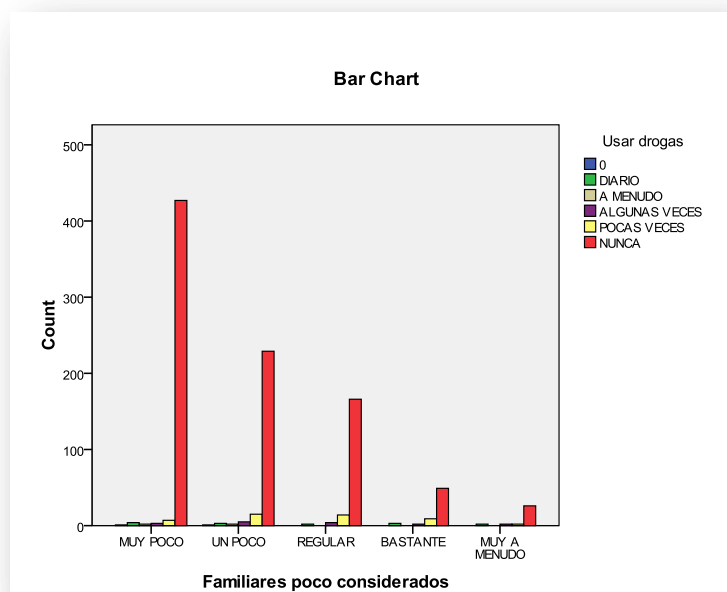


Figura 20. Muestra los familiares poco considerados para cada frecuencia de usar drogas.

Aquí, en esta gráfica, se observa que para todos los niveles de familiares poco considerados, la frecuencia más aludida es *nunca*. Las demás opciones de frecuencias, prácticamente no se mencionan.

## Familiares llamaron atención \* Beber cafeína

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.084	.032	-2.631	.009 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.080	.032	-2.497	.013 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 21. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares llamaron la atención y beber cafeína.

La significancia resultado del análisis estadístico es de .009, por lo que se puede decir que no hay una correlación estadística entre estas dos variables (familiares llamaron la atención y beber cafeína).

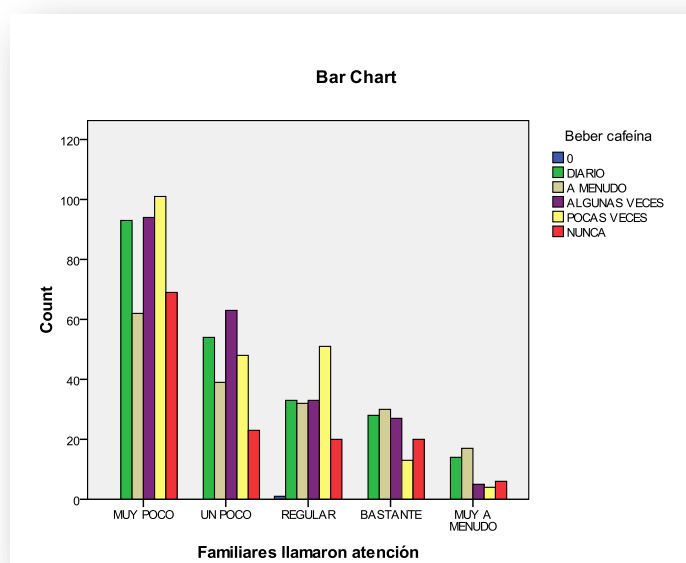


Figura 21. Muestra los familiares que llamaron la atención para cada frecuencia de beber cafeína.

En la gráfica se observa que en la categoría “muy poco” de familiares que llamaron la atención, la frecuencia mas mencionada es *pocas veces*. Para “un poco” la frecuencia es *algunas veces*; para “regular” la frecuencia es *pocas veces*; para “bastante”, la frecuencia es *a menudo*; y para “muy a menudo”, la frecuencia es *a menudo*.

## Familiares llamaron atención \* Consumir tabaco

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.134	.033	-4.223	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.146	.032	-4.627	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 22. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares llamaron la atención y consumir tabaco.

Para estas dos variables, la significancia tiene un valor de .000, por lo que la correlación presentada entre estas variables es considerable.

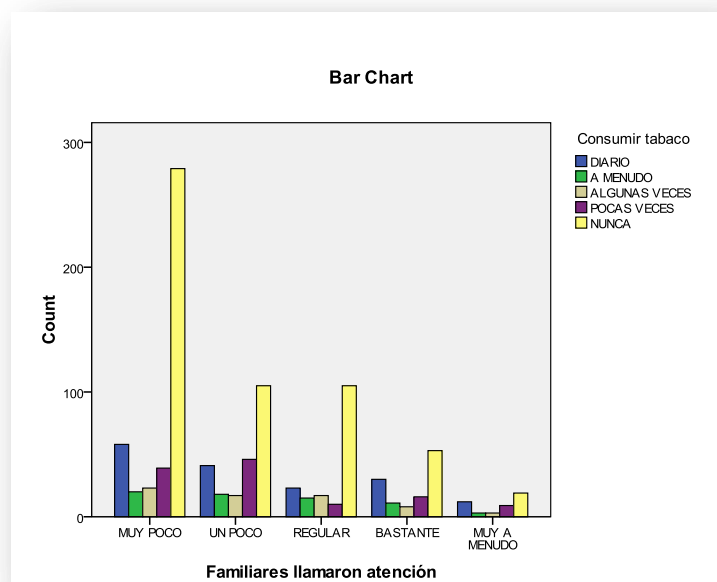


Figura 22. Muestra los familiares que llamaron la atención para cada una de las frecuencias de consumir tabaco.

