UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

LA CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD FÍSICA Y MENTAL: HACIA UN MODELO OPORTUNO DE INTERVENCIÓN PRIMARIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

GENARO VALENTÍN ROJO LÓPEZ

DIRECTORA: DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS.

REVISOR: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ – SOSA.

México D. F. Marzo 2012

Facultad de Psicología

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

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“El hombre nunca sabe de lo que es capaz hasta que lo intenta”

Charles Dickens

Agradecimientos

La expresión de agradecimiento que hago a continuación, reconoce a aquellas personas e instituciones que han sido y serán significativas a lo largo de mi vida, cada una de ellas son fundamentales, el orden de aparición en las siguientes líneas no resta agradecimiento, importancia, cariño, respeto ni admiración que generan en mí.

Reconozco y agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, por brindarme la oportunidad de desarrollarme como profesionista y ser humano en esta Máxima casa de estudios, por ser un punto de encuentro con personas de amplio conocimiento y que están dispuestas a compartirlo, por brindarme no solo un espacio de aprendizaje, sino también uno de recreación y esparcimiento, por motivarme, aún antes de ser un alumno, a conseguir y dar lo mejor de mí, ya que bastó poner un pie en las instalaciones de la universidad para saber qué, difícilmente me alejaría de ellas. Por darme el sentido de pertenencia a mi Alma Máter y por permitirme retribuir un poco a lo mucho que la Universidad ha otorgado a mi vida.

A la Facultad de Psicología, por haberme permitido conocer a una de mis pasiones en la vida, la ciencia de la conducta humana, ya que en su espacio conocí a mis múltiples mentores, a personas dignas de mi más profunda admiración, quienes a lo largo de estos años han compartido conmigo su vasta experiencia, por ser también punto de encuentro con compañeros y amigos entrañables que comparten conmigo el amor por nuestra profesión.

Agradezco especialmente al Dr. Juan José Sánchez – Sosa, ya que me permitió acercarme y aprender junto con su equipo de trabajo, es un ejemplo a seguir, cuya sencillez, ética, profesionalismo, y amor por lo que hace, inspira a muchos de nosotros a aspirar a ser un poco como él. Le agradezco por esta valiosa oportunidad, en verdad marcó mi vida conocerlo y aprender de usted mucho de lo que podemos hacer los psicólogos en el campo de la salud. Por acercarme a otra de las personas, que al final del camino, se convirtió, al igual que usted, en un ejemplo a seguir. Gracias Doctor por creer en mí y por el inmejorable e invaluable apoyo para mi formación y la realización de este proyecto.

Dra. Angélica Riveros Rosas, qué grato fue desarrollar este proyecto bajo su dirección y apoyo, recuerdo la alegría que me dio el día que me acerque a usted por primera vez para presentarle este proyecto y, después de escucharme por unos minutos la “convencí” del trabajo, hoy, me es grato compartir la culminación de la investigación, situación que me llena de alegría, usted convirtió en un ejemplo de excelencia, calidad, entrega y profesionalismo (entre más cualidades) a seguir. Con el tiempo de asesoría, con cada retroalimentación, y con cada palabra, sin darme cuenta, hizo de

mí, una persona con más cualidades para desenvolverme dentro de este ámbito que tanto me apasiona. Algo de lo que siempre le estaré agradecido es por creer en mí, situación que demostró con el apoyo que dio para el desarrollo y conclusión de esta investigación.

Dra. Alejandra Valencia Cruz, Ale, son ya varios los años que tengo de colaborar contigo, no hay forma de agradecerte el inmenso apoyo que has significado a lo largo de los mismos, por enseñarme, en toda la extensión de la palabra, el significado de "mentor", gracias por darme la oportunidad de acercarme un poco a la docencia, y así descubrir que es una actividad que me apasiona. Gracias sobre todo por la confianza que depositas en mí, por tus palabras de aliento en todo momento, por tu apoyo en este trabajo.

Dr. Samuel Jurado Cárdenas, gracias por el apoyo y las facilidades otorgadas en este proyecto, pero además, por acercarme al mundo de la psicología cognitiva, por el incontable aprendizaje significativo que logré gracias a su dedicación como académico. Gracias también por los aprendizajes simultáneos que me dio la oportunidad de desarrollar ante las circunstancias que se presentan en el camino.

Mtra. Nelly Flores Pineda, que grato es conocer a una persona tan dedicada, gracias por permitirme acercarme a ti en aquel recinto donde coincidimos, gracias por tu apoyo para este trabajo, por las platicas entre actividades que surgían y que tanto disfrutaba en el CSP.

A Rebeca Sánchez Monroy, a quien rara vez le llamo maestra, pero en esta oportunidad, quiero resaltar que lo es en toda la extensión de la palabra, eres la persona que me ha permitido "puentear" el conocimiento teórico a la aplicación práctica, tengo un infinito agradecimiento para ti por el enorme apoyo que me has brindado para desarrollarme como profesionista, que ha tenido a bien impactar en mi desarrollo como persona, has facilitado la superación de varias pruebas que la vida me ha puesto en el camino. Gracias por la confianza depositada en mí, por hacer del CSP un lugar invaluable para el aprendizaje, por motivarme en el difícil pero satisfactorio camino hacia la madurez.

A todos los maestros que formaron parte de mi formación académica a lo largo de mi estancia en la Facultad de Psicología, por permitirme aprender de ustedes en todo momento.

A María de la Paz López y Braulio Rojo, pese a todas las adversidades, hemos logrado un paso más, sin su infinita paciencia, amor y apoyo nada de esto sería posible, no me queda más que agradecer por ser mi familia, por acompañarnos siempre, por ir superando paso a paso cada una de las pruebas que se nos ponen en frente, por haber tolerado

mis desvelos y frustraciones, pero sobretodo por compartir mis alegrías y satisfacciones de la vida, los quiero.

A Raquel Jaime González, fuiste, eres y serás mi origen, un ejemplo, mi apoyo. Siempre están presentes en mí, las muestras de orgullo y satisfacción que sentías por mis logros, a lo largo de toda mi vida fue grato compartir contigo todos los momentos, situación que de manera diferente lo continuaremos haciendo. Gracias por creer en mí y demostrármelo, por hacerme crecer con la difícil prueba de tu partida, por estar compartiendo contigo este momento porque puedo imaginar tu expresión al mostrarte la culminación de esta etapa de mi vida, te dedico a ti este paso, recuerda, "Fiel a tu ejemplo, voy a seguir siempre".

A mi familia con la que es grato compartir los momentos de alegría, porque nos hemos visto crecer a lo largo de los años, porque gracias a ustedes he comprobado que los lazos sanguíneos son mejores cuando existe interés y amor por los otros, Gracias tíos Rosa Guadalupe y Juan López, primas Lourdes y Reyna, gracias Magali por integrarte a la familia y compartir momentos de alegría.

A Jac por ser mi fundamental apoyo en este paso por la Universidad, por compartir frustraciones, desvelos, alegrías, sorpresas, momentos desagradables, pero sobre todo por siempre estar a mi lado, sé que aún nos queda toda una vida de experiencias por compartir, y no tengo palabras para expresar lo agradecido que estoy contigo.

A Luz porque son años los que nos conocemos, iniciamos el camino hacia nuestra verdadera vocación pese a las dificultades, y lo hemos logrado, porque a pesar de la distancia, el cariño y apoyo que fundamentan nuestra amistad se ha hecho más fuerte, por siempre estar a mí lado.

A mis amigos Carlos Banda, Ivonne Arias, Carlita, quienes me dieron la bienvenida al CSP, e hicieron de ese lugar, un punto de aprendizaje, trabajo pero sobretodo y extrañamente, de diversión, porque a su lado aprendí mucho de cada uno, porque lo seguiré haciendo. Carlos, gracias por tu apoyo, me demostraste que las amistades pueden surgir en los lugares de trabajo, es muy grato compartir contigo las experiencias de la vida, las buenas y las malas, gracias por escucharme y guiarme en varios momentos, Ivonne, te agradezco el apoyo, la escucha y el haber emprendido juntos el camino del ejercicio profesional, Carlita, gracias por compartir conmigo los momentos especiales de tu vida.

Lupita, Paty, gracias por su apoyo y cariño que inicio con mi paso por el CSP y que es muy grato continuarlo, por todos los momentos que hicieron del horario de "trabajo" un momento fugaz.

Al programa de Atención a enfermos crónico degenerativos, a todos y cada uno de sus integrantes, Ricardo, Cecilia, Daniel, Sinahi, Elizabeth, Gisela, Angélica, Edgar, Rosa, Mariana, Mitzy, David, Daniela y Alejandra, gracias a todos por proporcionarnos un espacio tan cómodo para nuestro desarrollo, Edgar, gracias por tu apoyo para la recolección de datos, gracias también a cada uno de los alumnos del programa que he tenido el placer de conocer.

Al seminario de doctorado y sus integrantes, gracias por permitirme insertarme en este espacio de aprendizaje, en especial a Said por la amistad y el apoyo. Susana, simplemente gracias por todo.

A Joan Ramírez, gracias por tu amistad, apoyo y aportes a este proyecto, sin tu ayuda en la recolección de datos seguramente el proyecto me hubiera costado el doble de tiempo.

A los que me han permitido compartir el aprendizaje y experiencias que he ido acumulando con el paso del tiempo en esta profesión.

A los participantes de la investigación por su desinteresada colaboración en el proyecto, gracias por ayudarme a colaborar con la ciencia.

A las autoridades correspondientes por las facilidades otorgadas para la realización de este proyecto.

Finalmente, a cada uno de ustedes le menciono que en ocasiones como esta, las palabras hacen falta para poder expresar el cúmulo de emociones y agradecimientos que les tengo. Gracias porque por estar en mi vida y ayudarme a ser lo que hoy soy.

Índice

Resumen 4

Abstract 6

Introducción 7

Capítulo 1 Epidemiología de las Enfermedades Crónico – Degenerativas en la Ciudad de México 12

1.1 Densidad en Población 12

1.2 Usuarios de los Servicios de Salud 16

1.3 Las enfermedades crónico – degenerativas y su relación con la población actual en México. 19

Capítulo 2 Etiología de las Principales Enfermedades Crónico – Degenerativas 21

2.1 Salud y Enfermedad 21

2.2 Enfermedades Crónico - Degenerativas 22

2.2.3 Sobrepeso y Obesidad 23

2.2.4 Hipertensión Arterial 27

2.2.5 Diabetes 30

2.2.5 Síndrome Metabólico 32

2.3 Hábitos de Salud 34

2.3.1 Conductas de Preservación de la Salud 36

2.3.2 Conductas Nocivas para la Salud 37

Capítulo 3 Perspectiva Psicológica de la Salud 39

3.1.1 Variables Relacionadas con la Salud 44

3.1.2 Modelo Biomédico 48

3.1.3 Modelo Biopsicosocial 51

3.2 Medicina Conductual 56

Capítulo 4 La Calidad de Vida y su Relación con la Salud 62

4.1 Concepto de Calidad de Vida 62

4.2 Antecedentes del Estudio de Calidad de Vida en Adolescentes y Jóvenes 62

Método 67

Participantes 67

Materiales e Instrumentos 68

Procedimiento 74

Medición Psicométrica 74

Medición Antropométrica 75

RESULTADOS 78

Discusión 104

Bibliografía 114

ADENDA 122

Índice de Tablas

Tabla 1.1 Distribución Poblacional Referente a la Edad……15

Tabla 1.2 Derechohabientes y Uso Institucional……16

Tabla 1.3 Casos esperados de los padecimientos crónicos……19

Tabla 2. 1 Clasificación del IMC para mayores de 19 años……25

Tabla 2.2 Clasificación de los Valores de Presión Sanguínea……28

Tabla 2.3 Glucosa en Sangre (Glucómetro)……31

Tabla 3.1 Modelos Explicativos del Proceso Salud – Enfermedad……40

Tabla 3. 2 Niveles de Prevención en Salud……52

Tabla 5.1 Datos socio – demográficos de los participantes……67

Tabla 5.2 Características Psicométricas de la prueba "Funcionamiento en Salud (FS)"……69

Tabla 5.3 Características Psicométricas de la prueba "Funcionamiento Psicosocial (FP)"……70

Tabla 5.4 Consistencia interna del Inventario Autodescriptivo del Adolescente……71

Tabla 5.5 Consistencia Interna del Inventario de Calidad de Vida y Salud……71

Tabla 6.1 Rotación Varimax de "Respuesta a la Enfermedad"……78

Tabla 6.2 Rotación Varimax de "Hábitos de Salud"……80

Tabla 6.3 Rotación Varimax "Creencias de Salud"……81

Tabla 6.4 Rotación Varimax "Afrontamiento"……82

Tabla 6.5 Rotación Varimax "Apoyo Social"……83

Tabla 6.6 Rotación Varimax "Reacción Emocional Social"……84

Tabla 6.7 Rotación Varimax "Salud Psicológica"……84

Tabla 6.8 Confiabilidad de los factores de las pruebas "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial"……85

Tabla 6.9 Descriptivos de las medidas antropométricas……97

Tabla 6.10 Cuartiles del Índice de Salud ……102

Tabla 6.11 Resultados del Análisis de Función Discriminante por pasos en la clasificación de los participantes……103

Índice de Gráficas y Figuras

Gráfica 1.1 Distribución Porcentual de la Población Respecto al Sexo……..12

Gráfica 1.2 Distribución respecto al género en el Distrito Federal……13

Grafica 1.3 Instituciones de Servicio de Salud……18

Figura 3.1 Historia Natural de la Enfermedad……54

Figura 3.2 Relación de las Variables que Influyen en la Salud……..57

Figura 3.3 Mapa Clínico de Patogénesis de los Hábitos de Salud……59

Figura 1 Peso de los participantes por nivel educativo ……...87

Figura 2 Peso de los participantes por nivel educativo y género ……..88

Figura 3 Diámetro de la Cintura de los participantes masculinos por nivel educativo 90

Figura 4 Diámetro de la Cintura de las participantes por nivel educativo ……..91

Figura 5 Porcentaje de Grasa corporal de los participantes masculinos por nivel educativo ……...…93

Figura 6 Porcentaje de Grasa corporal de las participantes por nivel educativo……..94

Figura 7 Índice de Masa Corporal y nivel educativo ……..……95

Figura 8 Índice de Masa Corporal y género ……98

Resumen

Las principales causas de muerte del país incluyen enfermedades crónico – degenerativas. Las personas que las padecen sufren diversas consecuencias, tanto de carácter psicológico como físico y económico, lo que ocurre también a nivel poblacional respecto a las grandes inversiones que se tienen que hacer para enfrentar y atender a las personas con enfermedades crónico – degenerativas. La presente investigación tuvo como objetivos respecto a la relación entre el autorreporte de salud, la calidad de vida y variables antropométricas como indicadores de riesgo para padecer enfermedades crónico – degenerativas, buscando desarrollar una función discriminante que permitiera clasificar a las personas de acuerdo con el riesgo de desarrollar estas enfermedades como consecuencia a las conductas y cogniciones referentes a la salud, lo que establece una forma de hacer la detección de necesidades de intervención.

La muestra se conformó por 183 participantes de nivel licenciatura y bachillerato, con una edad media de 18.28 (D.E. = 2.30), se encontró una función discriminante que permite clasificar a los participantes de licenciatura con un 84.10% de acierto de acuerdo al riesgo de salud, así mismo se encontraron relaciones entre aspectos de la calidad de vida: "Percepción Corporal" (r = .379; p≤.01), "Tiempo Libre" (r = -.215; p≤.05) con IMC, "Redes Sociales" con porcentaje de grasa corporal (r = .224; p≤.05). Se evaluó también el funcionamiento de una prueba de salud, determinando su confiabilidad y validez para la muestra de la investigación. Con los resultados se puede ahondar en las necesidades de la población en edad productiva, generando una estrategia de detección de necesidades que permita hacer una inversión en salud preventiva.

Palabras Clave: Adolescentes, Adultos jóvenes, Prevención primaria.

Abstract

Due to the fact that the main causes of death in the country include chronic degenerative diseases, it is important to generate studies that allow the establishment of primary intervention strategies, so that there is a decrease in these diseases.

The people who have them suffer several consequences: psychologically, physically and economically, with the latter one occurring at a population level as to the great investments that have to be made to face and take care of patients with chronic degenerative diseases.

The main goal of the research shown was to find out the connection between the health self report, the quality of life and anthropometric variables, as indicators of the risk to suffer chronic degenerative diseases; searching to develop a discriminative function that allowed people to be classified based on the risk to develop these diseases resulting from health related behaviors and cognitions. Through that, it is possible to establish a way to detect the need for intervention.

The sample was made up by 183 high school and college students, with a 18.28 average age (S.D. =2.30). A discriminative function was found, which allows the college participants to be classified with an 84.10% success rate, related to health risk. Likewise ties among quality of life aspects were found: "Corporal Perception" ($r=.379; p\leq.01$), "Free Time" ($r = .215; p\leq.05$) with Body Mass Index; "Social Networks" with Body fat percentage ($r = .224; p\leq.05$). A health test was also evaluated, determining its reliability and validity for the sample. With the result, it is possible to deepen in the needs for the population at a productive age; that way, generating a detection strategy of the needs, which allows an investment in preventing health to be made.

Key Words: Adolescents, Young adults, Primary prevention.

Introducción

La importancia que han adquirido las enfermedades crónico – degenerativas se debe en gran medida al avance tecnológico que favoreció el desarrollo de acciones que controlan los padecimientos infecto – contagiosos, los cuales en su momento eran de las principales causas de muerte poblacional (Secretaría de Salud, 2007).

A nivel mundial, la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, se ha convertido uno de los mayores problemas de salud pública de diversos países, debido a que forman parte de los factores de riesgo para padecer una gran diversidad de enfermedades crónico – degenerativas, como la diabetes, la hipertensión arterial y el cáncer, entre otras (WHO, Global Database on Body Mass Index, 2011).

En México, las enfermedades crónico – degenerativas constituyen las principales causas de muerte, representando el 85% de las defunciones junto con las producidas por accidentes. Estas características poblacionales se asocian con los riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables (Secretaría de Salud, 2007).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del año 2000, se observa un incremento en la incidencia de personas con Síndrome Metabólico, el cual se caracteriza por la presencia de diversos factores de riesgo cardiovascular en un mismo individuo, tales como la obesidad, la hipertensión arterial, diabetes tipo II y la hiperlipidemia (Secretaría de Salud, 2007). En 1993, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, identificó una prevalencia del 30% del Síndrome Metabólico en adultos mayores de 20 años. Actualmente se estima la prevalencia de este padecimiento en 43% (Secretaría de Salud, 2007).

Los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónico – degenerativas se refleja en los datos de la Encuesta Nacional de Salud (2000), la cual muestra una prevalencia del 8% para la diabetes tipo II, un 30% para la hipertensión arterial y un 70% de sobrepeso y obesidad, para personas mayores de 20 años, siendo

así, que la presencia de estos factores hace más vulnerable a la población de padecer el Síndrome Metabólico, incrementándose el riesgo de muerte por las complicaciones de dichos padecimientos (Secretaría de Salud, 2007).

Para hacerle frente a esta situación, el *Programa Nacional de Salud 2007 – 2012,* busca, dentro de sus diversos objetivos, conducir a la universalidad en el acceso a los servicios de salud, permitiendo que cada uno de los habitantes del país, tenga cubiertas las necesidades respecto a los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2007).

Dicho programa busca alcanzar cinco objetivos primordiales respecto a la salud del pueblo mexicano: 1) mejorar las condiciones de salud de la población, 2) brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, 3) reducir las desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables, 4) evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal y 5) garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en México (Secretaría de Salud, 2007).