Como se puede observar en la gráfica, la frecuencia de consumo de cocaína que predomina en todos los niveles de familiares que llamaron la atención, es *nunca*. Las demás opciones se observan con niveles mucho más bajos comparados con el predominante.

## Familiares llamaron atención \* Tomar cerveza

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.175	.033	-5.559	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.185	.031	-5.896	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 23. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares llamaron la atención y tomar cerveza.

El resultado de la significancia para estas dos variables (familiares que llamaron la atención y tomar cerveza) es de .000, por lo que decimos que hay una importante correlación estadística de ambas.

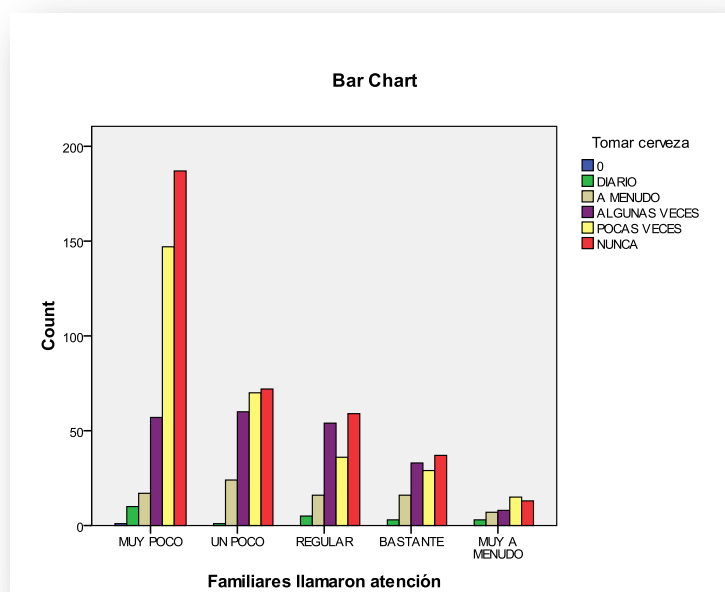


Figura 23. Muestra los familiares que llamaron la atención para cada frecuencia de tomar cerveza.

En la gráfica se observa que la frecuencia en 4 de las 5 opciones de familiares que llamaron la atención, es *nunca*. Para la opción “muy a menudo” la frecuencia más nombrada es *pocas veces*.

## Familiares llamaron atención \* Usar drogas

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.110	.036	-3.477	.001 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.178	.030	-5.646	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 24. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares llamaron la atención y usar drogas.

La significancia en este caso es de .001, por lo que se dice que hay una substancial correlación estadística entre familiares que llamaron la atención y el uso de drogas.

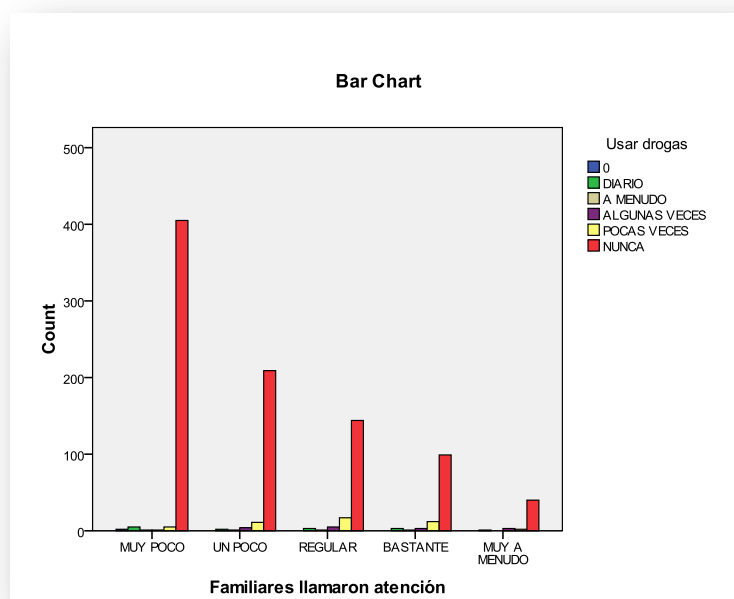


Figura 24. Muestra los familiares que llamaron la atención para cada frecuencia de usar drogas.

Como se observa, la frecuencia más nombrada para todas las opciones de familiares que llamaron la atención es *nunca*. Las opciones restantes son prácticamente nulas, como se puede observar.