Con base en esto, el Programa Nacional de Salud 2007 – 2012 se dirige bajo ejes rectores para el planteamiento de su programa de trabajo actual, entre dichos ejes se destacan el énfasis en la promoción de la salud a la vez que se proporcione a la población un trato de calidad con calidez y seguridad (Secretaría de Salud, 2007). Estos objetivos y ejes rectores de la política actual de salud en el país, resaltan la importancia de establecer estrategias multidisciplinarias que busquen el desarrollo de la salud en los individuos, por lo que se requiere conocer la condición actual de los factores que intervienen en dicho proceso. Dicho estudio comprende diversas especialidades en el ámbito de la salud, localizando factores relevantes tanto a nivel médico – biológico, así como el componente psicológico, los que se relacionan, en

conjunto con otras variables sociodemográficas, para explicar el estado actual de salud de la población.

Al analizar los factores poblacionales respecto a las enfermedades, los padecimientos crónico – degenerativos toman importancia por la cantidad de habitantes que los desarrollan, aproximadamente 169 mil personas a nivel nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011; Secretaría de Salud, 2007), así como la susceptibilidad de la población mexicana. También es importante considerar que estas enfermedades aumentan el riesgo de incapacidad anticipada, afectan la productividad de las personas, y aunado al elevado costo que implica su detección y tratamiento, producen estragos en la economía, tanto a nivel personal como en el país en general. Por ende, es relevante generar conocimiento respecto a estos padecimientos que permita el desarrollo de estrategias eficaces de abordaje multidisciplinario (Córdova-Villalobos, *et al*. 2008).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud, en su publicación electrónica *"Funciones Esenciales de la Salud Pública"*, menciona once actividades fundamentales que, junto con el instrumento desarrollado para evaluar dichas actividades, permite a las Secretarías de Salud de los países miembros, evaluar el desempeño en cada una de ellas para así poder preservar la salud pública. Lo referente al punto tres en esta publicación considera a la *Promoción de la Salud,* y se dirige a fomentar cambios en los estilos de vida y el entorno, de tal forma que se favorezca un estado de salud en los habitantes del país en cuestión (WHO, Organización Panamericana de la Salud).

Considerando que el estudio de la salud en el ser humano es una labor multidisciplinaria, las funciones del psicólogo, en particular, el que se desempeña en el área clínica, son aquellas que se relacionan con la prevención, atención, adhesión a tratamientos, modificación de estilos de vida etcétera. La psicología focaliza su interés en el proceso de salud – enfermedad, así como la contribución de los factores psicológicos al desarrollo o precipitación de las enfermedades (Álvarez, 2005).

La participación de los psicólogos en la salud pública, atañe tanto a la Medicina Conductual como a la Psicología de la Salud (Álvarez, 2005) con la implementación de enfoques terapéuticos basados en evidencias, como la Terapia Cognitiva – Conductual, la cual ayuda a los pacientes a cambiar cogniciones respecto a la enfermedad, de tal forma que sea más sencillo realizar y adaptarse a las nuevas condiciones de vida después de ser diagnosticados con algún padecimiento, ayudando, por ejemplo, a tener un mejor manejo del estrés, favoreciendo la adhesión a los tratamientos farmacológicos, modificando conductas que favorezcan la recuperación y preservación del estado de salud, entre otras aplicaciones de la Medicina Conductual para padecimientos particulares (Hart, 2010).

De esta forma, analizar las conductas que fomentan o detienen el desarrollo de la salud generan una alternativa de prevención para los factores de riesgo de las enfermedades crónico – degenerativas, sobretodo en edades tempranas, como en la adolescencia, donde se puede detener o retrasar la aparición de estos trastornos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Secretaría de Salud, 2006), de los 25 056 adolescentes entrevistados (personas entre 10 y 19 años), 18.3% reportaron presentar algún tipo de trastorno alimenticio, entre los que se encontraban conductas asociadas a la preocupación por engordar, o bien, el que se podría considerar el extremo opuesto, la pérdida del control sobre la ingesta de comida, las mujeres entre los 16 y 19 años de edad son las que reportaron presentar mayormente estos trastornos. Sin embargo, es posible que haya un sub registro por factores como la deseabilidad social ya que hombres o mujeres pueden no reporten la presencia de dichas conductas. En lo que respecta a hábitos de salud dañinos, se aborda en la encuesta el tabaquismo, el cual presentó una prevalencia de 7.6%, siendo más frecuente en varones. Por su parte, el consumo de alcohol mantiene una relación semejante a la del tabaquismo, presentándose más en varones e incrementándose con la edad, siendo que el 21% de los hombres reportaron consumir más de cinco copas a la semana, mientras que el 10% de las mujeres reportaron el mismo consumo.

Estas conductas implican antecedentes de importante consideración, ya que, el conjunto de los desórdenes alimenticios, así como el consumo de alcohol y tabaco, son importantes antecedentes para la aparición y desarrollo de las enfermedades crónico – degenerativas. Debido al carácter asintomático que la mayoría de las enfermedades crónicas tienen, es importante una detección y prevención oportunas, sobre todo en las edades en las cuales las enfermedades crónicas tienden a iniciarse y ser asintomáticas, esto es alrededor, de los 20 años, además de que este grupo etario es el próximo a incluirse a las actividades productivas en el país (Secretaría de Salud, 2007).

Los datos del más reciente censo de población y vivienda realizado en México, por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2010, indica que 2, 216, 680 habitantes del Distrito Federal se encuentran entre los 15 y 29 años de edad, representando al 25,23 % de la población de esta entidad del país (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011), dicho rango de edad es en el que se enfoca la investigación, por las conductas de riesgo reportadas, así como por las características que les hacen exponerse con mayor frecuencia a situaciones de riesgo.

Esto hace necesario conocer las características relacionadas con el fomento de hábitos que favorezcan el desarrollo de la salud, en forma especial, de la adolescencia y juventud, ya que es este grupo etario el que se convertirá en la fuerza productiva del país. Obliga al análisis de la conducta en un proceso de salud – enfermedad que permita establecer modelos de abordaje eficientes y oportunos, identificando las variables psicológicas fundamentales involucradas en el fomento de la salud. Llegar a este objetivo requiere entonces, de una descripción del panorama actual, considerando tanto las variables psicológicas, biológicas, económicas y sociodemográficas.

Capítulo 1

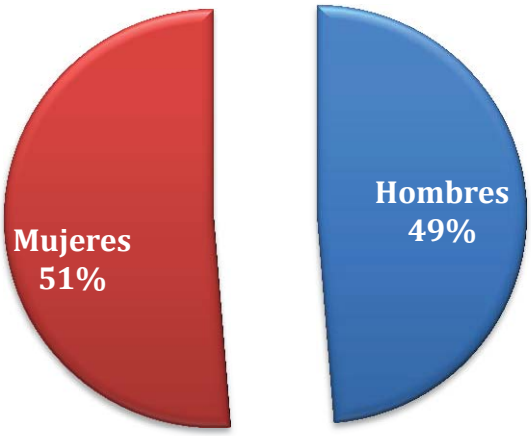
Epidemiología de las Enfermedades Crónico – Degenerativas en la Ciudad de México

1.1 Densidad en Población

Un factor a considerar para la creación de intervenciones en cualquier nivel de prevención respecto a las enfermedades de índole crónico – degenerativas, son los aspectos epidemiológicos en los que se encuentra el país.

De acuerdo con el último Conteo de Población y Vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía en el año 2010, la población actual de nuestro país asciende a 111, 960, 139 millones de habitantes, siendo ligeramente mayor el número de mujeres que de hombres (INEGI, 2010).

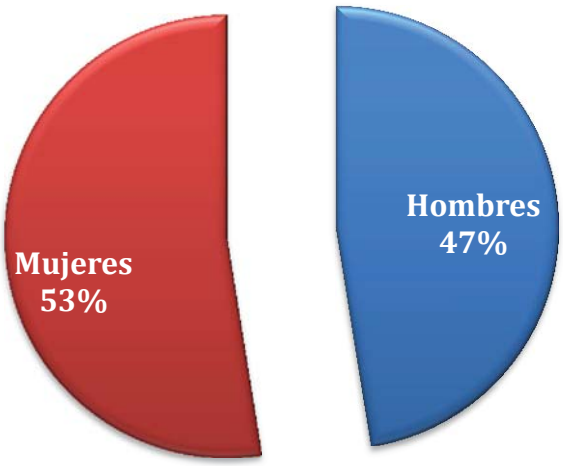
Distribución Porcentual de la Población Respecto al Sexo



Gráfica 1.1. Presenta la distribución referente al sexo en la población mexicana de acuerdo con el último conteo de población y vivienda realizado por el INEGI en el 2010.

Se observa en la gráfica 1.2, el número de mujeres también es ligeramente mayor al de hombres en el Distrito Federal. En dicha entidad federativa se concentran 8, 783, 909 millones de habitantes, es decir, 7.84% de la población del país con tendencia mayoritaria del sexo femenino como se muestra en la gráfica.

Distribución respecto al género en el Distrito Federal



Gráfica 1.2. Presenta la distribución referente al sexo en la población del Distrito Federal, de acuerdo con el último conteo de población y vivienda realizado por el INEGI en el 2010.

Las diferencias encontradas al respecto del sexo en la población, son relevantes por los padecimientos que se presentan en un determinado género, o bien que la prevalencia muestra mayor tendencia a incidir mayoritariamente en hombres o mujeres (Secretaría de Salud, 2007). En este sentido se observa que la obesidad se presenta más en las mujeres (71.9% mujeres y 66.7% hombres), la hipertensión arterial diagnosticada se presenta en la misma tendencia con el 18.7% en mujeres y el 11.4% en hombres, la diabetes mellitus muestra un 7.3% de mujeres y un 6.5% de

hombres con la enfermedad, en el caso del síndrome metabólico, el dato que se tiene es referente al diámetro de cintura, el cual es un factor asociado a dicho padecimiento, este dato indica que el 24.1 de las mujeres y el 61.9 de los hombres tienen un diámetro de cintura superior al establecido como normal, poniéndolos en riesgo de padecer el síndrome metabólico y otras enfermedades (Secretaría de Salud, 2000)

En lo que respecta a la edad, en el Distrito Federal hay una concentración mayoritaria en los grupos etarios entre los 15 y los 39 años de edad, representando el 41.25%, equivalente a 3, 623, 398 millones de habitantes del total de la población en el Distrito Federal (INEGI, 2010), representando así la mayor concentración de la fuerza productiva del país. Esto implica que las acciones de salud, sobre todo aquellas con intención preventiva, deben estar encaminadas a este sector poblacional, ya que en ellos el cuidado de la salud presenta las mayores posibilidades para prevenir, retrasar o fomentar el desarrollo de las enfermedades. Los datos disponibles hasta el momento, indican que la mortalidad en edad productiva (de 15 a 64 años de edad) se deben en mayor causa a la diabetes mellitus, las enfermedades crónicas del hígado, enfermedades isquémicas del corazón, accidentes, y algunos tipos de tumores malignos (Secretaría de Salud, 2007). De no implementar dichas acciones, el desarrollo de enfermedades puede llevar a la necesidad de invertir recursos, tanto humanos, tecnológicos y económicos para contrarrestar el efecto de las enfermedades, además de que los padecimientos en estos grupos etarios produciría daños en la productividad del país al reducirse la eficacia de los recursos humanos a causa de las enfermedades. En la tabla 1.1 se muestra la distribución poblacional de acuerdo con el último conteo de población realizado en el 2010, lo que resalta la concentración poblacional en las edades de 15 a 39 años de edad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011).

Tabla 1.1 Distribución Poblacional Referente a la Edad en el Distrito Federal.

Edad	Total	% Hombres	% Mujeres
Total	**8,783,909**	**47**	**53**
00-04 años	608,608	51	49
05-09 años	655,017	50	50
10-14 años	650,676	51	49
15-19 años	727,772	49	51
20-24 años	756,565	49	51
25-29 años	723,343	48	52
30-34 años	703,849	47	53
35-39 años	711,869	47	53
40-44 años	626,396	47	53
45-49 años	570,710	46	54
50-54 años	536,413	45	55
55-59 años	416,693	45	55
60-64 años	341,885	45	55
65 años y más	748,634	41	59
No especificado	5,479	41	59

Los datos de la tabla 1.1 resultan importantes debido a que la prevalencia de algunos padecimientos, tanto de carácter psicológico como médico, inician y se desarrollan en las edades con mayor frecuencia reportadas, es decir, entre los 15 y los 39 años de edad (ENSANUT, 2006).

Para llevar a cabo un análisis de las características socioeconómicas que se relacionan con factores de riesgo para padecer enfermedades, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, hace un análisis de los factores que coadyuvan a la salud de la población en México, detectando entre dichos factores el tipo de vivienda, y el derecho a la atención médica por alguna institución (ENSANUT, 2006).

1.2 Usuarios de los Servicios de Salud

La Secretaría de Salud provee a los habitantes del país servicios de salud, sin embargo, se muestran características particulares respecto al uso que se hacen de los mismos.

Los datos de la tabla 1.2 muestran el comportamiento de la población respecto a su condición como derechohabientes de alguna institución de salud, y el uso real del servicio, ya sea en la institución de adscripción, o bien en alguna otra. Cabe destacar, que de acuerdo con los datos recolectado por el INEGI, se hace referencia de la posibilidad de adscripción a dos o más instituciones por diversas condiciones del sujeto (INEGI, 2010).

Tabla 1.2 Derechohabientes y Uso Institucional

Institución de Adscripción	Población Total	% Usuarios	% Otra Pública	% Privado	% No usuaria	% Otro	%No especifica
IMSS	3,072,438	88.30	1.56	9.70	0.54	0.45	0.14
ISSTE	1,128,797	98.00	13.00	17.00	1.00	1.00	0.08
Pemex, Defensa, Marina	107,872	94.70	2.74	2.32	0.04	0.24	0.16
Seguro Popular	1,025,476	94.05	0.81	4.65	0.31	0.49	0.13
Instituciones Privadas	465,185	93.00	5.81	NA*	0.29	1.04	0.88
Otra Institución	171,065	32.4	24.00	43.65	0.27	NA*	0.25

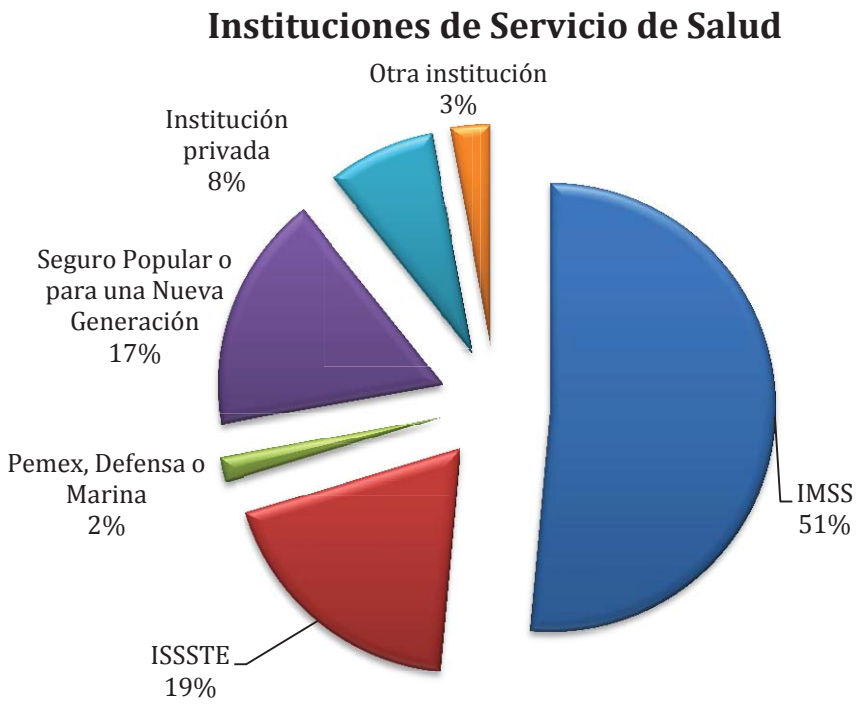
Nota: % de usuarios representa el uso de las personas respecto a la adscripción a determinada dependencia, NA* indica que la casilla "no aplica" para esa dependencia.

También se observa que los porcentajes reportados en cuanto al uso de los servicios de cada dependencia son altos, por lo que acciones de prevención y atención para las enfermedades crónico – degenerativas pueden ser susceptibles de

implementarse en estas instituciones y beneficiar al alto número de usuarios que se reporta. Es importante resaltar que no se reportan datos respecto a la adhesión a tratamientos en estas instituciones ni los grupos etarios que hacen uso de los servicios, datos que permitirían un análisis más minucioso.

El análisis de los datos obtenidos, muestra cifras interesantes. En lo que respecta al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), institución en la que se reporta mayor número de derechohabientes con un 51% de la población del Distrito Federal total adscrita a ella, el 9.7% prefiere y/o tiene la posibilidad de recurrir a un servicio privado de salud, el 0.5% recurre a "otro lugar" a atender su salud, mientras que otro 0.5% no hace uso del servicio (INEGI 2010). Los mismos datos se reflejan en la tabla 1.2 para las diferentes instituciones de salud en el Distrito Federal.

En cuanto al acceso que tienen las personas a los diversos servicios de salud, de acuerdo con los datos del INEGI, se reporta que 66.7% de la población del Distrito Federal es derechohabiente de alguna institución de salud pública o privada, mientras que el 32.7% no cuenta con la adscripción a alguna de dichas instituciones, el porcentaje restante no proporcionó la información en el conteo de población (INEGI 2010). Es importante resaltar que estos datos se refieren a la adscripción a dichas instituciones de salud. La distribución en las distintas opciones de servicios de salud se muestra en la gráfica 1.3 (ver siguiente página):



Gráfica 1.3. Muestra la distribución de derechohabientes en las distintas instituciones de salud en la población del Distrito Federal, de acuerdo con el último conteo de población y vivienda realizado por el INEGI en el 2010.

Los datos presentados corresponden a los servicios de salud en general, sin embargo, corresponde a la ciencia de la psicología, realizar una propuesta que analice y evalúe las variables que muestran la adhesión a las instituciones de salud, ya que tanto la deserción en tratamientos, como el no uso de los mismos, requiere de la inversión de recursos humanos, tecnológicos, materiales y económicos que no son aprovechados en su totalidad, por lo que las implicaciones respecto al uso de estos recursos pueden impactar en el funcionamiento óptimo de las instituciones, así como en la salud de la población (Quevedo, 2008).

1.3 Las enfermedades crónico – degenerativas y su relación con la población actual en México.

Considerando los datos poblacionales presentados hasta el momento, se puede calcular un estimado de los casos de enfermedades crónico – degenerativas que están presentes en la actualidad de acuerdo con el último conteo de población y las incidencias y prevalencias para los distintos padecimientos que se han publicado hasta el momento (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2011; Secretaría de Salud, 2007), lo cual se presenta en la tabla 1.3.

Tabla 1.3 Casos esperados de los padecimientos crónicos

Enfermedad	Porcentaje esperado	Casos Esperados a Nivel Nacional	Casos Esperados en el D.F.
Obesidad y Sobrepeso	70	78,372,097	6,148,736
Síndrome Metabólico	43	48,142,860	3,777,081
Diabetes	08	8,956,811	702,713
Hipertensión	30	33,588,042	2,635,173

De esta forma, al considerar el total de habitantes, tanto a nivel nacional como en el Distrito Federal, la cantidad de individuos que se estima padecen alguna de las enfermedades crónicas es muy elevada, superando los 100 mil habitantes con este tipo de enfermedades, mientras que el resto de la población es suceptible de desarrollar alguna de ellas con el paso del tiempo.

Así, se resalta la necesidad de analizar, entender y generar estrategias que doten a la población de estrategias de afrontamiento que les hagan menos vulnerable a los padecimientos mencionados. Las implicaciones físicas, emocionales y sociales que éstos conllevan generan la necesidad de tener estrategias de acción en los diversos niveles de prevención para atender la salud.

En este sentido, y desde una perspectiva preventiva, tratamientos focalizados a la modificación de hábitos negativos, así como las estrategias de afrontamiento que favorezcan el desarrollo de un estado de salud desde una edad más temprana, promueven en los individuos conductas saluables, la importancia de esto se debe al numero de personas que son susceptibles de beneficiarse de estas estrategias de prevención.

Por ende, las estrategias de tratamiento para fomentar estados de salud, deben considerar las características principales de las enfermedades crónico – degenerativas, lo que permite conocer las variables que deben de atenderse desde una perspectiva de modificación de conducta y reestructuración cognitiva.

Capítulo 2
Etiología de las Principales Enfermedades Crónico – Degenerativas

2.1 Salud y Enfermedad

La perspectiva de la Medicina Conductual busca la comprensión del proceso de salud – enfermedad, contempla tanto el análisis como las propuestas de acción para las diversas variables involucradas en el proceso de desarrollo de un estado óptimo de la salud en cada una de las etapas del ciclo vital humano.

En primer lugar hacer una atribución a la enfermedad, es decir, comprender el locus de control[1] que asocia a determinada circunstancia la aparición de la enfermedad, o de los eventos propicios para desarrollar hábitos del cuidado de la salud, permitirá entender al profesional de la psicología el grado de responsabilidad y forma de actuar en cada fase del proceso de desarrollo de la salud (Gómez, 2003).

Es importante retomar los avances a lo largo de la historia en cuanto al proceso de salud y enfermedad, ya que ésto puede ayudar al profesional en psicología a hacer una detección más próxima de la posible atribución y causa (locus de control) que la población hace al proceso de salud – enfermedad, lo que le permite desarrollar estrategias de afrontamiento acorde con las necesidades de cada sector poblacional (Arredondo, 1992).

[1]Se refiere a las expectativas concernientes al reforzamiento de la persona, es decir, la atribución respecto a su participación o no en las consecuencias que conllevan sus acciones, éste se clasifica como locus interno, cuando la persona atribuye responsabilidad a sus conductas, o bien, locus externo, cuando la persona determina que el origen de las consecuencias son ajenas a ella.

De acuerdo con el nivel de atención en el que se desea intervenir, se establecen estrategias terapéuticas basadas en evidencias que beneficien el desarrollo de la salud, por ejemplo, acciones de adhesión a tratamientos cuando la enfermedad o trastorno ya está en el individuo, como en el caso del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sánchez - Sosa, Cázeres, Piña, y Dávila, 2009), estrategias de acción para personas con Hipertensión Arterial Reactiva (Riveros, 2007). Dichas estrategias se basan en evidencia empírica lograda a tráves de la investigación sistemática respecto de los trastornos a los que se pretende combatir, es la misma investigación de las variables involucradas la que permite ir adaptando dichas intervenciones a las condiciones actuales que favorecen la aparición de algunas enfermedades. En este sentido, desde una perspectiva de prevención primaria, es fundamental considerar los aspectos involucrados para que dicha intervención surta el efecto deseado.

2.2 Enfermedades Crónico - Degenerativas

Con el objetivo de conocer las características esenciales de las enfermedades crónico – degenerativas, es importante mencionar que debido al avance en los tratamientos de enfermedades infecto – contagiosas y agudas se ha disminuido el número de decesos por este tipo de enfermedades, por lo que los padecimientos crónico – degenerativos han tomado relevancia en la necesidad de atención (Cruz y Luis, 2008), lo cual está asociado también al incremento de la esperanza de vida y el riesgo asociado a los hábitos de salud en la población (Secretaría de Salud, 2000). Como reconoce la Secretaría de Salud, las enfermedades crónico – degenerativas representan el 85% de las defunciones junto con las producidas por accidentes, en las edades productivas (de 15 a 64 años de edad) (Secretaría de Salud, 2007).

El desarrollo de los padecimientos crónicos, tanto en su manifestación temprana, como en sus complicaciones se han relacionado con estilos de vida poco saludables (Secretaría de Salud, 2007).

La atención que generan estos padecimientos tanto en incidencia[2] como en prevalencia[3], hace necesaria la creación la creación de diversas estrategias de atención a la población, en los tres niveles de prevención en salud, minimizando así, los efectos negativos que dichas enfermedades producen en los individuos, tanto a nivel económico, personal y social (Secretaría de Salud, 2007).

A continuación se enlistan las principales características de los padecimientos con mayor incidencia y prevalencia a nivel nacional, cuyo carácter crónico, genera la necesidad de intervenciones de los tres niveles de prevención.

2.2.3 Sobrepeso y Obesidad

Conforme a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 "El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidad tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras." (Secretaría de Gobernación, 2010).

[2]Número de casos nuevos de una enfermedad en una población específica y en un tiempo determinado.

[3]Número de personas que presentan la enfermedad en un periodo determinado de tiempo.

El cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC), el cual muestra la relación entre talla y peso del individuo, es el signo más utilizado para la clasificación respecto a la presencia o ausencia de sobrepeso u obesidad (Ayela, 2009).

De acuerdo con lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, el Índice de Masa Corporal se calcula con la siguiente fórmula (Organización Mundial de la Salud, 2011):

$$IMC = \frac{Peso\ (kgs)}{Talla\ (m)^2}$$

Mediante este cálculo se obtiene un indicador que permite categorizar al individuo respecto a la proporción resultante. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, un IMC mayor o igual a 25, índica sobrepeso, mientras que un IMC superior a 30 corresponde a la obesidad (Organización Mundial de la Salud, 2011).

De acuerdo con la OMS, en la Norma Oficial Mexicana actualmente en vigor se establece lo siguiente (Secretaría de Gobernación, 2010):

"Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m^2.

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde el percentil 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS.

Sobrepeso, al estado caracterizado por la existencia de un IMC igual o mayor a 25 kg/m^2 y menor a 29.9 kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja, igual o mayor a 23 kg/m^2 y menor a 25 kg/m^2. En menores de 19 años, el sobrepeso se

determina cuando el IMC se encuentra desde el percentil 85 y por debajo de la 95, de las tablas de edad y sexo de la OMS."

Como se puede observar, existen consideraciones diferentes para la detección de sobrepeso y obesidad en menores de 19 años y para mayores de dicha edad, esto surge en respuesta a la necesidad de generar nuevas curvas de crecimiento infantil, debido a que la Organización Mundial de la Salud se percata que los estándares establecidos no describen la niñez temprana de forma adecuada. El estudio titulado "Patrones de Crecimiento Infantil" publicado en el año 2006, incluyó un total de 8 440 niños clasificados con condiciones favorables para el desarrollo, participando seis países (Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán) lo que permitió representatividad mundial de acuerdo con los estándares de la OMS (World Health Organization, 2006). Los percentiles obtenidos con este reporte, establecen normas de clasificación respecto al Índice de Masa Corporal, haciendo un cálculo contemplando también la edad con meses y sexo del individuo, dichas tablas se muestran en el primer anexo de esta investigación.

En lo que respecta a las personas mayores de los 19 años de edad, la clasificación actualmente utilizada respecto al Índice de Masa Corporal, establece lo siguiente (Secretaría de Salud del Distrito Federal) :

Tabla 2. 1 Clasificación del IMC para mayores de 19 años

Clasificación	*IMC*	*Riesgo*
Peso Bajo	Menor a 18.5	**Desnutrición**
Peso Normal	de 18.5 a 24.99	**Sin Riesgo**
Sobrepeso	de 25 a 29.99	**Considerable**
Obesidad Clase I	de 30 a 34.99	**Moderado**
Obesidad Clase II	de 35 a 39.99	**Severo**
Obesidad Clase III	Mayor a 40	**Muy Severo**

Sin embargo, se contemplan otros indicadores para establecer las diferencias respecto al sexo y a la edad buscando obtener una clasificación más especializada respecto al sobrepeso y la obesidad, como son el diámetro de la cintura, porcentaje de grasa, la masa muscular y ósea, el porcentaje de agua en el cuerpo, que permiten hacer una determinación más aproximada al funcionamiento homeostático del organismo (Ayela, 2009; Salas - Salvadó, Rubio, Barbany, y Moreno, 2007).

En relación al porcentaje de grasa corporal, se esperan niveles entre el 12 y el 20 % para hombres y entre el 20 y el 30% para mujeres; estos niveles se consideran el parámetro de normalidad que permite establecer los riesgos para la salud (Salas - Salvadó, Rubio, Barbany, y Moreno, 2007).

En cuanto al diámetro de la cintura, los valores esperados son para mujeres menor a 80 centímetros y en hombres menor a 94 centímetros para considerarse en los parámetros de normalidad, cuando el hombre tiene un diámetro de cintura entre los 94 y 101.9 centímetros; en mujeres entre 80 y 87.9 centímetros representa un riesgo moderado para la salud, finalmente, cuando en el hombre se superan los 102, y en las mujeres los 88 centímetros corresponde a un nivel elevado de riesgo para la salud, principalmente en cuestiones cardiovasculares y cerebrovasculares (World Health Organization, 2005)

Con el control y monitoreo de éstos factores relacionados con el sobrepeso y la obesidad, se pretende tener un mayor control sobre los indicadores corporales que se alteran con dichos padecimientos, relacionando la masa magra y la masa ósea con respecto de la grasa corporal, lo que a su vez permite hacer una evaluación en la intervención de tercer nivel, ya que al monitorear los distintos componentes del peso, se le puede hacer notar al individuo los cambios en la composición corporal, resaltando que el peso no es el único indicador de mejoría respecto a la obesidad y el sobrepeso (González, 2004).

En el caso de esta enfermedad, la atención de un profesiónal en psicología, contempla el abordaje respecto a las condiciones y variables que pueden alterar la motivación, la adhesión al tratamiento, las ideas irracionales, la organización de espacios y tiempos, la adquisisión de nuevos hábitos de salud y el mantenimiento y control de los estándares de normalidad, por ejemplo, la modificación de hábitos alimenticios hacia una comida balanceada, el incremento de actividad física, y la adehesión a la tratamientos farmacológicos en caso de ser recetados por el especialista adecuado (García-Llana, Rodríguez, y De Cos Blanco, 2010;Laliberte, McCabe, y Taylor, 2009).

2.2.4 Hipertensión Arterial

El término "presión sanguínea" se define como "la presión lateral ejercida por la sangre en las paredes vasculares", es la presión de la sangre y sus variaciones respecto al ciclo cardíaco de flujo sanguíneo, teniendo dos componentes de medición; la presión ejercida sobre las paredes arteriales se caracteriza por contracción sistólica del ventrículo izquierdo del corazón, es decir, el movimiento de contracción del músculo cardíaco con la finalidad de enviar la sangre al resto del cuerpo (sístole), seguido a este movimiento, se produce una relajación muscular cardíaca denominada diástole, movimiento mediante el cual, el corazón permite la entrada de más sangre para continuar con el ciclo circulatorio (Harmer, 1970).

Para hacer la evaluación de la presión arterial se ocupa un esfigmomanómetro, que proporciona los parámetros de presión sistólica y diastólica del individuo, esto se logra interrumpiendo el flujo sanguíneo en la arteria radial mediante la aplicación de fuerza sobre la piel y tejido subcutáneo en la parte externa de la arteria, la medida se debe hacer con esfigmomanómetros perfectamente calibrados que eviten el riesgo de errores debido a algún defecto del mismo, la persona a evaluarse deberá tener un

reposo de cinco minutos, de preferencia sentado de manera confortable y con el brazo a explorar relajado y apoyado (Coca, Aranda, y Rendón, 2009).

Debido a esto, cuando se habla de presión arterial, se manejan dos cifras que evalúan cada uno de los movimientos sobre las paredes arteriales, teniendo un valor para la presión arterial sistólica y uno para la diastólica. Los parámetros para su evaluación y clasificación de acuerdo con la *NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial*, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 2.2 Clasificación de los Valores de Presión Sanguínea.

Clasificación	Valor de Presión Sistólica	Valor de Presión Diastólica
Óptima	Menor a 120 mmHg	Menor a 80 mmHg
Normal	De 120 a 129 mmHg	De 80 a 84 mmHg
Normal Alta	de 130 a 139 mmHg	de 85 a 89 mmHg
Hipertensión Arterial Ligera (grado 1)	de 140 a 159 mmHg	de 90 a 99 mmHg
Hipertensión Arterial Moderada (grado 2)	de 160 a 179 mmHg	de 100 a 109 mmHg
Hipertensión Arterial Grave (grado 3)	Mayor o igual a 180 mmHg	Mayor o igual a 110 mmHg
Hipertensión Arterial Sistólica Aislada	Mayor o igual a 140 mmHg	Menor de 90 mmHg

De esta manera, el monitoreo de los niveles de presión sanguínea establece un parámetro de control ante las complicaciones que los niveles elevados conllevan (Secretaría de Gobernación, 2009), excluyendo alteraciones como la denominada "hipertensión de bata blanca", es decir, la reacción de hipertensión a las evaluaciones

de índole médico, alteración que desaparece en la vida cotidiana del individuo, por lo que se recomienda que al detectar un caso donde los valores de presión arterial se encuentran fuera de lo normal, se realicen algunas medidas posteriores, se requiere por lo menos dos mediciones con un intervalo de descanso de dos minutos, obtener el promedio y considerar a éste como el valor de la presión arterial para el diagnóstico de la enfermedad, o bien, evaluaciones más especializadas, con instrumentos que miden la presión arterial a diversas horas del día, dichas medidas las recomienda la Secretaría de Salud, a través de la NORMA OFICIAL antes mencionada (Secretaría de Gobernación, 2009).

Cuando se manejan niveles anormales de presión arterial de forma constante, junto con la presencia de otros síntomas como cefalea, sofocación, sudoración y palpitaciones que suelen presentarse de manera conjunta a la hipertensión arterial, tienden a llamar la atención de la persona, llevándola a un proceso de diagnóstico, considerando a la presión arterial como una de las posibles causas de la sintomatología, sin embargo, cuando se comienza a presentar dichas molestias, es cuando ya se tienen estragos por los altos niveles de presión arterial, por lo que también se conoce a este padecimiento como "asesino silencioso", predisponiendo al individuo a eventos cardiovasculares y cerebrovasculares (Hricik, Wright, y Smith, 2003;Zurro y Cano, 2005;Molerio y Pérez, 2003).

En lo que corresponde al aspecto psicológico de este padecimiento, el rol de las emociones forma parte fundamental de su comprensión. Sanchez – Sosa (2002) indica que los estados emocionales alteran la respuesta fisiológica del organismo, produciendo alteraciones a nivel instrumental que a la vez favorecen las alteraciones orgánicas. Esto no afecta únicamente la predispocición de la enfermedad como tal, sino que también, cuando ya se ha manifestado y se encuentra bajo tratamiento, los estados emocionales pueden determinar la adhesión a las modificaciones en la vida cotidiana para disminuir el impacto de la patología (Riveros, 2007).

2.2.5 Diabetes

La definición de Diabetes puede considerarse como "Un grupo de enfermedades o síndromes metabólicos caracterizados por la aparición de hiperglucemia secundaria a defectos en la secreción de insulina, de la acción de la insulina o de ambas" (Massó y Escobar, 2009, pág. 1).

La Asociación Mexicana de Diabetes reconoce como factores de riesgo para la diabetes, el componente genético, la obesidad y el sobrepeso, alteraciones en los lípidos (dislipidemias), presión arterial alta, sedentarismo y el tabaquismo (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989).

Se pueden categorizar cuatro tipos de Diabetes por las características clínicas que se presentan en cada uno de ellas. La diabetes tipo I, conocida como "juvenil o insulino – dependiente", es de carácter autoinmune, donde las células β del páncreas son destruidas por el mismo organismo al no ser reconocidas, esta destrucción gradual produce que el individuo vaya requiriendo de insulina de forma externa para controlar los niveles de glucosa, por lo que su inicio es asintomático (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989; Massó y Escobar, 2009).

La Diabetes tipo II, que representa el tipo más frecuente de este padecimiento, se caracteriza por la resistencia periférica a la acción de la insulina, o por un defecto en la acción de la misma sobre el organismo (Massó y Escobar, 2009). Se presenta cuando el hígado comienza a producir glucosa en altos niveles, pero a su vez, el resto de los tejidos corporales no aprovechan o metabolizan la insulina, lo que genera un alto nivel de glucosa en la sangre (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989).

La Diabetes Gestacional, se refiere a la resistencia del organismo a la insulina específicamente cuando la mujer se encuentra embarazada, reportándose que en la mayoría de los casos la alteración desaparece al terminar la gestación, su origen se

atribuye a los altos niveles hormonales que se presentan durante esta etapa en la vida de la mujer (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989).

Existe un grupo de sintomatología que sin tener relación entre ellas, se caracterizan por efectos de la Diabetes, sin embargo no son completamente asociables a la tipo I o II, en general se pueden identificar defectos en las células β genéticamente, defectos en la acción de la insulina de origen genético y algún padecimiento del pancreas como tal (Massó y Escobar, 2009).

Los síntomas de la diabetes incluyen (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989):

- Poliuria (micción frecuente)
- Polidipsia (sed excesiva)
- Polifagia (hambre excesiva)
- Pérdida de Peso

Los niveles de glucosa en sangre son un signo importante para el diagnóstico de la Diabetes, de acuerdo con el tipo de medición que se lleve a cabo, los parámetros son los siguientes (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989; Secretaría de Salud del Distrito Federal; Massó & Escobar Jímenez, 2009) ver siguiente página:

Tabla 2.3 Glucosa en Sangre (Glucómetro)

Parámetros a medir	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en Ayunas	Menor a110 mg/dl	de 110 a 140 mg/dl	Mayor a 140 mg/dl
Glucemia Posprandial de 2 horas	Menor a 140 mg/dl	menor a 200 mg/dl	Mayor a 240 mg/dl

Estos parámetros permiten monitorear los niveles de glucosa en sangre, al detectar alguna alteración se busca el diagnóstico especializado mediante otros estudios, en particular la hemoglobina glucosilada, dicho estudio de gabinete permite conocer los niveles de azúcar en el organismo con tres meses de anticipación (Massó y Escobar, 2009).

En lo que respecta a los factores psicológicos, las intervenciones a personas con este tipo de padecimientos, incluyen la adhesión a tratamientos de control metabólico que les permitan registrar niveles de glucemia próximos a la normalidad, así como la modificación de hábitos de salud, importante es resaltar el estado afectivo – emocional que altera los resultados de las intervenciones con los pacientes diabéticos (Colunga - Rodríguez, García de Alba, Salazar - Estrada, y Ángel - González, 2008).

2.2.5 Síndrome Metabólico

La Secretaría de Salud (2007) define al Síndrome Metabólico como el conjunto de factores de riesgo cardiovascular, como la Diabetes tipo II, obesidad, hipertensión e hiperlipidemia en un mismo individuo simultáneamente.