## Familiares se burlaron \* Beber cafeína

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.012	.033	-.364	.716 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.009	.032	-.284	.777 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 25. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares que se burlaron y beber cafeína.

La significancia en el caso de estas dos variables tiene un valor de .716. En este caso, la correlación estadística no existe.

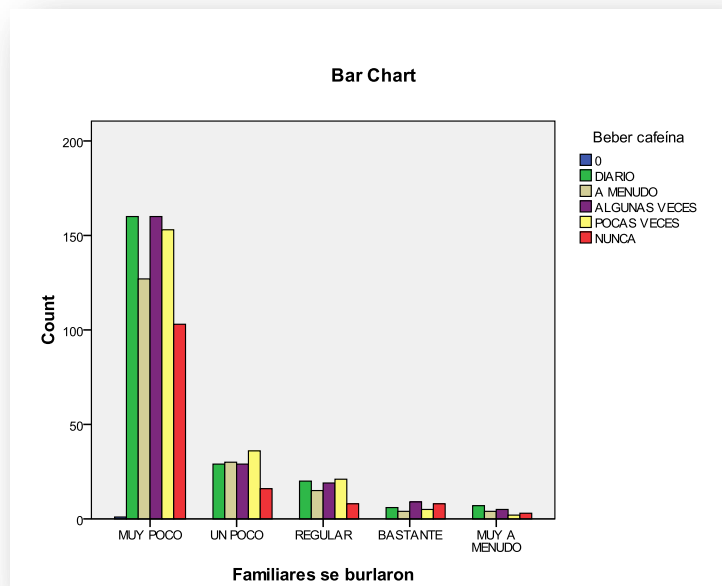


Figura 25. Muestra los familiares que se burlaron para cada frecuencia de beber cafeína.

Como se puede ver en la gráfica, las frecuencias de respuestas de beber cafeína son variadas y las repeticiones son muy parecidas. Sin embargo, podemos decir que la opción que es menos nombrada es *nunca*.

### Familiares se burlaron \* Consumir tabaco

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.128	.035	-4.046	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.108	.033	-3.394	.001 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 26. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares que se burlaron y consumir tabaco.

En este caso la significancia tiene un valor de .000, por lo que podemos decir que hay una sobresaliente relación estadística entre los familiares que se burlaron y consumir tabaco.

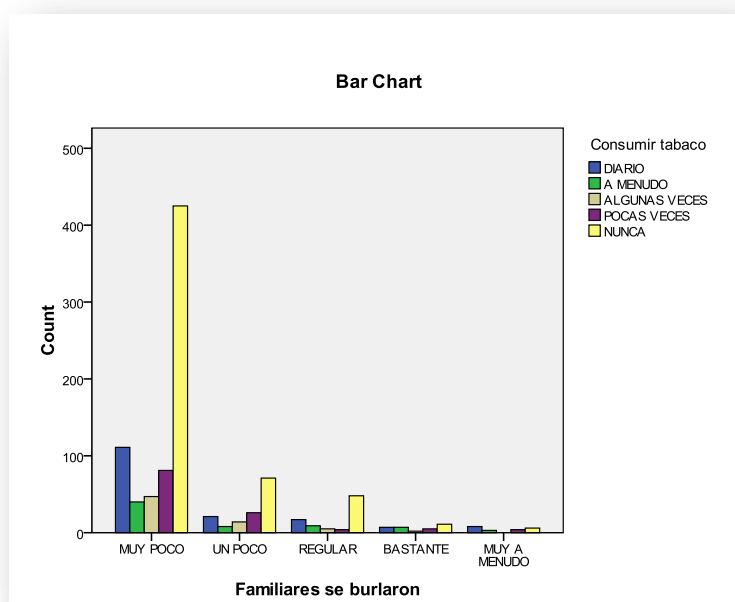


Figura 26. Muestra los familiares que se burlaron para cada frecuencia de consumir tabaco.

En esta gráfica se puede observar que la opción que más se menciona en cuanto al consumo de tabaco es *nunca*. Las otras opciones están en un nivel más bajo que el predominante.



## Familiares se burlaron \* Tomar cerveza

### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.111	.037	-3.501	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.101	.033	-3.159	.002 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 27. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares que se burlaron y tomar cerveza.

El valor que se obtuvo para la significancia es de .000. Con este resultado podemos decir que hay una correlación estadística notable entre las variables familiares que se burlaron y tomar cerveza.