Las alteraciones metabólicas que incluyen la obesidad abdominal, alteraciones en los niveles de lípidos, hipertensión e hiperglucemia, así como la microalbuminuria, es decir, cuando se detectan rastros de proteína en la orina, lo que indicaría el probable inicio de insuficiencia renal, cuando este conjunto de factores se presentan en un mismo individuo, generan el Síndrome Metabólico (Rodilla, González, Costa, y Pascual, 2007).

El Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los Estados Unidos de America considera que la presencia de tres de cinco factores es suficiente para que sea diagnósticado el Síndrome Metabólico (Crepaldi y Maggi, 2006):

- Diámetro de la cintura clasificado en alto reisgo (mujeres superior a 88 y hombres a102).
- Nivel elevado de Trigliceridos (150 mg/dl)
- Nivel de colesterol HDL inferior a 40 mg/dl en hombres y 50 mg/dl en mujeres
- Presencia de hipertensión arterial
- Glucosa en ayunas superior a los 100 mg/dl en ayunas

Por ende, los padecimientos mencionados con anterioridad (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes, Hipertensión), se encuentran íntimamente relacionados con factores predisponentes a tener el Síndrome Metabolico, lo cual incluiría el conjunto de sintomatología de cada padecimiento en un mismo individuo, tales como la micción excesiva, cefaleas, palpitaciones, deshidratación entre otros (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989; Coca, Aranda, y Rendón, 2009; Cordova-Villalobos, y otros, 2008;Secretaría de Salud del Distrito Federal).

La incidencia de estos padecimientos se debe, en gran medida, a los hábitos de salud, los cuales, al no estar controlados o encaminados hacia un desarrollo o conservación de la salud, son un factor más que colabora en la incidencia y prevalencia de las enfermedades, trayendo como consecuencias repercusiones a nivel físico, psicológico, económico y social, afectando la calidad de vida de las personas que la padecen, así como del contexto donde ellas se desenvuelven (Secretaría de Salud, 2007).

2.3 Hábitos de Salud

Conocer las variables involucradas en el desarrollo y mantenimiento de los hábitos de salud permite comprender los mecanismos que los mantienen o extinguen, de acuerdo con esto, Oblitas (2010) considera al entorno social como la primer variable involucrada en los hábitos de salud, ya que cuando el individuo asocia las recompensas sociales inmediatas a determinadas conductas, éstas suelen mantenerse e incrementar la frecuencia de ejecución (Martin y Pear, 2008).

La segunda variable relacionada con los hábitos de salud es la percepción del síntoma o de la necesidad de hacer determinada acción (Oblitas, 2010), ya que al ser el síntoma la "señal" del organismo para indicar, que probablemente, algo no está bien, el sujeto pone en marcha estrategias cada vez más definitivas para disminuir la molestia que se ha generado.

De esta manera, las características de cada etapa del ciclo vital implican una conceptualización particular de las variables que determinan la salud o la enfermedad, así, en las etapas del desarrollo humano en las que se concentra la presente investigación, adolescencia tardía y juventud, tienen la particularidad de considerarse etapas libres de padecimientos, especialmente los de carácter físico, por lo que la sintomatología que se pudiera presentar en los individuos, tienden a minimizarse, tanto por la sociedad como por el mismo sujeto, notándose aquí la acción de la llamada *fábula personal*, concebida como la cognición que hacen los sujetos respecto a su invulnerabilidad ante situaciones dañinas, entre las que se incluyen las enfermedades (Craig y Baucum, 2001).

Por su parte, los estados emocionales comprenden la tercer variable contemplada por Oblitas (2010), haciendo aquí mención al respecto de las conductas nocivas a las que los estados emocionales negativos tienden a estar asociadas, sin embargo, no solo esta consideración es determinante, las misma influencia de los estados emocionales

sobre las cogniciones y conducta del individuo pueden establecer patrones de asociación que conlleven diversas reacciones instrumentales (Sánchez - Sosa, 2002; Sánchez - Sosa, y otros, 2009; Riveros, 2007).

Un hábito es aquella conducta que está arraigada en el repertorio conductual del individuo, dicho comportamiento tiene la tendencia a ser automático, y se ha desarrollado por una serie de consecuencias reforzantes para el individuo llegando a ser un factor de condicionamiento (Gutiérrez, 2006).

Por tanto el desarrollo de las conductas favorables a la salud buscan dos objetivos principales: la obtención de la energía necesaria para responder a las exigencias de la vida cotidiana, así como el retraso en el envejecimiento biológico, esto requiere de habilidades cognitivas, destrezas conductuales y estrategias emocionales tales como dormir la suficiente cantidad de tiempo, mantener una alimentación balanceada, realizar actividad física, etcétera (Oblitas, 2010).

Debido a que los hábitos de salud, obedecen las reglas del condicionamiento respecto al aprendizaje, mantenimiento y extinción, la consideración y atención que ponen los individuos en las consecuencias tiende a focalizarse en aquellas que son más contingentes[4], así, cuando se ejercen conductas que a largo plazo son dañinas para la salud, los efectos reforzantes inmediatos tienden a ser exaltados en comparación con las consecuencias aversivas que puedan tener los mismos a largo plazo (Martin y Pear, 2008).

[4]El término contingente hace referencia a la relación entre acontecimientos incrementando la probabilidad de ocurrencia de uno de ellos debido a la prescencia de su predecesor.

Por ende la necesidad de tener instrumentos psicométricos confiables que reflejen lo que hacen cotidianamente los individuos facilita la detección de neceisades específicas de intervención que un conjunto de profesionales multidisciplinario puede satisfacer (Ramírez, Vaquero, Cortés , y Arriaga, 2003).

2.3.1 Conductas de Preservación de la Salud

Lo anterior hace énfasis en el mantenimiento instrumental de las conductas asociadas a un desarrollo de la salud de forma eficiente. Al respecto de las conductas que favorecen dicho desarrollo, a lo largo de la historia, y con base en los modelos explicativos de la salud, se han realizado propuestas que identifican aquellas conductas relacionadas al mantenimiento, recuperación y retraso en la aparición de enfermedades no transmisibles, las investigaciones coinciden en destacar la función positiva para el desarrollo de la salud de las siguientes conductas:

- Realizar ejercicio físico, preferentemente de índole cardiovascular por lo menos 30 minutos al día.
- Hábitos Alimenticios Balanceados, siguiendo las recomendaciones en cuanto a porciones de cada grupo alimenticio, preferentemente indicados por un profesional en nutrición.
- Prevención de Accidentes, siendo estas conductas aquéllas que reducen o eliminan los riesgos a la integridad del individuo, tales como el uso del cinturón de seguridad, de puentes peatonales, de equipo de protección en el trabajo etcétera.
- Evitar el consumo de drogas lícitas e ilícitas.
- Control de peso y vistitas regulares a diferentes especialistas con la finalidad de monitorear la salud.

Estas conductas son las que han reportado mayores beneficios a la salud cuando se hacen de forma cotidiana, por lo que como profesionales de la conducta, el análisis de los factores que inciden en el mantenimiento, motivación e inicio de estas conductas requiere de poner en acción principios psicológicos que favorezcan la frecuencia con la que el individuo presenta estas conductas, esto basado en evidencias científicas que avalen el tipo de conductas como favorables (Arredondo, 1992; Ayela, 2009; Coca, Aranda, y Rendón, 2009; Cordova-Villalobos, y otros, 2008; García-Llana, Rodríguez, y De Cos Blanco, 2010; González, 2004; Granados y Núñez, 2006; Hricik, Wright, y Smith, 2003; Massó y Escobar, 2009; Ramírez, Vaquero, Cortés, y Arriaga, 2003; Oblitas, 2010; Salas - Salvadó, Rubio, Barbany, y Moreno, 2007; Sawatzky, Ratner, Johnson, Kopec, y Zumbo, 2010).

2.3.2 Conductas Nocivas para la Salud

Se podría considerar como la contra parte a las conductas de preservación de la salud, a todos aquellos componentes cognitivos, emocionales e instrumentales que refuerzan la ejecución de conductas nocivas para la salud, teniendo en cuenta la relación que se presenta, en ambos tipos de conductas, tanto las benéficas como las nocivas, respecto al reforzamiento, castigo y la contingencia con la conducta, la tendencia es a percibir que el efecto reforzante de las conductas benéficas se presenta a largo plazo, por lo que el individuo es susceptible de desistir en su ejecución, mientras que las conductas nocivas, el componente reforzante tiende a presentarse inmediatamente, por lo que el análisis de esto permitirá comprender las acciones a implementar para producir la modificación instrumental deseada (Martin & Pear, 2008).

Entre las conductas nocivas podemos mencionar (Oblitas, 2010; Cruz y Luis, 2008):

- Adicciones a drogas lícitas e ilícitas, tales como el alcohol, tabaco, marihuana, anfetaminas etcétera.
- Sedentarismo.
- Dieta desbalanceada o ayunos prolongados.
- Conductas de riesgo por imprudencia como las causantes de accidentes por negligencia, o bien la conducta sexual sin protección.
- No tener higiene de sueño.
- Descuido de la Higiene Personal.
- Relaciones personales conflictivas.

Se resalta así que tanto hábitos nocivos como benéficos para la salud están relacionados y aparentarían estar en extremos opuestos; sin embargo, la psicoeducación adecuada podría proporcionar al individuo la noción que le ayude a mantener el equilibrio, es decir, no se busca que se eliminen por completo, por ejemplo, el consumo de alimentos chatarra, si no que, lo conveniente es buscar el estado homeostático para el organismo, aunado a esto, la comprensión de la realidad social, que incluye la densidad de población, el uso de servicios médicos, y las características de vivienda son factores que se añaden para poder generar las estrategias más eficaces en los distintos niveles de prevención.

Aunado a esto, las cogniciones que los individuos desarrollen respecto a la vulnerabilidad a diversos factores, hacen que las actitudes y conductas llevadas a cabo sean de relevancia para el estudio de los mismos, lo cual coadyuva a un mejor entendimiento de las conductas y hábitos de salud.

Capítulo 3
Perspectiva Psicológica de la Salud

3.1 Modelos Explicativos de la Salud

La Organización Mundial de la Salud indica que "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2006, pp 1). Por tanto, este concepto implica, en un sentido amplio, el bienestar físico, psicológico y social donde la percepción y conducta del individuo se relaciona con la capacidad de funcionamiento de la persona, generando en los individuos un sentimiento de bienestar (Oblitas, 2010).

Este concepto que se tiene actualmente respecto a la salud, surge después de varios modelos explicativos que se desarrollaron para el proceso de salud – enfermedad en los seres humanos. Considerándose los avances tecnológicos correspondientes a cada época, en relación a la explicación de la enfermedad, se cuentan con los siguientes modelos como los más representativos, (ver tabla 3.1) (Arredondo, 1992).

Tabla 3.1 Modelos Explicativos del Proceso Salud – Enfermedad, reseña histórica.

Modelo	Propuesta	Época	Variables Determinantes	Acción contra la Enfermedad
Mágico - Religioso	La enfermedad como resultado de fuerzas ó espíritus que representan un castigo divino para la persona afectada.	Edad Media	Fuerzas desconocidas / espíritus (malignos y benignos).	Prevención mediante la obediencia de normas y tabúes. Realización de ritos de tipo religioso. Fomenta la actitud pasiva - receptiva del hombre.
Sanitarista	La enfermedad como consecuencia de condiciones insalubres ambientales externas al hombre.	Revolución Industrial	Condiciones Ambientales.	Promover acciones de saneamiento. No contempla condiciones socio - culturales que favorecen las condiciones insalubres.
Social	La enfermedad se genera en las condiciones de trabajo y vida del hombre	Siglo XIX	Estilos de Vida, Agentes patógenos y Factores Ambientales.	Concentración en el factor Social como principal agente patógeno, lo que implica la posibilidad de ignorar o minimizar otros factores como causantes de la enfermedad.
Unicausal	La enfermedad como respuesta activa a la acción de agentes externos	Segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX	Agente Biológico causante de la enfermedad (agente patógeno y el factor causal de la enfermedad).	Investigación de medidas de control y fármacos que atacan a los agentes patógenos. No explica el motivo por el cual un mismo agente patógeno causa enfermedad en unos individuos pero no en otros.

Modelo	Propuesta	Época	Variables Determinantes	Acción contra la Enfermedad
Multicausal	La enfermedad es el resultado de diversas condiciones que se combinan para la aparición de algún trastorno.	Segunda mitad del siglo XX	Consideración de la participación del agente patógeno, huésped y las condiciones ambientales circundantes.	El análisis de diversos factores como causantes de la enfermedad permite encontrar la manera en la que se puede actuar efectivamente con cada uno de ellos. Continúa con especial atención en lo biológico.
Epidemiológico	La enfermedad se explica mediante la adición de la "red de causalidad" al modelo Multicausal	Segunda mitad del siglo XX	Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad.	Al identificar los factores que favorecen la aparición de la enfermedad se generan estrategias de afrontamiento un poco más acertadas; sin embargo, algunos de sus factores se mezclan dificultando el estudio de los mismos.
Ecológico	La enfermedad concebida como la interacción de diversos factores (Modelo Multicausal)	Segunda mitad del siglo XX	Análisis de los factores del Modelo Multicausal (agente patógeno, huésped y ambiente) desde una perspectiva tridimensional.	La forma de análisis de los agentes causantes (tridimensional) permite identificar el "peso" que cada variable tiene en el desarrollo de la enfermedad; sin embargo, carece de métodos para generar perfiles diferenciales por el poco ímpetu que se pone a lo social.
Histórico - Social	Introduce al Modelo Multicausal el contexto Histórico - Social	Segunda mitad del siglo XX	Interacción de diversos factores causales permeando con el contexto Histórico - Social.	Se generan perfiles diferenciales de Salud - Enfermedad además de hacer un análisis del contexto del individuo (etapa del ciclo vital, desgaste corporal, empero, cuestiona la eficacia de la prevención.

Modelo	Propuesta	Época	Variables Determinantes	Acción contra la Enfermedad
Geográfico	La enfermedad como resultado de agentes patógenos y geógenos (factores geográficos)	Segunda mitad del siglo XX	Privilegia al factor geográfico como el principal desencadenante o catalizador para los agentes patógenos,	Acción sobre las condiciones geográficas como explicación de la enfermedad.
Económico	La enfermedad como un bien de inversión y consumo	1970 - 1980	Considera al ingreso económico, el nivel educativo, estilos de vida y riesgos ocupacionales como determinantes del proceso de Salud - Enfermedad.	Se focaliza en la cuestión económica para entender el desarrollo de la enfermedad, corriendo el riesgo de ser reduccionista hacia lo económico.
Interdisciplinario	La Salud - Enfermedad como resultado de la interacción de variables cuyo abordaje debe ser interdisciplinario, ya que la variables actúan jerárquicamente	1990	Existencia de determinantes básicos (agentes patógenos, ambiente, genética etc.), determinantes estructurales (nivel socioeconómico), determinantes próximos (estilos de vida, sistemas de salud etc.) y el nivel de salud individual.	Busca la interacción de diversos especialistas para el análisis de las variables que generan la enfermedad, sin embargo, no propone el valor específico que cada factor tiene sobre el desarrollo de la salud o la enfermedad.

Como se puede observar en la Tabla 3.1, la explicación que se ha dado al proceso de Salud – Enfermedad se ha ido desarrollando con el paso del tiempo, así como con el avance tecnológico, ya que esto es un determinante no sólo de la conceptualización que se hace del proceso, sino que, también permite que sean consideradas y estudiadas de diversas formas las variables que se consideran coadyuvan al desarrollo de una patología, lográndose determinar la participación que las variables tienen en la salud o enfermedad, o bien, se desecha la participación de variables en este proceso (Arredondo, 1992).

De esta manera, en la actualidad la salud es concebida como algo a desarrollar, debido a las aportaciones que diversas ciencias han brindado para una mejor concepción de la salud, se ha podido determinar que ésta involucra un constante cambio que genera alteraciones en el estado de salud de los individuos, esta susceptibilidad a diversos factores requiere de aprender y desarrollar estrategias del cuidado de la salud, las cuales cambian de forma relacionada con las exigencias de cada una de las etapas de la vida (Oblitas, 2010).

Así, al considerar a la salud como el resultado de la interacción del ser humano con el ambiente que le rodea, se requiere de comprender las habilidades inter e intrapersonales que llevan al sujeto a la realización de diversas conductas tanto a favor como en contra del mantenimiento de la salud (Virgen, 2009), por lo que el modelo explicativo de la salud Interdisciplinario ofrece el más actual abordaje que nos permite comprender las variables involucradas en el desarrollo de la salud.

De esta manera, conocer los factores relacionados con la ejecución de conductas que propicien la salud en los seres humanos, conlleva a que la atención de los servicios de salud de diversos países, incluyendo el nuestro, coloquen el énfasis en las políticas sanitarias a nivel de promoción de la salud y autocontrol en el tratamiento de las enfermedades, en particular de las crónico – degenerativas (Sanchez – Sosa, 2002; Heiby, Lukens, y Frank, 2005).

3.1.1 Variables Relacionadas con la Salud

Los modelos que pretenden explicar las conductas relacionadas con la salud de los seres humanos buscan incluir las variables que están más asociadas con la conservación y recuperación del estado de salud.

Heiby, Lukens y Frank (2005) incorporan nuevas variables al modelo explicativo propuesto en 1986 por Heiby y Carlson, el cual consideraba la interacción entre factores situacionales, personales y los que llamaron consecuencias, como los mecanismos explicativos del estado de salud del ser humano; sin embargo, en la revisión de dicho modelo, se considera importante reclasificar los factores y añadir algunos nuevos, quedando de la siguiente manera (Heiby, Lukens, y Frank, 2005):

- Factores situacionales
  - *Repertorios conductuales de la personalidad*, apartado donde se incluyen patrones conductuales aprendidos por el sujeto de manera temprana, que caracterizan la respuesta instrumental, en gran medida por el aprendizaje vicario al que estuvo expuesto el sujeto, por ejemplo, el condicionamiento clásico entre la sensación de bienestar y el consumo de comida alta en grasa, así como la exposición social a determinado tipo de dieta, lo que vicariamente desarrolla en las personas respuestas típicas de su personalidad en cuanto a la elección de alimentos como la elección de cierto tipo y la conducta para la obtención del mismo.

- Factores orgánicos tempranos.
  - *Predisposición genética y exposición* a condiciones que favorecen la adquisición de conductas que elicitan determinadas conductas, por ejemplo, la tendencia a la acumulación de grasa corporal y a presentar fallas orgánicas en la producción de insulina, o bien, estar expuesto a situaciones donde las conductas de riesgo para la salud, como fumar, beber o comer en exceso, son alentadas, lo que genera en el individuo un aprendizaje de aprobación hacia dichas conductas.

- Factores situacionales actuales
  - *Exposición constante a situaciones* que promueven la expresión de las conductas aprendidas, por ejemplo, cuando una persona que padece diabetes frecuenta restaurantes y conocidos que gustan de comida con alto contenido de glucosa, además de la tendencia a reunirse y frecuentar expendios de golosinas.

- Repertorios conductuales básicos
  - *Conjunto de conductas, pensamientos y emociones que caracterizan la respuesta del individuo,* por ejemplo, asociaciones lingüísticas cuyo significado y asociación emocional se aprendió por condicionamiento clásico, operante o vicario y que en la actualidad evocan en el sujeto la situación previa para emitir algún cúmulo de respuestas, por ejemplo, si el individuo aprendió que hacer ejercicio está asociado con un dolor muscular excesivo, que lo lleva a dejar de realizar determinadas

tareas de convivencia social, la aproximación a la ejecución de ejercicio favorece que el individuo evite esta actividad.

Esta última división de variables hecha por los investigadores, propone una subdivisión más, la clasificación *verbal-emocional* que haría alusión a la cognición realizada por el sujeto que da connotación emocional a la situación que está enfrentando, el factor *emocional / motivacional* que incluye el contexto emocional que lleva al sujeto a focalizar la búsqueda de determinados estímulos que evocan una respuesta emocional frecuentemente agradable para el mismo, por lo que este conjunto de habilidades permite al sujeto evaluar condiciones futuras determinando la ocurrencia de conductas específicas, y finalmente, el componente *sensorio – motor* que abarca las habilidades instrumentales propiamente dichas para ejecutar alguna conducta (Heiby, Lukens, y Frank, 2005).

Por su parte Sánchez – Sosa resalta que los factores principales involucrados en el proceso de salud – enfermedad son (Sánchez - Sosa, 2002):

- Genética
- Nutrición
- Ambiente
- Servicios de Salud
- Componente Psicológico (emociones, cogniciones y conducta)

La Genética constituye las caracteristicas estructurales y funcionales que le permiten interactuar con el medio que le rodea, así como el procesamiento de dichas interacciones de manera intra organísmica, esto permite tener determinados recursos inherentes al organismo que le hacen responder a determinados agentes patógenos de

una manera en particular, haciendo que el desarrollo de una patología sea de forma retardada o bien, de una manera acelerada al momento de adquirir las características externas que elicitan a la enfermedad (Sánchez - Sosa, 2002).

La Nutrición proporciona al organismo los elementos necesarios para poder mantenerse en un estado homeostático, es decir, la cantidad y calidad de nutrientes que se proporcionan a través de la alimentación favorece que el organismo desarrolle diferentes niveles de salud con el paso del tiempo, este factor está fuertemente relacionado con el Ambiente, ya que la disposición del lugar donde el individuo desarrolla su vida cotidiana, tiene implicaciones sobre el acceso a diversos alimentos, contacto con agentes nocivo ó toxicos, accesibilidad a servicios básicos como disponer de agua potable, tener un sistema de manejo de desechos adecuados etcetera (Sánchez - Sosa, 2002).

Por su parte, los Servicios de Salud incluyen el acceso a los diversos niveles de atención a la salud, lo que se relaciona con la frecuencia con la que se enfernan los individuos así como con la velocidad de recuperación de los mismos. También se incluyen politicas y estrategias para hacer accesible a toda la población los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2007), así como el entrenamiento en la atención de los profesionales de la salud (Sánchez - Sosa, 2002).

A su vez, desde la perspectiva de la Profesión Psicológica, los factores de princpal interés son la cuestión cognitiva, emocional e instrumental de los individuos que influyen en el proceso de salud – enfermedad, así, en términos conductuales, la psicología busca modificar la conducta dependiendo del curso y momento de la enfermedad en la que se haga la intervención, ya que cada enfermedad tiene particularidades, y lo que generalmente se busca es que el individuo tenga adhesión al tratamiento que le ha sido sugerido para la conservación o reestablecimiento de su salud (Sánchez - Sosa, 2002). También es importante considerar las creencias y actitudes que podrán relacionarse con la facilitación o entorpecimiento para lograr la

modificación conductual esperada, ya que éstas interectúan con las cogniciones del individuo y pueden ser un obstáculo para una reestructuración que permita el desarrollo o reestablecimiento de su salud, lo que enfatiza la cuestión social de la conceptualización de la enfermedad y las formas de enfrentarse a ella (Acuña y Alemán, 2004).

Sanchez – Sosa (2002), analiza la contribución que hacen diversas variables de carácter psicológico al desarrollo de la salud, de esta forma, las emociones, sobretodo las que son mantenidas por largos periodos por los individuos, como la ansiedad y el estrés, interactuan con nuestras cogniciones produciendo estados con mayor vulnerabilidad y debilidad. Por su parte, las cogniciones propiamente dichas, serán las que acerquen o alejen al individuo de conductas, actitudes y situaciones que fomenten la salud, por lo que la comprensión de dichas cogniciones establece la base para poder realizar intervenciones psicológicas con la finalidad de producir modificaciones conductuales, dichos cambios instrumentales en el individuo producen cambios que pueden ser mantenidos, favoreciendo o perjudicando la salud del mismo.

Tomando en cuenta las variables que se han identificado con relación en el proceso de salud – enfermedad, se requiere de contemplar y profundizar un poco en modelos explicativos de la salud que son emblemáticos para el análisis de la misma.

3.1.2 Modelo Biomédico

Dicho modelo se caracteriza por la idea dualista de la composición del ser humano, donde la enfermedad es atribuible al producto obtenido de diversas reacciones físico – químicas, por lo que el componente emocional relacionado con la enfermedad no se tomaba en cuenta. Esto se debe básicamente al criterio dualista donde se consideraba a la mente y al cuerpo como dos entes completamente separados que no tenían relación alguna (Oblitas, 2010). Este modelo excluye la parte emocional que

está implicada en las enfermedades, asi como las formas de afrontamiento para las diversas situaciones que se relacionan con la enfermedad (Schwartzmann, 2003).

El modelo biomédico, partiendo de un enfoque dualista y reduccionista a la vez, se focaliza en la división de la mente y el cuerpo, situación que fue apoyada por los descubrimientos científicos de la época (Oblitas, 2010). Dentro de este modelo, la llamada *teoría específica del germen* sostenía que la patología era generada por un microorganismo identificable, esta hipótesis fue adquiriendo datos a favor mientras diversos científicos como Pasteur (1822 – 1895) encontraban microorganismos causantes de algunos padecimientos. Pasteur, quien descubre la cura para la rabia en los seres humanos, otorga el valor patológico al microorganismo y menciona el papel fundamental de lo que él denomina "terreno" para propiciar que el microorganismo genere algún tipo de enfermedad, lo cual comienza a dar cabida a la identificación de otras variables relacionadas con el proceso de salud – enfermedad (Oblitas, 2010).

La característica del modelo biomédico es la búsqueda del agente patógeno causante de la enfermedad, por lo que su acción es de índole curativa y objetivo, dejando de lado las cuestiones subjetivas que pueden afectar la concepción de la enfermedad, exigiendo de este modo respuestas precisas, tanto del paciente como del profesional tratante (Robert, 2006)

Con el avance tecnológico que se fue produciendo, el modelo biomédico ha hecho aportaciones significativas, en particular, al campo de la medicina; sin embargo, Oblitas (2010) lo califica de limitado debido a que no aporta una explicación a muchas de las problemáticas inmersas en el proceso de salud – enfermedad.

Amigo, Fernández y Pérez (1998) identifican algunos puntos de crítica a este modelo:

- Se dejan de lado procesos cognitivo – emocionales por el énfasis que se hace en las alteraciones bioquímicas consideradas para hacer un diagnóstico.
- La comprensión total de la sintomatología que presenta el paciente al momento de consultar a un profesional de la salud, depende en gran medida, de la capacidad de ambos para poder comunicar y entender las características completas del proceso de salud – enfermedad.
- Al no considerar o devaluar el impacto de las situaciones y crisis vitales, se dejan de lado factores, como el estilo de afrontamiento, que pueda tener la persona en cuestión, así se tienden a dejar de lado variables relacionadas con aspectos de la patología. Por ejemplo, los adolescentes, en su afán característico de la propia etapa de desarrollo psicológico por la que atraviesan, buscan la aceptación de sus pares (Craig y Baucum, 2001), esto los hace suscetibles de incurrir en conductas de riesgo como el fumar, lo cual probablemente se asocie con la sensación placentera por la aceptación social que puede conllevar, así, una persona con tendencia a la ansiedad puede caer en esta adicción y esto se convierte en un factor importante relacionado con la enfermedad.
- Los aspectos psicológicos y sociales son determinantes para que la persona sea capaz de acercarse al especialista indicado en el momento oportuno, ya que, a modo de ejemplo, algunas sociedades se caracterizan por el papel que el hombre mantiene como resistente al dolor, lo cuál marca la tendencia a soportar por más tiempo antes de acudir con algún especialista (Craig y Baucum, 2001), lo que a largo plazo complica algunas enfermedades, en particular, las de carácter crónico – degenerativo.

- Partiendo de la importancia que tiene el reporte del paciente sobre la sensación del dolor, el modelo biomédico no podría explicar el por qué algunos pacientes a los que se les elimina el agente patógeno del organismo, continuan reportando dolores similares a cuando se encontraban en la enfermedad propiamente dicha.

De esta manera se comienza a dar una importancia al efecto de los procesos emocionales y cognitivos que están relacionados con la enfermedad, integrándose científicos que dan una aproximación a la comprensión de los factores psicológicos en las enfermedades (Oblitas, 2010).

3.1.3 Modelo Biopsicosocial

Este modelo hace una integración tanto de factores que clasifica en macro y micro procesos, es decir, considera los procesos intrapersonales como los cambios bioquímicos y psicológicos y aquellos interpersonales como los cambios sociales, ambientales y socioeconómicos (Repetti, Taylor, y Seeman, 2002). Esto impulsado principalmente por el interés surgido en los factores psicológicos como coadyuvantes en el proceso de salud –enfermedad (Piña y Rivera, 2006).

El modelo invita a la colaboración multidisciplinaria para un diagnóstico más preciso ya que considera las variables biológicas (acciones de microorganismos en el cuerpo humano, cambios bioquímicos, etcétera), variables psicológicas (procesos cognitivos, emocionales y conductuales) y las variables socioeconómicas (política, sociedad, nivel económico, etcétera), de esta forma, el modelo se focaliza en la salud como un proceso a desarrollar que se alcanza al obtener la armonía entre los sistemas que se relacionan con el individuo (Oblitas, 2010; Acuña y Alemán, 2004), lo cual

coincide con la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2005).

Esta conceptualización de resalta la importancia de acciones a nivel preventivo, implicando acciones políticas y profesionales de la salud, generando a mediano y largo plazo un futuro con mejor estado de salud (Organización Panamericana de la Salud).

Un aspecto importante que incorpora este modelo explicativo de la salud, son las acciones a nivel preventivo, donde se busca generar estrategias que antepongan al individuo para enfrentar situaciones que son susceptibles de generar efectos adversos, así, las acciones a nivel preventivo incorporan diversas especialidades de la salud, con el fin de desarrollar estrategias que preparen adecuadamente a la población para actuar ante diversas contingencias de salud (Gómez, 2003).

Esto implica la necesidad de crear distintos niveles de intervención preventiva en salud, como se muestra en el siguiente cuadro (Leavell y Clark, 1965):

Tabla 3. 2 Niveles de Prevención en Salud.

Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
• Psicoeducación • Políticas de Salud • Acercamiento del sector salud a la población	• Talleres específicos • Reducción de factores favorables a la enfermedad • Acciones a población en riesgo	• Acciones inmediatas al inicio de la enfermedad • Evitar recaídas, secuelas y complicaciones

Tabla 3.2 Niveles de Intervención en Salud y sus principales acciones.

Se resaltan entonces las diversas funciones que cada nivel de intervención tiene para la salud, así, se puede concretizar que las acciones de primer nivel focalizan sus esfuerzos en disminuir la probabilidad de padecer alguna enfermedad, principalmente mediante la difusión de información adecuada a la población, lo cual pretende divulgar acciones para la protección y desarrollo de hábitos saludables que promuevan la salud (Oblitas, 2010). En este nivel de intervención, también se busca obtener información pertinente a cada una de las variables involucradas en el desarrollo de la salud, lo cual generá acciones para fomentar la salud, o bien, evitar que los efectos de agentes dañinos puedan tener hacia la población (Gómez, 2003).

La prevención secundaria consiste en evitar que la enfermedad se desarrolle como tal, esto ante la aparición de los primeros síntomas, aunque el trastorno no se halla manifestado cabalmente (Oblitas, 2010). Aunado a esto, con la obtención de información recabada en la intervención primaria, se generan estrategias de intervención que al detectar los primeros síntomas se inicien acciones que evitan la aparición del trastornos (Gómez, 2003).

Finalmente la prevención terciaria está enfocada a los procesos de tratamiento para las enfermedades cuando éstas ya se han manifestado, buscando regresar al organismo a su homeostasis previa antes de la enfermedad, buscando reestablecer sus niveles de funcionamiento en la medida de lo posible, asi como evitar la invalidez causada por la enfermedad (Gómez, 2003).

Para esto es importante considerar la historia natural de las enfermedades, ya que ésta contempla el constante cambio del individuo con el paso del tiempo respecto a su estado de salud – enfermedad (Calvo, 1992). Se conoce como Historia Natural de la Enfermedad al curso que toman los hechos causantes de la enfermedad, esto sin la intervención del hombre en el proceso de desarrollo de la misma (ver figura 3.1) (Salas y Álvarez, 2004).

Figura 3.1 Historia Natural de la Enfermedad

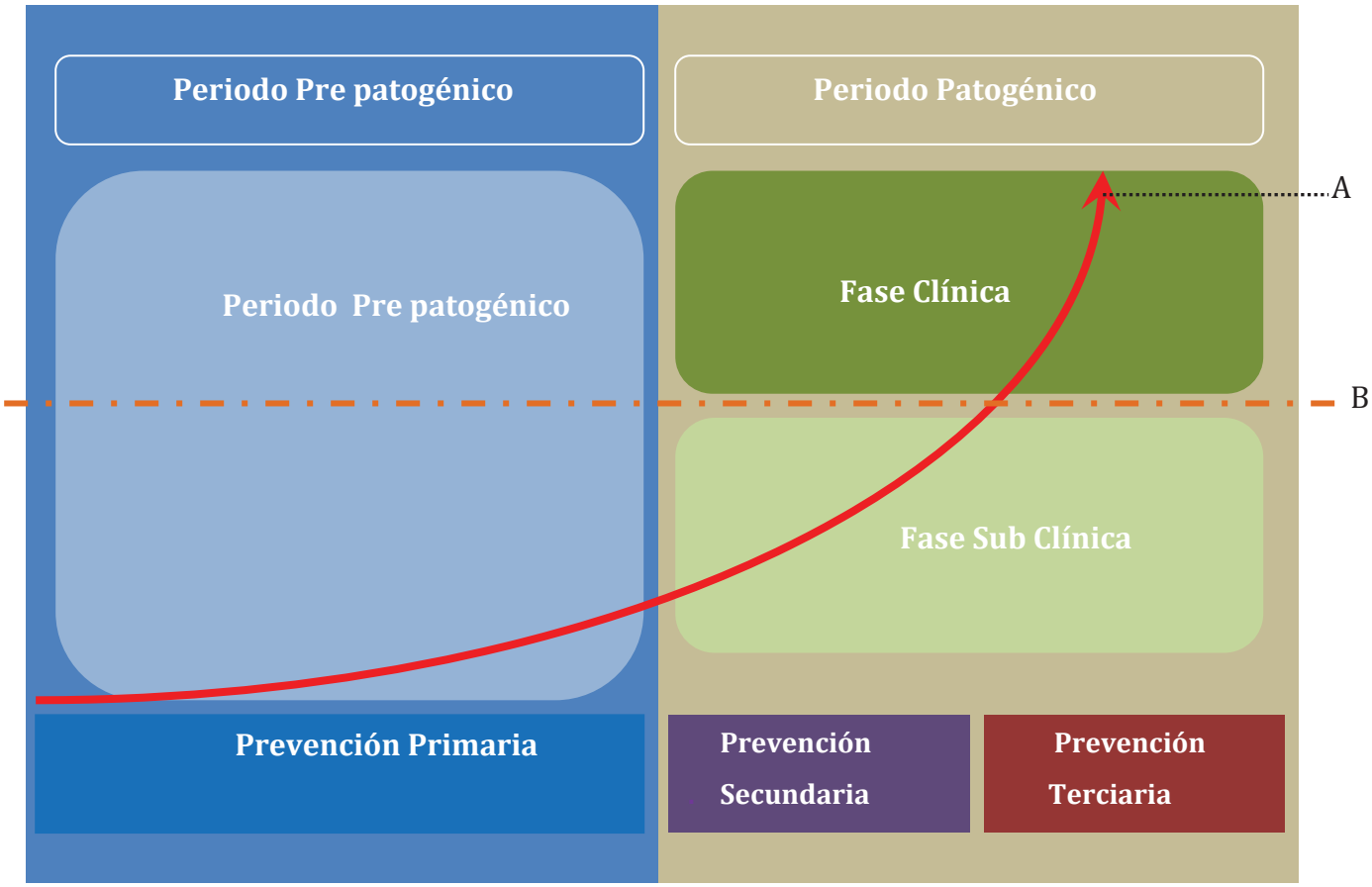


Figura 3.1 Muestra el proceso denominado "Historia Natural de la Enfermedad"; (A) representa el desarrollo de alguna patología, (B) corresponde al horizonte clínico.

El modelo se puede dividir en dos grandes periodos, el periodo "Pre patogénico" que contempla la interacción de las variables consideradas por el modelo multidisciplinario, es decir, el húesped, los agentes patógenos, la genética, el ambiente, así como los factores socioeconómicos que convergen para producir determinado estado en la persona, el resultado de dicha interacción, en este momento del desarrollo de la enfermedad, lleva a percibir la sensación de bienestar por parte de la persona, ya que todo se encuentra en un estado homoestático. Es en este periodo

cuando la medicina preventiva tiene lugar, teniendo como objetivo que este tiempo pre patogénico se prolongue en la medida de lo posible. Al momento de presentarse las carácterísticas necesarias para promover una alteración en el organismo, es cuando la prevención secundaria, focalizada a la detección oportuna y a detener el avance de la patología entra en acción, debido al denominado "Horizonte clínico", siendo éste la frontera para presentar o no sintomatología de alguna enfermedad; empero, en este periodo "Sub – clínico" pueden presentarse signos de enfermedades, que, para la persona en cuestión no toman relevancia, así, una persona que comienza a presentar alteraciones en los niveles de azúcar o de presión arterial, puede ser detectada con niveles anormales en cualquiera de estos dos signos; sin embargo, la persona podría interpretarlo como un "dolor de cabeza" o un "mareo" cotidiano, por lo no presta atención a la presencia de estos signos. Cuando se supera el "horizonte clínico" es cuando la persona presenta ya un trastorno, es decir, la manifestación de signos y síntomas que le producen un desequilibrio, generándole un malestar que tiende a llevarle a buscar ayuda de profesionales para el reeestablecimiento de la homeostasis, siendo este momento el tercer nivel de interveción (Salas y Álvarez, 2004).

De esta manera, el tipo de acciones que se requieren de un grupo multidiscilinario es generar estrategias adecuadas en cada nivel de acción, donde el profesional de la psicología, realiza actividades de análisis respecto a diversas variables que permitan desarrollar estrategias adecuadas de modificación conductual en cada uno de estos niveles de intervención (Nezu, Maguth Nezu, y Lombardo, 2006).

3.2 Medicina Conductual

A partir del énfasis que se hace en la necesidad de acciones preventivas y multidisciplinarias para el desarrollo de la salud, surge la denominada Psicología de la Salud, cuya principal premisa sostiene que la cuestión cognitiva, emotiva y conductual es imprescindible para el desarrollo de la salud o de la enfermedad, debido a las interacciones que estas variables psicológicas tienen con la cuestión genética y ambiental que intervienen para el desarrollo de la salud (Oblitas, 2010; Sánchez - Sosa, 2002).

La medicina conductual integra las cuestiones psicológicas que comprenden el comportamiento humano junto con el conocimiento y técnicas fundamentales para la comprensión de la salud, en particular, el aspecto físico de ésta, aplicando los conocimientos de modificación de conducta para favorecer el desarrollo o reeestablecimiento de la salud en personas, actuando en los tres niveles de prevención, focalizando de esta manera, las acciones para cada uno de los objetivos inherentes a cada nivel de intervención (Granados y Núñez, 2006).