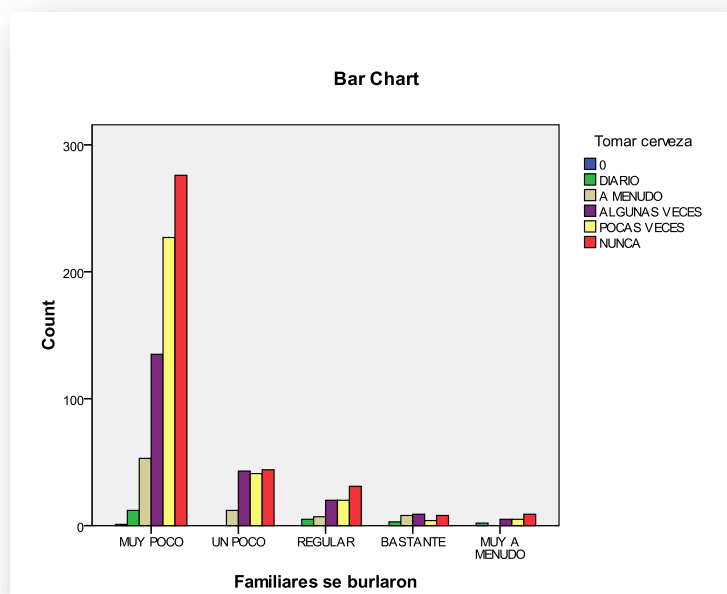


Figura 27. Muestra los familiares que se burlaron para cada frecuencia de tomar cerveza.

Si observamos la tabla, podemos ver que en 4 de los 5 niveles de familiares que se burlaron, la frecuencia que predomina es *nunca*. En “bastante”, la frecuencia que predomina es *algunas veces*.

### Familiares se burlaron \* Usar drogas

#### Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error <sup>a</sup>	Approx. T <sup>b</sup>	Approx. Sig.
Interval by Interval	Pearson's R	-.189	.044	-6.030	.000 <sup>c</sup>
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.232	.037	-7.459	.000 <sup>c</sup>
N of Valid Cases		980			

Tabla 28. Muestra los puntajes obtenidos en el análisis estadístico de familiares que se burlaron y usar drogas.

La significancia tiene un valor de .000 en este caso. Podemos decir entonces que hay una importante correlación estadística entre familiares que se burlaron y usar drogas.

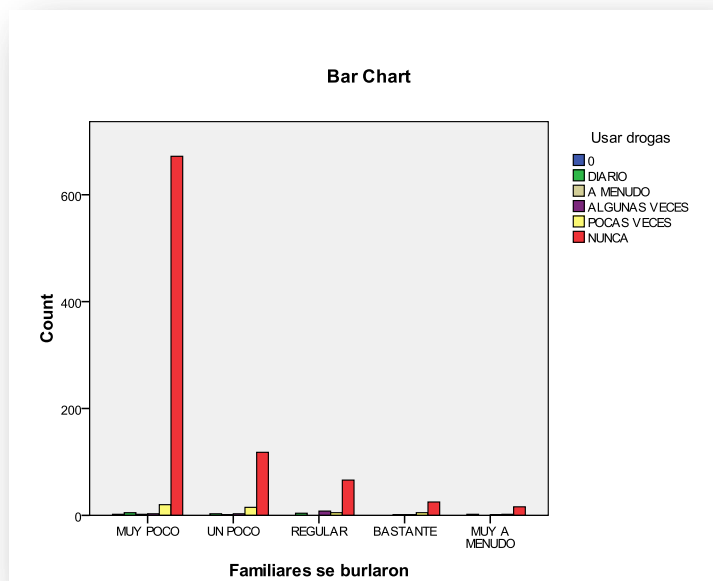


Figura 28. Muestra los familiares que se burlaron para cada una de las frecuencias de usar drogas.

Aquí se observa que la opción más nombrada en cada una de las opciones de familiares que se burlaron es *nunca*. Las otras opciones son prácticamente nulas.

## **CAPÍTULO VII**

### **CONCLUSIONES**

La salud ha pasado de ser concebida como simplemente la ausencia de alguna enfermedad a un concepto mucho más completo y complejo que involucra no solo a la medicina, sino a muchas otras especialidades y profesiones, como es el caso de la psicología de la salud.

La psicología de la salud atiende a características de la salud que no solo tienen relación con la fisiología y biología de las personas, sino también a todo lo que rodea al individuo y que afecta en su estado de bienestar, como lo es su entorno social, su nivel socioeconómico, los hábitos personales y comunales, su estado mental, las ideologías, el apoyo social, etc. y estudia cómo afectan de manera positiva o negativa a las personas y su entorno; además de que no solo se enfoca a la recuperación de la salud sino a la prevención y mantenimiento de esta (Oblitas, 2004; Virella, 2009; Bazan, 2003)

El apoyo social es una de las actividades que recientemente se han estudiado con mayor atención, debido a que se ha demostrado que tienen un alto valor influyente en la salud de las personas, tanto sanas como en las que tienen alguna enfermedad crónico degenerativa (Llopis, 2005). El paciente con enfermedades crónico degenerativas no solo requiere de atención médica especializada y oportuna, sino que necesita la atención y fortaleza de su red de apoyo, ya sea que esté conformada por familiares directos, amigos, conocidos o por personas que padecen una enfermedad similar a la suya y con las que pueden compartir experiencias y obtener empatía (Reyes, 2003).

El objetivo del presente estudio fue el de analizar la relación existente entre el apoyo social, y sus diversos componentes, con los hábitos negativos presentes en pacientes con enfermedad crónica que habitan la Zona Metropolitana.