Por tanto, la Medicina Conductual centra sus esfuerzos en la comprensión del proceso de salud – enfermedad, identificando y analizando el papel que tienen los factores psicológicos en el desarrollo de las enfermedades (Alvarez, 2005).

Una de las definiciones más aceptadas del concepto de Medicina Conductual establece: "la suma de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de psicología para promoción y conservación de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad e identificación de los correlatos etiólogicos y diagnósticos de la salud, enfermedades y trastornos relacionados" (Matarazzo, 1980, pág. 807).

Empero de las sutiles diferencias entre la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, el profesional de la psicología dedicado a éstas especialidades busca desarrollar un análisis que le permita entender y hacer modificaciones instrumentales necesarias para poder elicitar el proceso de desarrollo de la salud (Alvarez, 2005; Oblitas, 2010; Repetti, Taylor, y Seeman, 2002;Sánchez - Sosa, 2002).

En la figura 3.2 se esquematiza la interacción de las diversas variables que ayudan a comprender el proceso de desarrollo de la salud, resaltando el factor psicológico (Sánchez – Sosa, 2002):

Figura 3.2 Relación de las Variables que Influyen en la Salud

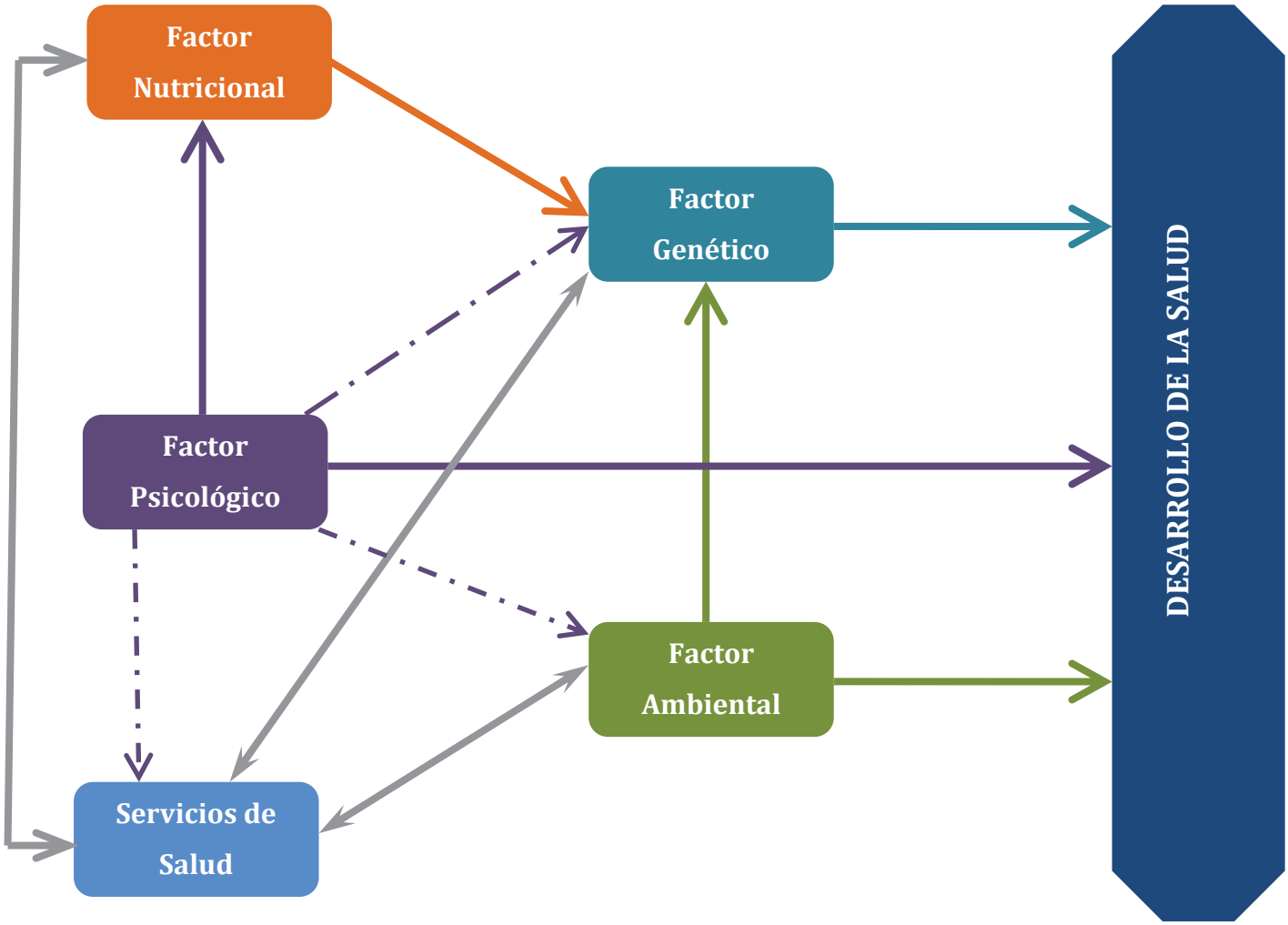
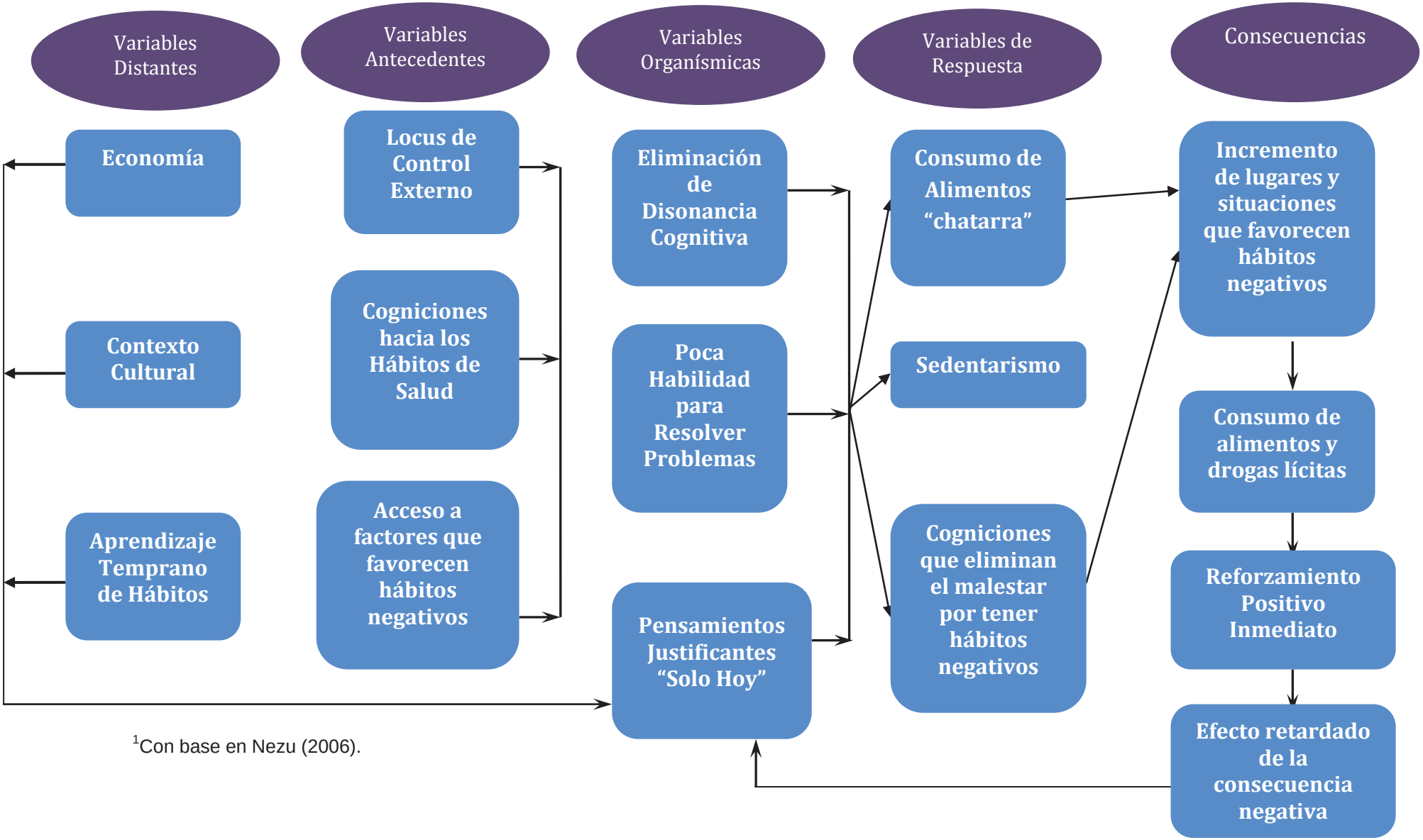


Figura 3.2 Modelo explicativo del desarrollo de la salud y la relación entre sus variables.

Como se puede observar en esta figura, el componente psicológico se relaciona de manera directa o indirecta con todas las variables consideradas para la explicación de la salud, de esta forma podemos analizar el importante papel que debe realizar el psicólogo para la comprensión y análisis que generen estrategias de intervención adecuadas para el desarrollo de la salud (Sánchez - Sosa, 2002). La relación que existe entre las variables y el factor psicológico puede concentrarse en la forma en que el individuo o la sociedad puedan enfrentar las situaciones adversas, generando estrategias de adaptación que les permitan responder de manera eficiente favoreciendo el desarrollo de la salud. Como estrategia básica para lograr este cometido podremos citar la Terapia en Solución de Problemas (Nezu, 2006), donde se entrena al individuo a generar una lista de opciones para concretar determinados objetivos, de esta manera, se dota al sujeto con la habilidad para generar estrategias de afrontamiento a favor de su meta final, quitando obstáculos que se le puedan presentar cotidianamente, es decir, si a una persona se le enseña esta estrategia, tendrá más posibilidades de seguir, por ejemplo, hábitos positivos del cuidado de la salud, ya que, cuando se vea en alguna situación que aparentemente le esté complicando apegarse a estos hábitos, podrá generar una estrategia más adecuada para continuar con los mismos.

Podremos ejemplificar esto analizando la situación de salud de jóvenes del país, en este sentido, seguiremos la propuesta de Nezu (2006) para el análisis de las variables que ayudan al profesional de la psicología a tener una visión lo más completa posible, de la interacción de factores que resultan en determinado trastorno (Figura 3.3)

Figura 3.3 Mapa Clínico de Patogénesis de los Hábitos de Salud[1]



[1]Con base en Nezu (2006).

Generalmente, cuando se busca hacer una modificación de hábitos del cuidado de la salud, se tiene como *variables distantes*, la economía del sector poblacional en el que se pretende hacer la intervención, el contexto sociocultural donde se involucran las ideas que pueden ser divergentes a las modificaciones que se están buscando realizar, de la misma manera, el aprendizaje temprano de hábitos que fomenten la salud (Granados y Núñez, 2006), son variables que difícilmente cambiaran por sí mismas y que interfieren en el proceso de desarrollo de hábitos en salud (Nezu, 2006).

De esta forma se genera una tendencia a mantener un *locus de control externo* al interpretar los inconvenientes que se presentan para llevar a cabo los hábitos que se estan buscando modificar, es aquí donde el individuo hace uso de diversas ideas y cogniciones en relación a los hábitos de salud y la posible resistencia a querer realizar determinadas modificaciones, aunado al contexto histórico que ha favorecido la proliferación de lugares que suministran elementos que elicitan el desarrollo de hábitos negativos de salud (Granados y Núñez, 2006). Estas variables son denominadas por Nezu, (2006) como *variables antecedentes*, las cuales están relacionadas con el individuo y el ambiente donde se desenvuelve.

Por su parte, las *variables organísmicas,* de acuerdo *con* Nezu (2006), incluirían las estrategias cognitivas para eliminar el malestar que provoca en los individuos la disonancia entre dos ideas contrarias (Kimble, Diaz - Loving, Hosch, Lucker, y Zárate, 2002), llegando a desarrollar pensamientos que favorecen los hábitos negativos, que se busca modificar, al ver que otras personas realizan la misma conducta, lo que lleva al cuestionamiento respecto a la necesidad de cambiarlos o no. Así mismo, cuando el individuo está poco capacitado en la solución de problemas, sus estrategias de afrontamiento ante situaciones que le impiden continuar con los hábitos positivos son limitadas, por lo que se verá con altas probabilidades de desistir en este intento de cambio (Nezu, 2006).

De esta forma se ven favorecidos el consumo de alimentos con alto contenido calórico y de “rápida” elaboración y/o acceso, el sedentarismo es promovido por la cognición que suele hacer el individuo respecto a la saturación en actividades

"prioritarias" y se estimula la creación de ideas que eliminan la ansiedad por no llevar a cabo las modificaciones propuestas, tales como, "eso no es algo importante", "mi familia ha comido así durante años y todos están sanos", etcétera (Acuña y Alemán, 2004).

Finalmente, las consecuencias que se obtienen de este contexto analizado, es el incremento de lugares que proporcionan servicios y/o productos que favorecen los hábitos negativos de la salud, y la tendencia a consumir alimentos y drogas lícitas que como respuesta inmediata generan en el individuo sensación de placer, mientras que, los efectos adversos, al no ser experimentados de forma inmediata tienden a ignorarse (Martin y Pear, 2008).

De esta manera, con la aplicación de un análisis respecto a la situación actual que elicita los hábitos negativos de la salud, podemos notar el papel que tiene el profesional de la psicología para generar cambios pertinentes que coadyuven, junto con otras especialidades, a la promoción de la salud, siendo ésta uno de los objetivos que tiene la Medicina Conductual en la actualidad.

Capítulo 4
La Calidad de Vida y su Relación con la Salud

4.1 Concepto de Calidad de Vida

Este término hace referencia a varios aspectos del bienestar, llevándolo a que diversas disciplinas lo adopten como un indicador, resaltando entre éstas a la medicina, ciencia que ha realizado investigaciones considerando a la calidad de vida como una de las variables de estudio, siendo en su mayoría investigaciones respecto al impacto de un padecimiento en la calidad de vida o bien el efecto de algún fármaco sobre la misma (Riveros, 2007).

La definición que establece la Organización mundial de la Salud contempla: "La Calidad de Vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares e intereses" (Grupo WHOQOL, 1995).

De esta manera, el estudio de la calidad de vida amplía el panorama de intervención que permite relacionar este reporte perceptivo del individuo con algunos datos objetivos, como muestras de laboratorio, niveles de presión arterial etcétera, focalizando así las intervenciones que se pueden implementar para la mejora del desempeño del individuo en los diferentes aspectos de su vida (Riveros, Sánchez - Sosa, y Del Águila, 2009; Sánchez - Sosa y González - Celis, 2006).

4.2 Antecedentes del Estudio de Calidad de Vida en Adolescentes y Jóvenes

Con el surgimiento del concepto de calidad de vida, las investigaciones que han surgido alrededor de ésta han generado conocimiento sobre el tópico, pero se han centrado en población adulta con diversas enfermedades (Sawatzky, Ratner, Johnson, Kopec, y Zumbo, 2010). Estos estudios han dejado al descubierto la necesidad de evaluar el impacto de la calidad de vida en diferentes grupos etarios y de condiciones de salud.

Sawatzky *et al*. (2010) realizaron un estudio considerando a cinco áreas que ayudan a determinar el nivel de calidad de vida: *Personal, Familiar y Amistades, Escolar y Ambientales.* El factor resultante de combinar estas áreas integra la puntuación de la calidad de vida. Su investigación incluyó a 8, 225 estudiantes de escuelas canadienses con una edad promedio de 15.2 años, dichos participantes fueron evaluados respecto a su salud mental, considerando una escala de 12 preguntas (CES-D, Center of Epidemiologic Studies Depression Scale), así mismo se les cuestionó respecto al nivel de actividad física y su estado de salud mediante un autorreporte en escala tipo Likert con cinco niveles de respuesta que van desde "excelente" hasta "deficiente", se incluyeron escalas de conductas de riesgo, cuestionando a los participantes respecto a dichas conductas y la frecuencia con las que habían presentado las mismas. Buscaron identificar si los participantes discriminaban entre la salud física y mental, y la influencia en la calidad de vida, teniendo como objetivo simultáneo la validación del autorreporte de la salud física y mental. Este estudio indica que los adolescentes participantes del estudio son capaces de diferenciar entre la salud física y mental, encontrándose la mayor explicación por la varianza entre la satisfacción personal, el autorreporte de salud y la satisfacción familiar (Sawatzky *et al.*, 2010).

En un estudio que incluyó a 21, 590 niños y adolescentes de 12 países europeos, la calidad de vida se definió como un concepto multidimensional que incluye la satisfacción o motivación personal en varios aspectos de la vida que son afectados o bien, afectan al estado de salud, en este estudio es importante resaltar la conclusión de las discrepancias encontradas en las investigaciones respecto a la evaluación subjetiva de la salud y la calidad de vida en las diferentes etapas del desarrollo humano, considerándose con base en los resultados de dicha investigación, que la calidad de vida, reflejada en los puntajes de evaluación, se va decrementando gradualmente después de los ocho años de edad (Michel, Bisegger, Fuhr, y Abel, 2009).

Villalonga - Olives et al (2010) Considera el impacto de las situaciones vitales en la calidad de vida, las situaciones que resultan estresantes tendrán

repercusiones en la percepción de la vida, resulta importante entonces, considerar el estado previo a la evaluación del participante para la recolección de datos, su investigación incluyó la evaluación de los *"Eventos de la Vida"* mediante la escala desarrollada por Coddington, la Calidad de Vida mediante la escala *"Kidscreen",* la cual incluyó escalas de evaluación física, psicológica, relaciones parentales y vida en familia, así como una escala para evaluar el apoyo social y de los pares, se aplicó también la escala de Desarrollo Adolescente. Se muestra, al final del estudio, la misma tendencia de relación inversamente proporcional respecto a la edad y los niveles de calidad de vida, sin embargo, los resultados arrojan que los hombres muestran mayores reacciones ante los eventos estresantes de la vida aunque esta diferencia no resulta de significancia estadística.

Por su parte, la actividad física juega un papel importante para la prevencion de lesiones y enfermedades crónico – degenerativas, teniendo, además de este beneficio, la ventaja psicológica de reducción de los niveles de ansiedad, enojo y depresión (Snyder, Martínez, Bay, Parsons, Savers, y Valovich, 2010). Estos beneficios se ven marcados por los resultados arrojados en la investigación donde se compara a adolescentes atletas con aquéllos que no lo son, encontrando puntajes más elevados de calidad de vida por aquellos participantes atletas, tanto en funcionamiento físico como en percepción general de salud física y mental, así mismo reportan menores niveles de dolor corporal. Debido a que la evaluación de la calidad de vida, es en forma de autorreporte, manifiesta la percepción del individuo; sin embargo, la dificultad radica en la relación que se pueda hacer de esta variable con otras variables de carácter clínico, la percepción del participante respecto a la calidad de vida es determinante para el establecimiento de tratamientos e intervenciones que resulten de adecuada eficacia. En particular, la vida del adolescente se caracteriza por ausencia de habilidad para la interpretación de los cambios, lo que limita las actividades para el cuidado de la salud, incrementando potencialmente los riesgos a los que se enfrenta el adolescente, lo cual, sin duda, afecta a su calidad de vida (Snyder, *et. al.*, 2010).

En este sentido, existe una relación con el término *"fábula personal"*, siendo la sensación del individuo, en particular del adolescente, de ser especial e invulnerable, por tanto, no está sujeto a las leyes de la naturaleza, las cuales controlan la situación del resto de las personas a su alrededor (Craig y Baucum, 2001). Así, en lo que respecta a las enfermedades crónico – degenerativas, fomentar en los adolescentes los hábitos que propicien el desarrollo de la salud, implica necesariamente considerar este tipo de cogniciones presentes en ellos, ya que no sólo no son contingentes las consecuencias negativas de los malos hábitos de salud, sino que, esta creencia de invulnerabilidad hace que dichas consecuencias sean minimizadas, lo que resta el poder aversivo de continuar con los hábitos negativos de salud.

Esto proporciona elementos a analizar para las especialidades cientificas dedicadas al cuidado de la salud, permitiendo que se genere aún más investigación y mejore el comportamiento respecto a las variables involucradas, favoreciendo la mejora de las estrategias de evaluación, diagnóstico y de intervención para las necesidades de cada grupo poblacional. Socialmente favorecerá una forma de acercamiento a la salud, promoviéndola como un estado a desarrollar, conociendo en primera instancia algunas de las variables involucradas y de esta forma consolidar estrategias de intervención efectivas para la población en particular del estudio.

Es así que, tomando en cuenta las características de la población que actualmente estudian el nivel bachillerato y licenciatura, por la edad que se abordó en la investigación, ésta se focalizó hacia personas que realizaban sus estudios en áreas relativas a profesiones involucradas con la salud, área dos, ciencias biológicas y de la salud, tanto a alumnos de bachillerato, y en particular a alumnos de la carrera de psicología. Debido a que en un futuro son ellas quienes pueden desenvolverse profesionalmente en algunas de las actividades concernientes al

desarrollo, preservación y recuperación de la salud, por lo que al estudiarles se tiene la posibilidad de conocer los factores importantes para una intervención que les dote de las habilidades y conocimiento para el cuidado de su salud, lo que ayudaría a ser promotores de cambio para el resto de la población.

Así con base en la prevalencia e incidencia de factores que favorecen el desarrollo de las enfermedades crónico – degenerativas, el propósito de esta investigación fue relacionar las variables de carácter psicológico con el estado de salud de los participantes, para que de esta manera, se pudiera observar el comportamiento de las mismas y poder determinar los puntajes que permitirían identificar a las personas con mayor riesgo de tener conductas, actitudes y situaciones asociadas a favorecer los hábitos negativos de la salud, esto permite la exploración de variables determinantes para detectar población blanco para una intervención de intención preventiva, beneficiándose de esta manera la población en general. De igual forma se buscó identificar el comportamiento de los instrumentos psicológicos en las poblaciones estudiadas, determinando así la utilidad de los mismos para la detección de necesidades tanto al respecto de generar o modificar los instrumentos, como identificar la participación de las variables medidas en los mismos para los fines de clasificación de personas sobre el riesgo psicológico de ser susceptibles de encontrarse en riesgo de desarrollar enfermedades crónico – degenerativas.

Debido a la importancia que han tomado las enfermedades crónico – degenerativas como principales agentes nocivos para la salud del ser humano, y la tendencia de estas enfermedades a ser asintomáticas en su inicio (Virgen, 2009), es necesario generar estudios para poder identificar las variables relacionadas con la adquisición, modificación y mantenimiento de los hábitos del cuidado de la salud, para el diseño y la implementación de estrategias de acción que oportunamente intervengan en la prevención de enfermedades.

Método

Participantes

Se contó con 183 alumnos de nivel bachillerato y licenciatura, hombres y mujeres que se seleccionaron. Los datos socio – demográficos de la muestra se presentan con detalle en la tabla 5.1.

Tabla 5.1 Datos socio – demográficos de los participantes

Grupo N=183	**Género**	**Edad**	**No. de Habitantes del Hogar**
Bachillerato N=93	H=63 M=30	15 a 20 años Media= 16.79 DE= .96 Moda= 16	de 2 a 10 personas Moda= 4 personas por Hogar
Licenciatura N=90	H=19 M=71	18 a 29 años Media= 19.81 DE= 2.29 Moda= 18	de 2 a 7 personas Moda= 4 personas por Hogar

A nivel bachillerato, los participantes 63 hombres y 30 mujeres, conformando un total de 93 participantes, con edades entre 15 y 20 años de edad.

Respecto al nivel licenciatura, se contó con la participación de 19 hombres y 71 mujeres arrojando un total de 90 participantes, la edad estuvo comprendida entre los 18 y 29 años de edad.

Criterios de Inclusión

- Alumnos de nivel bachillerato
- Alumnos nivel licenciatura
- Edad entre los 15 y 30 años

Criterios de Exclusión

- Ser menor o mayor del rango de edad establecido para la investigación
- Declinar a participar en el estudio
- En caso de menores de edad, la negativa por parte de los padres y/o tutores legales

Criterios de Eliminación

- No haber participado en alguna de las fases del estudio
- Manifestar su deseo por abandonar el estudio

Materiales e Instrumentos

Pruebas Psicológicas

Se aplicó una batería de pruebas de acuerdo con la edad de los participantes, las cuales incluyeron:

La prueba "Funcionamiento en Salud (FS)", consta de cinco escalas (Respuesta a enfermedad, Hábitos de salud, Historia de salud, Uso del Sector Salud y Creencias y Actitudes en Salud) comprende 69 reactivos en escala tipo Likert, La prueba "Funcionamiento Psicosocial (PS)" consta de 58 reactivos en escala Likert con cinco opciones de respuesta de acuerdo con el tipo de interrogantes que se le plantean (ver siguiente tabla)(Ramírez G., Cortés V., Vaquero C., y Arriaga A., 2003), se reporta su uso con personas de 18 a 80 años con las siguientes características psicométricas:

Tabla 5.2 Características Psicométricas de la prueba "Funcionamiento en Salud (FS)"

Dimensión	No. De Reactivos	Escala de Respuesta	Consistencia Interna (Alfa de Cronbach)
Respuesta a enfermedad	13	• No • Probablemente No • Regular • Probablemente Si • SI	0.84
Hábitos de Salud	23	• Diario • A menudo • Algunas veces • Pocas veces • Nunca	0.90
Historia de Salud	4	• Pésima • Mala • Regular • Bien • Excelente	0.92
Uso del Sector Salud	4	• Cero • Una • Dos • De tres a cinco • Seis o más	0.88
Creencias y Actitudes en Salud	23	• NO • Un poco • Regular • Casi • SI	0.85

Tabla 5.3 Características Psicométricas de la prueba "Funcionamiento Psicosocial (FP)"

Dimensión	No. de Reactivos	Escala de Respuesta	Consistencia Interna (Alfa de Cronbach)
Estrés de vida	18	• Nada tenso • Muy poco tenso • Poco tenso • Muy tenso • Totalmente tenso	0.84
Afrontamiento	6	• Me describe muy mal • Un poco • Regular • Bastante • Me describe muy bien	0.80
Apoyo social	12	• Ninguno a Mucho • Nada satisfecho a Muy satisfecho • Muy poco a Muy a menudo	0.82
Salud psicológica	20	• Muy poco • Un poco • Regular • Bastante • Mucho	0.83

El "Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)" (Lucio Gómez-Maqueo, Barcelata Eguiarte, y Durán Patiño, 2010), permite tener una descripción de las áreas de salud, escolar, social, personal y familiar; detecta también la presencia de indicadores de riesgo para el adolescente. Consta de 132 reactivos de elección forzada (Si – No), y se encuentra estandarizada para población mexicana entre los 12 y 18 años de edad, teniendo cuadernillos especializados para el nivel educativo de secundaria y bachillerato. La prueba reporta un alfa de Cronbach global de .90 y para cada una de las áreas, la confiabilidad es la siguiente (tabla 5.4):

Tabla 5.4 Consistencia interna del Inventario Autodescriptivo del Adolescente

Dimensión	Alfa
Familiar	0.83
Social	0.63
Escolar	0.7
Personal	0.73
Salud	0.78

El Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa) (Riveros, Sánchez-Sosa y Del Águila, 2009) evalúa 12 áreas, las cuales miden diversos aspectos de las personas y como éstas fluctúan cuando la persona presenta algún tipo de enfermedad. Contiene un total de 68 reactivos para los diferentes aspectos de la vida de los participantes, reportando cada una de ellas un nivel muy aceptable de confiabilidad (Consistencia interna) como se muestra a continuación:

Tabla 5.5 Consistencia Interna del Inventario de Calidad de Vida y Salud

Área	Alfa	Área	Alfa
Preocupaciones	0.8392	**Tiempo Libre**	0.8743
Desempeño Físico	0.8238	**Vida Cotidiana**	0.9337
Aislamiento	0.7985	**Familia**	0.8995
Percepción Corporal	0.8474	**Redes Sociales**	0.8174
Funciones Cognitivas	0.8779	**Dependencia Médica**	0.8101
Actitud ante el Tratamiento	0.6831	**Relación con el Médico**	0.7586

Instrumentos

- Cinta métrica.
- Monitor Corporal Marca "Tanita", Modelo BC 553, el cual mide:

  - Peso
  - % Grasa corporal
  - % Agua
  - Masa Muscular
  - Edad Metabólica
  - Masa Ósea

Las especificaciones técnicas de este monitor indican una capacidad de 150 kilogramos, detectando variaciones de 100 gramos, respecto a la grasa corporal, es capaz de detectar variaciones de .01%.

- Esfigmomanómetro Digital, marca "Citizen", modelo CH – 403C.

Respecto a las especificaciones técnicas de este instrumento incluyen una capacidad de medición de cero a 300 mmHg respecto a la presión arterial con una precisión de ±3mmHg, el pulso es capaz de medir un rango entre 40 y 199 pulsaciones por minuto con precisión de ±5% de la lectura.

- Medidor de Glucosa en sangre marca "Accu Chek Performa".

Este instrumento reporta una exactitud del 99%, con capacidad para detectar niveles de glucosa entre los 10 y 600 mg/dL, requiere de una muestra de sangre de .6µL, y el resultado se obtiene en 5 segundos. Las tiras reactivas contienen un chip que permite detectar errores en la medición, que al ocurrir emite una clave de error, lo descartando falsos positivos en la toma de muestra, es decir, evita que por una cantidad menor de sangre, caducidad de las tiras reactivas, daño en las mismas, error en la medición, un fallo electrónico, variaciones en la temperatura

que impiden el funcionamiento correcto del instrumento o una mala técnica de medición arrojen datos incorrectos respecto al nivel de glucosa en sangre.

Materiales

- Torundas
- Guantes de látex
- Tiras reactivas para glucómetro
- Lancetas
- Alcohol
- Recipiente para el desecho y manejo de residuos punzocortantes biológicos – infecciosos

Procedimiento

Medición Psicométrica

Nivel Licenciatura

Para realizar el reclutamiento de participantes en este nivel educativo se acudía a diversos grupos de la instancia educativa, con previa autorización del académico para exhortar a la participación, se hacia una breve explicación de los objetivos de la misma y se pedía que quienes estuvieran interesados en participar lo indicaran, de esta forma se les entregaba el consentimiento informado junto con la batería de pruebas que era contestada en ese momento.

La aplicación fue de forma grupal, la batería de pruebas para este nivel educativo contenía un protocolo de la prueba "Funcionamiento en Salud (FS)" y "Funcionamiento Psicosocial (FP)" junto con el "Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)", se respondían las dudas que surgían de los participantes en el momento que fue necesario.

Una vez que terminaban de responder la batería de pruebas, se les indicaban las características en las cuales se debían presentar a la medición antropométrica, solicitándoles dos horas de ayuno previas para la medición de glucosa. Así mismo se les indicaba el lugar y el horario donde se llevaba a cabo dicha fase de la investigación.

Nivel Bachillerato

Todos los participantes de este nivel educativo fueron reclutados mediante la previa autorización de los responsables de la instancia educativa que brindó las facilidades para la investigación. Se acudía a cada uno de los tres grupos a los cuales se tuvo acceso para exhortar a la participación, se hacía una breve explicación de los objetivos de la misma y se pedía que quienes no estuvieran interesados en participar lo indicaran para que se entregará el consentimiento

informado, lo cual se hacía acudiendo a los lugares que ocupaban los alumnos en el salón de clases.

La batería de pruebas se aplicaba de forma grupal en este nivel educativo, la cual contenía un protocolo de la prueba "Funcionamiento en Salud (FS)" y "Funcionamiento Psicosocial (FP)", junto con el "Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IADA)", las dudas que surgían por parte de los participantes respecto a la forma de responder los inventarios se contestaban en el momento y de acuerdo con lo requerido por los participantes.

Medición Antropométrica

Nivel Licenciatura

Cuando un participante acudía a la medición, se le solicitaba retirara su calzado, se registraba su talla, se programaba el monitor corporal y se le pedía al sujeto quitarse los calcetines para que la medición de composición corporal pudiera llevarse a cabo.

Se realizaban las tres medidas de presión arterial, esperando de dos a cinco minutos entre cada medida.

Finalmente se hacía la prueba de glucosa mostrando que la lanceta y tira reactiva usada eran nuevas, posterior al procedimiento se desechaban los materiales de un solo uso y se le agradecía al participante su colaboración.

Todas las mediciones se hicieron de forma individual, es decir, hasta que un participante completaba el total de medidas se procedía con otro.

Es importante mencionar que entre cada participante, y en ambos niveles educativos donde se llevó a cabo la investigación, en presencia de los participantes, se realizaba un procedimiento de asepsia para los instrumentos de medición.

Nivel Bachillerato

A la semana siguiente de haber aplicado la batería de pruebas psicológicas, se acordó con los alumnos y autoridades correspondientes la realización de las medidas corporales, previamente se solicitó la colaboración con un ayuno de dos horas de antelación a la clase donde se llevaría a cabo esta fase de la investigación.

Se facilitó el uso de un espacio anexo al laboratorio donde los alumnos tomaban clase, este espacio de aproximadamente 2.5 m^2 contaba con mesas y sillas, lo que permitió la adaptación de este espacio para poder recolectar las mediciones corporales.

Se solicitaba acudieran a este espacio en grupos de tres personas, las primeras dos personas tomaban asiento en la mesa donde se colocaba el esfigmomanómetro y, alternadamente, se les tomaba la presión arterial, dejando de dos y cinco minutos entra cada toma, esto se hacía hasta completar tres mediciones de presión por cada participante. El otro participante era medido respecto a la talla pidiéndole se descalzara, al obtener este dato, se registraba en el monitor corporal junto con la edad y sexo del participante, posteriormente se le solicitaba al participante retirara sus calcetas o calcetines, indicándole subiera al monitor con los datos previamente registrados, para que dicho monitor pudiera realizar el cálculo de la composición corporal. Cuando esta medición concluía se le permitía al participante colocar su calzado. Se procedía a realizar la medición de glucosa en sangre, se le mostraba a cada participante que se estaba haciendo uso de una lanceta nueva, se aplicaba un poco de alcohol en uno de los dedos del participante, se hacía la punción y se registraba el nivel arrojado por el glucómetro, frente al mismo participante se desechaba la lanceta usada en el frasco especial para esto, junto con la tira reactiva y la torunda después de que el participante había hecho un poco de presión con la misma para limpiar los residuos de sangre que pudiesen haber quedado.

Cuando se terminaban las mediciones corporales, se le solicitaba al participante esperar o pasar a la estación donde se monitoreaba la presión arterial, los participantes quienes ya se les habían registrado sus niveles de presión arterial

continuaban con el proceso de medición corporal. Con esto se concluía la el registro necesario de cada participante.

Se realizaba el procedimiento de asepsia entre cada participante, salvaguardando la integridad del mismo, así como mantener los instrumentos en óptimas condiciones para su funcionamiento.

RESULTADOS

Para el mejor análisis de los datos se procedió a establecer las propiedades psicométricas de los instrumentos. Debido a las diferencias encontradas en la composición factorial de ambas pruebas para los distintos niveles educativos (ver adenda 3), se realizó una depuración de los componentes de dichas pruebas con la finalidad de obtener la mejor composición factorial, varianza explicada y confiabilidad.

El factor de "Respuesta a la Enfermedad" se compuso por 11 reactivos en tres componentes y un indicador, explicándose con esto el 65.243% de la varianza. Los reactivos que conformaron a cada componente son los siguientes:

Tabla 6.1 Rotación Varimax de "Respuesta a la Enfermedad"

	Componentes			
	1	2	3	4
R9 ¿Obedecer todas las indicaciones del médico?	**.887**	.053	.134	.051
R14 ¿Tomar las medicinas que el médico le recetó?	**.881**	.031	.055	.122
R6 ¿Ir al doctor o al hospital?	**.624**	.093	.071	.353
R5 ¿Ir a que le hagan curaciones espirituales?	.052	**.823**	-.003	-.067
R11 ¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual?	.136	**.814**	.102	-.210
FS2 ¿Acercarse a Dios?	-.019	**.696**	.128	.164
R10 ¿Pedir el consejo de sus amigos?	.207	-.086	**.759**	-.171
R13 ¿Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas?	.068	.087	**.703**	.301
R3 ¿Avisarle a sus amigos?	-.011	.246	**.683**	.128
R12 ¿Quedarse en cama?	.137	.037	.078	**.804**
R7 ¿No realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar?	.203	-.141	.093	**.745**

De este factor, el componente uno "Respuesta al tratamiento médico" (α= .370) evalúa conductas concernientes al seguimiento de las indicaciones médicas, así como la respuesta a visitar al especialista. El componente dos "Respuestas alternativas" (α= .617) explora aquellas actividades que conllevan creencias respecto a la forma en que se concibe la recuperación de la salud, esto respecto a actividades alejadas de la ciencia. El tercer componente "Respuesta interpersonal" (α= .559) revisa las conductas emitidas por la persona cuando se sabe enferma respecto a las acciones sociales que desarrolla, es decir, qué tanto comunica a las personas allegadas el estado de salud que posee. Finalmente el indicador "Respuesta conductual" (α= .590) compuesto por dos reactivos, evalúa las respuestas conductuales que desarrolla el individuo al saberse enfermo. El análisis se realizó con el total de áreas que componen al presente factor.

El factor "Hábitos de Salud" quedó conformado por 11 reactivos que explican el 64.216% de la varianza, la composición factorial (dos componentes y dos indicadores) y los reactivos se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6.2 Rotación Varimax de "Hábitos de Salud"

	Componentes			
	1	2	3	4
R35 ¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros?	.876	-.054	.002	.152
R33 ¿Tomar cerveza?	.833	.040	.030	.247
R34 ¿Tomar vino, jerez, anís, rompope?	.808	-.003	.009	.041
R22 ¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa?	.689	.116	.129	-.084
R36 ¿Usar drogas?	.542	.215	.443	-.254
R32 ¿Realizar algún ejercicio con energía?	-.046	.839	-.048	.123
R18 ¿Caminar a diario con fuerza y energía?	.047	.825	-.075	.010
R25 ¿Ingerir alimentos nutritivos?	.229	.642	.449	-.067
R15 ¿Abusar de la sal en la comida?	.089	.050	.772	.196
R16 ¿Beber algún líquido con cafeína?	-.004	-.069	.620	.058
R26 ¿Ingerir comida chatarra?	-.013	.105	.063	.810
R19 ¿Comer entre comidas?	.180	-.014	.140	.737

El primer componente, "Consumo de drogas" (α= .823), explora los hábitos de la persona al respecto de la frecuencia de consumo de alcohol así como de tabaco y de drogas. El segundo componente, "Actividad física y nutrición" (α= .691), explora la frecuencia con la que desarrollan actividades físicas (ejercicio), considerando también el consumo de alimentos saludables en su dieta. Finalmente, los indicadores arrojados por el análisis, "Hábitos de salud", evalúan a las personas en cuanto a los hábitos poco saludables de salud.