Al respecto, Reyes (2003) menciona que el hecho de que un paciente cuente con un apoyo social consistente lo ayudará a mejorar su salud, ya que lo

apoya a enfrentar los sucesos estresantes que suelen vivirse durante el proceso de una enfermedad crónico degenerativa, ya sea al momento del diagnóstico o del tratamiento para erradicarlo.

El apoyo social tiene como funciones principales:

- Permitir compartir problemas comunes
- Proporcionar intimidad
- Prevenir el aislamiento
- Definir las competencias mutuas
- Proporcionar elementos de referencia
- Ofrecer asistencia en las crisis.

Lo cual ayuda no solo a minimizar los daños psicológicos y emotivos, sino que apoya al trabajo médico ya que aumenta la probabilidad de adherencia al tratamiento (Reyes, 2003).

De acuerdo con Matud y cols. (2002) se pueden distinguir tres tipos principales de funciones del apoyo social:

- *Emocional*, que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación, también refiere a muestras de empatía y confianza (Matud y cols., 2002; Calvo y Díaz, 2004; Quiles y cols., 2003).
- *Instrumental o tangible*, que se relaciona con la prestación de ayuda o asistencia material o conductas dirigidas a solucionar problemas (Matud y cols, 2002; Calvo y Díaz, 2004; Quiles y cols., 2003).
- *Informativo*, que implica consejo, guía o información pertinente y útil a la situación (Matud y cols, 2002; Calvo y Díaz, 2004; Quiles y cols., 2003).

La mayoría de los autores hablan sobre cómo el apoyo social incrementa los hábitos positivos de los pacientes (Zaldivar, 1988; Oblitas, 2004; Fernández, 2010), como lo son:

- Consumir alimentos ricos en vitaminas, antioxidantes, fibra

- Tomar más líquidos
- Realizar actividades físicas como mínimo 30 minutos diarios (dependiendo si la enfermedad se lo permite)
- Tomar sus medicamentos como corresponde o lo indica el médico
- Atender todas las instrucciones médicas
- Acudir a grupos de ayuda

Para el análisis de nuestro objetivo general, se plantearon 4 objetivos específicos que son:

- Analizar la relación entre Apoyo Emocional y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónica
- Analizar la relación entre Apoyo Informativo y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónica.
- Analizar la relación entre Apoyo Tangible y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónica.
- Analizar la relación entre Intercambio Negativo y los hábitos negativos en pacientes con enfermedad crónicas.

Para efectos del estudio se consideró como hábitos negativos el consumo de tabaco, drogas, café y alcohol. Con base en los resultados obtenidos en el análisis estadístico realizado en el capítulo anterior, podemos concluir que el apoyo social, en sus especialidades de apoyo social emotivo, informativo y tangible, no presentaron ninguna relación significativa sobre la reducción o aumento de hábitos negativos que el paciente ya presentaba, incluso antes de adquirir o conocer que presentaba alguna enfermedad crónica; es decir, el apoyo social puede motivar a incrementar hábitos positivos como lo indica Reyes (2003) sin embargo no afecta de ninguna manera sobre los hábitos negativos ya arraigados en los pacientes.

Sin embargo el Apoyo Social Negativo, si es un factor significativo para el incremento de hábitos negativos en los pacientes; las personas que reciben un

apoyo social inadecuado o insatisfactorio tienden a incrementar o adquirir hábitos negativos que deterioran su condición actual de salud.

Esto es importante señalarlo debido a que no encontramos autores que hablan sobre esto, es decir, todos se han enfocado en presentar los resultados positivos que el apoyo social positivo implica para los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, pero no sobre lo que la falta de este puede crear. Suponemos que se debe a que los autores consideran que el estudio del apoyo social positivo y sus resultados permiten a los lectores e investigadores adquirir actividades positivas que minimicen los hábitos negativos de las personas, sin embargo, en este estudio hemos demostrado que, al menos para estas personas con enfermedad crónica degenerativa de la zona metropolitana, no es suficiente el apoyo social positivo pero si es indispensable.

De esta misma falta de datos se desprende la sugerencia a los próximos investigadores interesados en el tema, para que volteen hacia los hábitos negativos de salud como una fuente llena de oportunidades de búsqueda. Así mismo, la presente investigación puede ser ampliada, ya que no se tomaron en cuenta cada uno de los ítems destinados a las variables, y por supuesto, se pueden incluir otras de las variables que nos proporcionan los instrumentos utilizados, e inclusive se pueden utilizar otros instrumentos encaminados al apoyo social.

Por lo tanto, consideramos que el objetivo general de este estudio se cumplió de manera favorable ya que no solo hicimos una extensa revisión del tema, sino que hemos mostrado algunas vertientes del tema que deben explorarse más a fondo, como qué es lo que le hace falta al apoyo social para ser capaz de extinguir los hábitos negativos y qué es necesario hacer en los pacientes con apoyo social negativo para que estos hábitos no crezcan y no dañen mas su salud.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. Abal, J., Parente, I., Almazán, R. Blanco, J., Toubes, E. y Marcos, P. (2009). Cáncer de pulmón y EPOC: una asociación frecuente. **Arch Bronconeumol**, 45 (10), 502-507. Disponible en: [http://www.archbronconeumol.org/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13141773&pident\\_usuario=0&pident\\_revista=6&fichero=6v45n10a13141773pdf001.pdf&ty=81&accion=L&origen=abn&web=www.archbronconeumol.org&lan=es](http://www.archbronconeumol.org/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13141773&pident_usuario=0&pident_revista=6&fichero=6v45n10a13141773pdf001.pdf&ty=81&accion=L&origen=abn&web=www.archbronconeumol.org&lan=es)
2. Arnalich, B., Con, I., Mola, A. e Izquierdo, J. (2009). Novedades de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. **Arch Bronconeumol**, 45 (3), 9-13. Disponible en: [http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl\\_servlet?\\_f=60&ident=13148371](http://www.archbronconeumol.org/bronco/ctl_servlet?_f=60&ident=13148371)
3. ATSDR (2000). ¿Qué es el Cáncer? Disponible en: [www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/es\\_cancer\\_fs.pdf](http://www.atsdr.cdc.gov/es/general/cancer/es_cancer_fs.pdf)
4. Avendaño M. M. y Barra A. E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. **Terapia psicológica**. 26, 165-172.
5. Bazán, R. G. E. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. **Psicología y Ciencia Social**. Vol. 5: (1). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31411284003>. ISSN 1405-5082
6. Becoña, E. Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. **Investigación en Detalle Número 5**. Disponible en: <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>
7. Brannon, L y Feist, J. (2001). **Psicología de la salud**. España: ITES-Paraninfo.
8. Buela-Casal, G.; Caballo, V., Sierra, J.C. (1996). **Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud**. España: Siglo XXI

9. Calvo, F. y Díaz, M. (2004). Apoyo social percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. **Psicothema**. Vol. 16 (4), 570-575.
10. Castro, S. A. (2006). El Apoyo Social en la enfermedad crónica: El caso de los pacientes diabéticos tipo 2. **Revista Salud Pública y Nutrición**. 7 (1), 27-38.
11. Córdova V., J. A.; Barriguet M., J. A.; Lara E. A.; Barquera, S.; Rosas P., M; Hernández A., M.; De León M, M. E.; Aguilar S, C. A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. **Salud Pública de México**. 50, 419-427.
12. Del Álamo, A. J., Gonzáles, A. y González, M. (2006) **Obesidad**. Ourense: SAP Novoa Santos
13. Durá, E. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. **Revista de Psicología Social**, 6 (2). 257-271. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>
14. Fernández, S. y Viguri, R. (2010). La mortalidad por accidentes durante la niñez y la adolescencia en México, 1990-2010. **Medigraphic**. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2010/hi104k.pdf>
15. Flores-Trujillo, F., Ramírez-Venegas, A., Hernández-Zenteno, Méndez. M. y Sansores-Martínez, R. (2009). Comparación del éxito para dejar de fumar a largo plazo en sujetos con EPOC y sin EPOC. **Rev Inst Nal Enf Resp Mex**, 22 (1), 21-28. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2009/in091d.pdf>
16. García, R., García, R y Pérez, D. (2007). Sedentarismo y su relación con la calidad de vida relativa a la salud: Cuba 2001. **Revista cubana**. 45 (1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032007000100003&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000100003&lng=es&nrm=iso)
17. García-García, E. (2008). La Obesidad y el síndrome metabólico como problema de Salud Pública: Una Reflexión. **Salud pública de México**, 50



- (6). Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342008000600015&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342008000600015&script=sci_arttext).
18. Gil-Roales, J. (2004) **Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones**. Madrid: Pirámide
19. Gisbert, G. (2007). Las enfermedades del “estilo de vida” en el trabajo: entre la vigilancia y las prácticas del cuidado de sí. **Athenea Digital**, 11, 287-291. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/60124/70279>
20. Goday, A. (2002). Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. **Revista Española de Cardiología**, 55(6). 657-670. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v55n06a13032546pdf001.pdf>
21. González, R. (1995). Como liberarse de los hábito tóxicos. Guía para conocer y vencer los hábitos provocados por el café, el tabaco y el alcohol. **Revista cubana de medicina general integral**. 11 (3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000300007&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251995000300007&script=sci_arttext&tlng=pt)
22. Harris y Guten (1979). Health related behavior an health promotion. **Health Psychology**.
23. INEGI, (2003). **Estadísticas del sector salud y seguridad social. Cuaderno número 20**. [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2003/cuaderno20a.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2003/cuaderno20a.pdf)
24. Kuri, P. A., González, J. F., Hoy, M. J., Cortés, M. (2006). Epidemiología del tabaquismo en México. **Salud Pública de México**. 48 (1). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48s1/a11v48s1.pdf>
25. Labrador (1992). **El estrés y la personalidad**. Herder: Barcelona.
26. Llopis, C.J (2005). Redes sociales y apoyo social. Una aproximación a los grupos de autoayuda. **Perifèria**. 3, 1-24.

27. Londoño, P. C., Valencia, L. S. C. y Vinaccia, A. S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. **Psicología y Salud**. Vol. 16 (2). Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29116209>
28. Lopategui, E. (2000). **Enfermedades crónicas**. Universidad Interamericana de Puerto Rico. Disponible en:  
<http://www.saludmed.com/Salud/ECronica/ECronica.html>
29. López, S. A y Lizano, S. M. (2006). Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: una historia que no termina. **Cancerología**. Vol. 1, 31-55. Disponible en:  
<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172193073.pdf>
30. Luzoro, J. (1992). Psicología de la Salud. **Revista de psicología**. Vol. 111. (1). Disponible en:  
[http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/psicologia\\_de\\_la\\_salud.pdf](http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/psicologia/docs/psicologia_de_la_salud.pdf)
31. Matud, P.; Carballeira, M.; López, M.; Marrero, R.; Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. **Salud mental**. Vol. 23 (2), 32-37.
32. Molina, J. J; Fernández, R. y Llopis, J. (2008). El apoyo social en situaciones de crisis: un estudio de caso desde la perspectiva de las redes personales. **Portularia**. 8, 61-76.
33. Notimex (2007, 2 de abril). Encabezan males crónico-degenerativos problemas de salud en México. **El universal**.  
<http://www.eluniversal.com.mx/articulos/39036.html>
34. Notimex (2010, 21 de enero). SSP: Mayor consumo de droga causa violencia. **El universal**. Disponible en:  
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/653479.html>
35. Oblitas, L. A. (2004). **Psicología de la salud y calidad de vida**. México: internacional Thompson.
36. Oblitas, L. A. (2008). Panorama de la psicología de la salud. **Psicología científica**. Disponible en:

<http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologiapdf-314-panorama-de-la-psicologia-de-la-salud.pdf>

37. Olguín, H. A. y Sánchez, L. J. (2003). **Psicología de la salud: estrés y hábitos negativos de la salud**. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. de México.
38. OMS (2003). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. **Serie de informes técnicos**. Disponible en: <http://www.fao.org/wairdocs/who/ac911s/ac911s00.htm>
39. OMS, (2003). **Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. 33° informe**. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_942\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_942_spa.pdf)
40. OMS, (2011). **Enfermedades cardiovasculares**. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
41. Ortigosa, O. J.; Quiles, S. M.; Méndez, C. E. (2003). **Educación para la salud. Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia**. Madrid: Pirámide.
42. Piña, J. A. (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud. **Suma psicológica**. Vol. 10 (1), 67-80.
43. Piña, J. A. (2005). Psicología de la salud en México en el periodo 2000-2004. Análisis, investigación y difusión. **Psicología y salud**. Vol. 15 (2), 157-168.
44. Quiles, Y.; Terol, M.; Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. **Revista internacional de psicología clínica y de la salud**. Vol. 3 (2), 313-333.
45. Ramírez V. R. (2007). Calidad de vida y apoyo social de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. **Salud pública**. 9, 568-575.
46. Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. **Atención Primaria**, 30 (3), 143-149. Disponible en:

- <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v30n03a13035258pdf001.pdf>
47. Reyes, S. A. (2003). Apoyo social y funcionamiento familiar en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. **Escuela Nacional de Salud Pública.** Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/aymara.pdf>
48. Roa, A. (1995). **Evaluación en psicología clínica y de la salud.** España: CEPE.
49. Rodríguez, J., Pastor, M. y López, F. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. **Psicothema** (5), 349-372. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/727/72709924.pdf>
50. SEPAR-ALAT. (2009) **Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.** Disponible en: [www.separ.es](http://www.separ.es)
51. Simó, R y Hernández, C. (2002). Tratamiento de la diabetes mellitus: objetivos generales y manejo en la práctica clínica. **Revista Española de Cardiología,** **55** (8). 845-860. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/25v55n08a13035236pdf001.pdf>
52. Soria, M y Olvera, J (2008). La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. **Revista electrónica de psicología Iztacala.** 11, 149-158.
53. Valdés, C. R. (2004). Factores que influyen en el comportamiento preventivo del cáncer cervicouterino. **Avances en Psicología Latinoamericana.** Vol. 22. 49-59. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/799/79902206.pdf>
54. Vargas, J., Ibañez, E. y Jiménez, D. (2003). Redes sociales de apoyo en el proceso de la enfermedad crónica. **Revista electrónica de psicología Iztacala,** **6** (2). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/21695/20431>

55. Varo, J y Cols. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. **Medicina Clínica**, **127** (17). Disponible en: [http://www.educa.madrid.org/web/ies.maranon.alcala/departamentos/educacion\\_fisica/pdf/beneficios%20del%20ejercicio%20riesgo%20de%20sedentari smo.pdf](http://www.educa.madrid.org/web/ies.maranon.alcala/departamentos/educacion_fisica/pdf/beneficios%20del%20ejercicio%20riesgo%20de%20sedentari smo.pdf)
56. Velázquez, O., Barinagarrementería, F., Rubio, A., Verdejo, J., Méndez, M., Violante, R., Pavía, A., Alvarado-Ruiz, R. y Lara, A. (2007). Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. 2005. **Archivos de cardiología en México**, **77** (1). 31-39. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/acm/v77n1/v77n1a5.pdf>
57. Vera P. V. y Estrada A. A (2007). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. **Revista Hospital Juárez de México**. 71, 29-35.
58. Vinaccia, S. y Orozco, L. (2005). Aspectos psico-sociales asociadas a la calidad de vida en enfermedades crónicas. **Diversitas**.1 (2) 125-137. Disponible en: [http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200002&lng=en&nrm=iso). ISSN 1794-9998.
59. Virella, T. M. E., Salazar, M. Y., Chávez, R. M., Viñas, S. L. N. y Peña, F. N. (2009). Resultados del conocimiento sobre factores de riesgo del cáncer de mama y autoexamen. **Scientific Electronic Library**. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v14n1/amc031410.pdf>
60. Werner, R.; Pelicioni, M. y Chiattoni, H. (2002). La psicología de la salud latinoamericana: hacia la promoción de la salud. **Revista internacional de psicología clínica y de la salud**. 2, 153-172. Disponible en: [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-35.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-35.pdf)
61. Zaldivar, F. (1988). Incidencia de los factores psico- sociales en el proceso salud-enfermedad. **Rev. Cuba. Psicol.** 5,(3) Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0257-43221988000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0257-43221988000300003&lng=pt&nrm=iso)

62. Zavala, M. y Whetsell, M. (2007). **La fortaleza de los pacientes con enfermedad crónica**. Colombia. **Aquichan**. 7 (2). 174-188. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74107208.pdf>

# Anexos

## Anexo 1. Escalas elaboradas por Ramírez y Cortés, (2000).

### FUNCIONAMIENTO DE SALUD

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



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

### **FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL**

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

SV	SATISFACCIÓN DE VIDA	42, 45, 56 <b>55</b>
----	----------------------	----------------------

### INSTRUCCIONES

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

*Solo marque un número para cada respuesta*

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

*Le agradecemos su interés y cooperación*

Marque con una cruz

SEXO 

masculino	femenino
-----------	----------

 EDAD \_\_\_\_\_

¿Qué servicio médico utiliza usted?

SSA	IMSS	ISSSTE	SERVICIO PRIVADO	OTROS
-----	------	--------	------------------	-------

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

primaria	secundaria	preparatoria	carrera técnica	profesional	ninguna
----------	------------	--------------	-----------------	-------------	---------

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

1 media	2 moderada	3 seria	4 muy seria
---------	------------	---------	-------------

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

**NO**    **probablemente**    **regular**    **probablemente**    **SI**

1
2
3
4
5

2.	¿Acercarse a Dios?	1	2	3	4	5
3.	¿Avisarle a sus amigos?	1	2	3	4	5
4.	¿Evitar ponerse tenso?	1	2	3	4	5
5.	¿Ir a que le hagan curaciones espirituales	1	2	3	4	5
6.	¿Ir al doctor o al hospital?	1	2	3	4	5
7.	¿No realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar	1	2	3	4	5
8.	¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo	1	2	3	4	5
9.	¿Obedecer todas las indicaciones del médico?	1	2	3	4	5
10.	¿Pedir el consejo de sus amigos?	1	2	3	4	5

AA    AP    AM    AE    PT










	1	2	3	4	5	
33. ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5	<input type="text"/>

TS =  =

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

**Muy poco    Un poco    Regular    Bastante    Muy a menudo**  
**1                    2                    3                    4                    5**

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

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

**Muy poco    Un poco    Regular    Bastante    Mucho**  
**1                    2                    3                    4                    5**

	1	2	3	4	5	CA	CU	LM	EE	QS	DC	SV
38. ¿Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5	<input type="text"/>						
39. ¿Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5		<input type="text"/>					
40. ¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5						<input type="text"/>	
41. ¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5				<input type="text"/>			
42. ¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5							<input type="text"/>
43. ¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5						<input type="text"/>	
44. ¿Qué tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5		<input type="text"/>					
45. ¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?	1	2	3	4	5							<input type="text"/>
46. ¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5							<input type="text"/>
47. ¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?	1	2	3	4	5				<input type="text"/>			
48. ¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5						<input type="text"/>	
49. ¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5		<input type="text"/>					
50. ¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5				<input type="text"/>			
51. ¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5		<input type="text"/>					
52. ¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5	<input type="text"/>						
53. ¿Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5						<input type="text"/>	
54. ¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5		<input type="text"/>					
55. ¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5	<input type="text"/>						<input type="text"/>
56. ¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5							<input type="text"/>



57.	¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5
58.	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5

TT =  =

*De nuevo le agradecemos su interés y cooperación*