El indicador "Percepción de Salud" (α= .827) tuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de .827, se compuso de dos reactivos, R39, ¿Cómo

ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad? y R40, ¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?

El componente "Creencias de Salud" se conformó de 17 reactivos que explicaron el 65.959% de la varianza, los tres factores y dos indicadores, junto con sus reactivos, se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 6.3 Rotación Varimax "Creencias de Salud"

	Componentes				
	1	2	3	4	5
R47 Atiendo y cuido mi salud	.858	.154	.012	-.007	.093
R61 Soy muy bueno para cuidar mi salud	.792	.057	.121	.082	.085
R46 Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo	.791	.070	-.016	.089	.011
R62 Soy muy capaz para cuidar mi salud	.711	-.006	.138	.195	-.186
R53 Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo	.514	.335	.090	.228	.095
R65 Tengo objetivos para conservar mi salud	.490	.369	.112	.133	.291
R55 Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz	.065	.852	.110	.019	-.118
R63 Tener buena salud es importante para una vida feliz	.168	.834	.127	-.021	.010
R52 Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida	.124	.786	.126	-.044	-.018
R57 Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones	.068	.008	.818	-.217	.050
R58 Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud	.067	.100	.722	.122	.273
R49 Confío en el juicio de los doctores	.113	.218	.705	.386	-.229
R56 Siempre confío en los doctores	.112	.361	.702	.294	-.062
R50 Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud	.247	.028	.147	.778	.038
R64 Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades	.111	-.061	.030	.754	.148
R67 Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud	.043	-.122	-.058	-.035	.784
R51 Es bueno el sistema de salud de mi país	.054	.038	.168	.237	.779

El componente uno, "Autoeficacia en salud" (α= .826) explora la percepción de su capacidad para monitorear y cuidar su salud. El componente dos, "Valoración de salud" (α= .818), describe las consideraciones de las personas respecto a la importancia que tiene la salud en la vida cotidiana. El último componente, "Confianza en el sistema de salud" (α= .774), evalúa la confianza en el personal de salud, así como en las prescripciones que estos hacen. El indicador "Información de salud" (α= .580), explora la percepción de las personas respecto a los conocimientos que poseen de salud. Finalmente, el indicador de "Percepción de salud" (α= .554), describe la visión que las personas tienen del sistema de salud.

El factor "Afrontamiento" (α= .795) quedó conformado por seis reactivos, los cuales explican el 50.037% de la varianza. Se presentan las cargas factoriales por reactivo continuación:

Tabla 6.4 Rotación Varimax "Afrontamiento"

	Componente
	1
R19 Acepto mis sentimientos	.653
R20 Mantengo la calma	.730
R21 Procuro controlar la situación	.724
R22 Trato de conocer mejor la situación	.782
R23 Trato de sentirme mejor	.691
R24 Trato de solucionar mis problemas	.655

El componente "Apoyo Social" original de la prueba, de acuerdo con los análisis de confiabilidad y validez para la muestra, se dividió en dos componentes que explican el 63.283% de la varianza. El primer componente, "Apoyo informativo y emocional" (α= .840) comprende la evaluación de la persona sobre el respaldo conceptual y emotivo recibido de forma interpersonal. El componente "Apoyo interpersonal" (α= .836) evalúa la frecuencia, satisfacción y seguridad que se tiene respecto al apoyo social recibido.

Por su parte, el factor "Reacción Social Emocional" (α= .795), quedó conformado por cuatro reactivos, explicando el 62.422 % de la varianza explicada, contiene reactivos que interrogan respecto a la percepción de las reacciones intrapersonales de otros significativos hacia la persona. La composición y carga factorial de cada uno de estos componentes se muestran en las tablas 6.9 y 6.10:

Tabla 6.5 Rotación Varimax "Apoyo Social"

	Componente	
	1	2
R25 El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	.739	.149
R26 ¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	.814	.097
R27 ¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	.648	.284
R28 El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	.695	.386
R29 ¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	.726	.159
R30 ¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	.554	.504
R31 El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	.204	.803
R32 ¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	.170	.858
R33 ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	.230	.839

Tabla 6.6 Rotación Varimax "Reacción Emocional Social"

	Componente
	1
R34 ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	.847
R35 ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	.802
R36 ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	.762
R37 ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	.745

Finalmente el componente "Salud Psicológica" se conformó por 16 reactivos que explican el 65.821% de la varianza, se conforma de dos factores y dos indicadores (ver tabla 6.11):

Tabla 6.7 Rotación Varimax "Salud Psicológica"

	Componente			
	1	2	3	4
R47 ¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?	.808	.108	.221	-.070
R46 ¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	.773	.026	.255	.093
R54 ¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	.753	.107	.053	.263
R48 ¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	.746	.254	.234	.023
R51 ¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	.745	.140	-.058	.287
R50 ¿Se ha sentido criticado?	.677	.120	.085	.233
R41 ¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	.601	.174	.281	.129
R52 ¿Se ha sentido deprimido?	.571	.469	.166	.112
R39 ¿Piensa mucho en sus fallas?	.542	.092	-.129	.493
R45 ¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?	.084	.813	-.039	.213
R55 ¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	.290	.766	.147	.003
R57 ¿Se ha sentido activo?	.079	.756	.178	.056
R44 ¿Qué tan fatigado se ha sentido?	.179	.156	.849	.220
R49 ¿Se ha sentido cansado?	.226	.125	.837	.143
R40 ¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	.079	.155	.258	.790
R43 ¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	.363	.095	.293	.636

El primer componente "Síntomas cognitivos y fisiológicos" (α= .901) contempla los síntomas cognitivos con tendencia a la catástrofe y culpa, así como

síntomas de ansiedad. El factor "Satisfacción y ánimo" (α= .739) explora el agrado que tiene la persona respecto a las situaciones en su vida. El indicador "Cansancio" (α= .843) describe la fatiga que siente. Finalmente el indicador "Desempeño cognitivo" (α= .667) explora la atención y memoria de la persona desde su propia perspectiva.

Los coeficientes de confiabilidad que se asocian con cada una de los factores e indicadores antes mencionados se presentan a continuación (ver tabla 6.12):

Tabla 6.8 Confiabilidad de los factores de las pruebas "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial"

Factores o Indicadores	Coeficiente de Confiabilidad (Alfa de Cronbach α)
Respuesta a la Enfermedad	**0.685**
Hábitos de Salud	**0.692**
Percepción de Salud	**0.827**
Creencias de Salud	**0.810**
Afrontamiento	**0.795**
Apoyo Social	**0.867**
Reacción Emocional	**0.795**
Salud Psicológica	**0.901**

Por el número de reactivos que conformaron cada uno de los componentes, así como por el coeficiente de confiabilidad bajo obtenido en algunas de ellas (p. ej. Respuesta al tratamiento médico α=.370, Respuesta interpersonal, α=.559), para la presente investigación, se analizaron los puntajes de la escala de forma total, es decir, no se consideraron los componentes por separado.

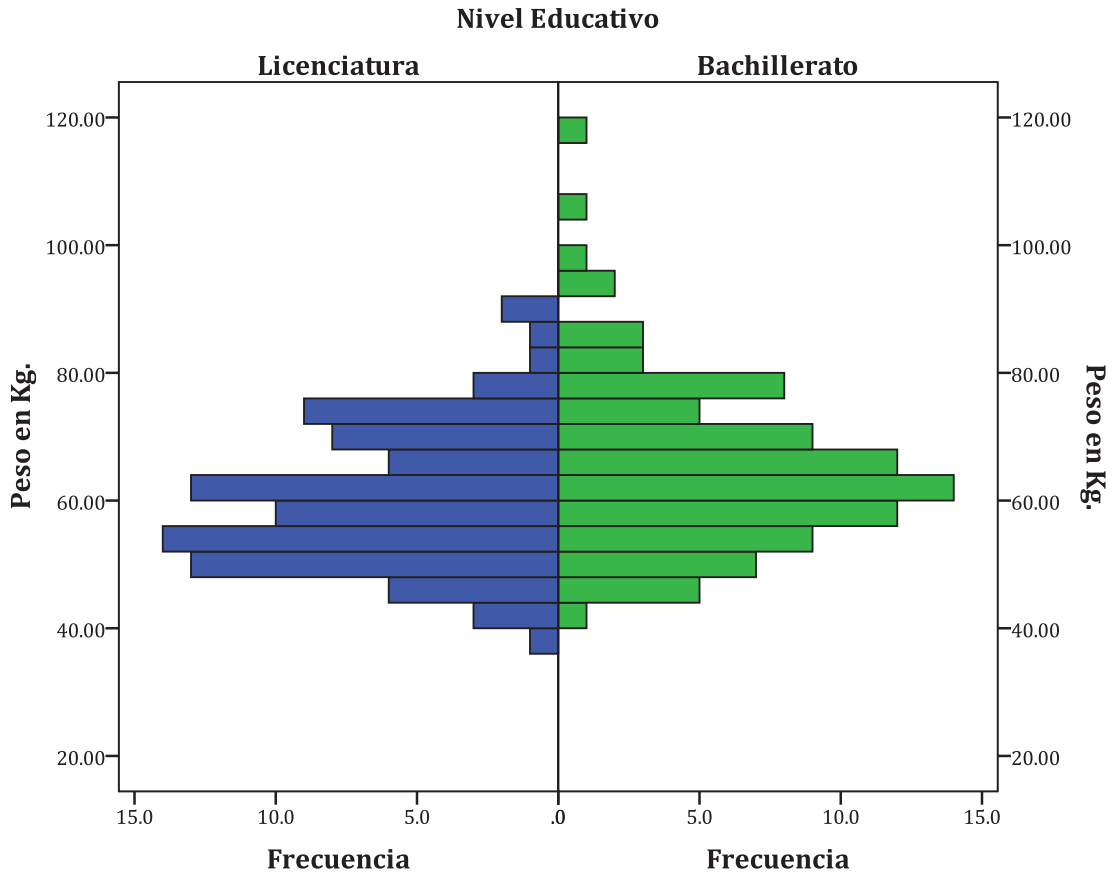
De esta manera se obtienen ocho factores confiables para el desarrollo de la investigación, teniendo como ventaja ser comunes para ambos niveles educativos que conformaron la muestra.

Respecto a la medición antropométrica que se realizó, se obtuvieron los siguientes datos para así poder compararlos con las mediciones psicométricas realizadas.

Es importante resaltar aquellos casos que se encuentran en valores superiores a los parámetros de normalidad (mayor riesgo), ya que éstos no describen el número de personas en riesgo de desarrollar enfermedades crónico – degenerativas, sin embargo, muestran el número de casos que se encuentran en riesgo de clasificarse, próximamente, en parámetros favorecedores para las enfermedades crónico – degenerativas.

En la figura 1 se muestra, en el eje de las ordenadas, el peso en kilogramos que se registró de los participantes, en el eje de las abscisas se marca la frecuencia del peso, en color azul se grafican a los participantes de nivel licenciatura, en color verde aquellos de nivel bachillerato. El peso mostró una mayor frecuencia de casos extremos en el nivel bachillerato como se presenta en la siguiente figura 1 (ver siguiente página):

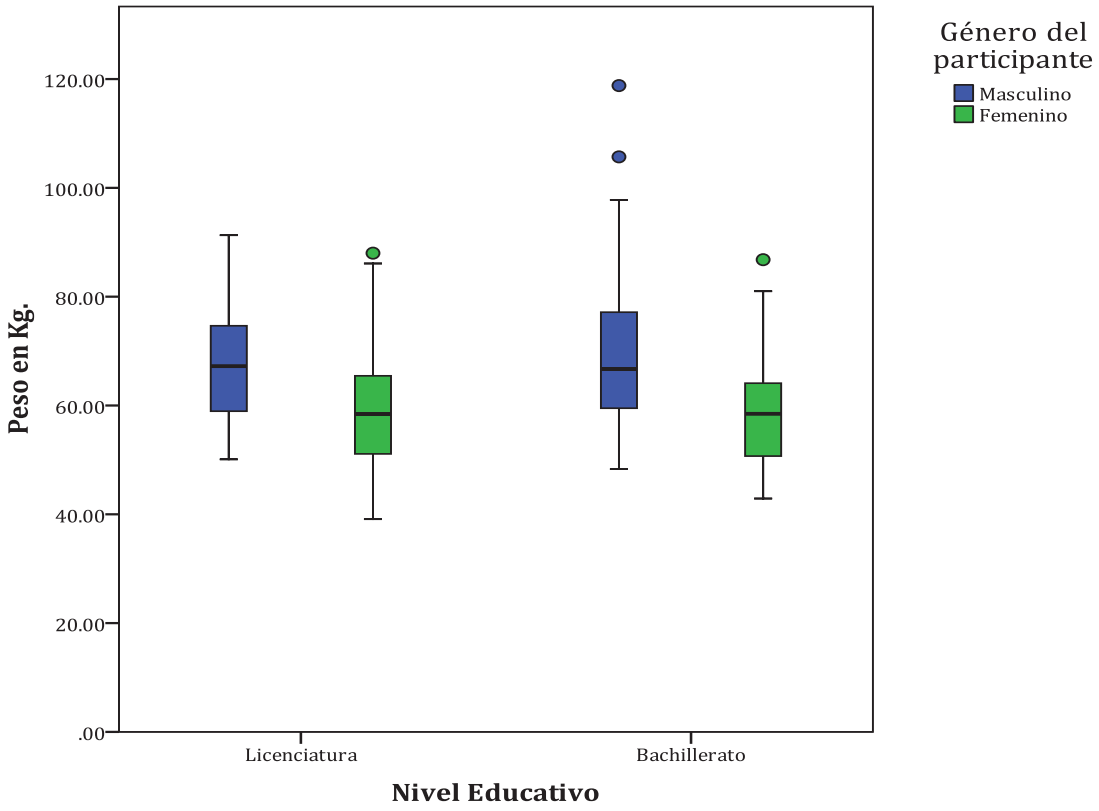
Figura 1 Peso de los participantes por nivel educativo



El peso promedio para hombres de los distintos niveles educativos (Licenciatura= 66.63, D.E. = 10.80; Bachillerato=68.93, D.E.= 13.51 kilogramos) varía por 2.30Kg. sin embargo, la diferencia en el número de participantes varones para cada nivel educativo (Hombres: Licenciatura = 19; Bachillerato = 63) permite suponer que de ampliarse el número de participantes de licenciatura el dato podría acercarse a lo observado a nivel bachillerato. Situación contraria se produce al comparar el peso de las mujeres, donde las de nivel licenciatura son más pesadas por 0.77 gramos (Licenciatura= 58.91, D.E. 10.62; Bachillerato= 58.13 D.E.= 10.31 kilogramos) variando por únicamente por .78 kg. En lo general los participantes varones de nivel bachillerato tendieron a puntuar con un peso más elevado, haciéndolos más susceptibles de desarrollar enfermedades crónico – degenerativas.

Las frecuencias respecto al peso y el género de cada nivel educativo se presentan en la siguiente figura, se representa puntajes máximos y mínimos (bigotes), se ubica una caja que representan los cuartiles uno y tres, correspondiente al 50% de la distribución, la línea media marca la mediana para cada una de las muestras, de esta forma, se observa la dispersión de los datos y aquellos puntajes extremos como círculos por encima de los valores máximos grupales.

Figura 2 Peso de los participantes por nivel educativo y género



Al observar la distribución del peso respecto al género en cada nivel educativo, se nota una mayor dispersión en los varones de nivel bachillerato, no obstante, presentan una mediana menor que los participantes de nivel licenciatura (Licenciatura *Md*= 67.20, Bachillerato *Md*= 66.70), cabe señalar la presencia de casos extremos en dicho nivel educativo, lo que podría explicar una media

artificialmente más alta, empero, al ver la distribución se observa una mayor dispersión de los datos (cajas y bigotes alargados). En el caso de las mujeres, se presenta una mayor dispersión hacia ambos extremos en el nivel licenciatura, las medianas son similares.

El diámetro de cintura muestra que existe una mayor frecuencia de medidas altas en la muestra de nivel bachillerato, en los participantes masculinos, situación que se invierte en las participantes, se presentan histogramas separados de acuerdo al género, donde se marcan los parámetros de normalidad, en cada uno de ellos se presentan los puntos de corte clínicos considerando el riesgo a la salud para cada uno de los géneros (ver figura 3 y 4).

Figura 3 Diámetro de Cintura de los participantes masculinos por nivel educativo

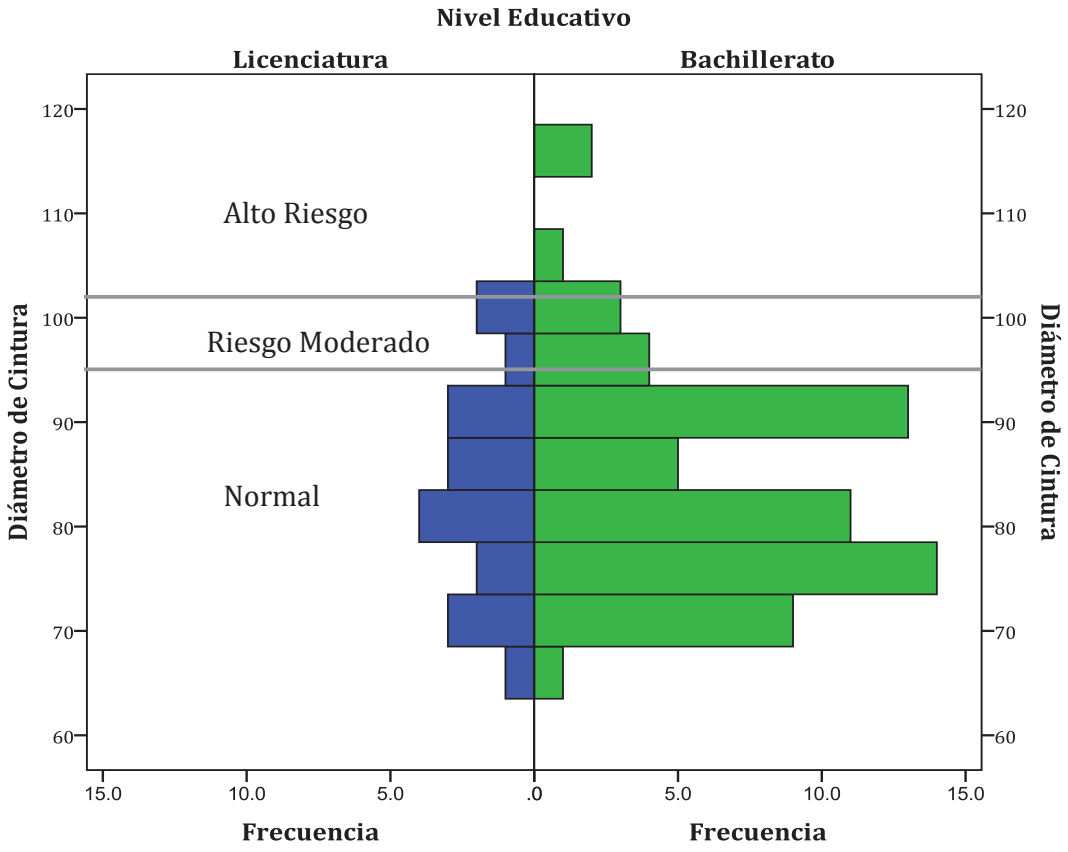
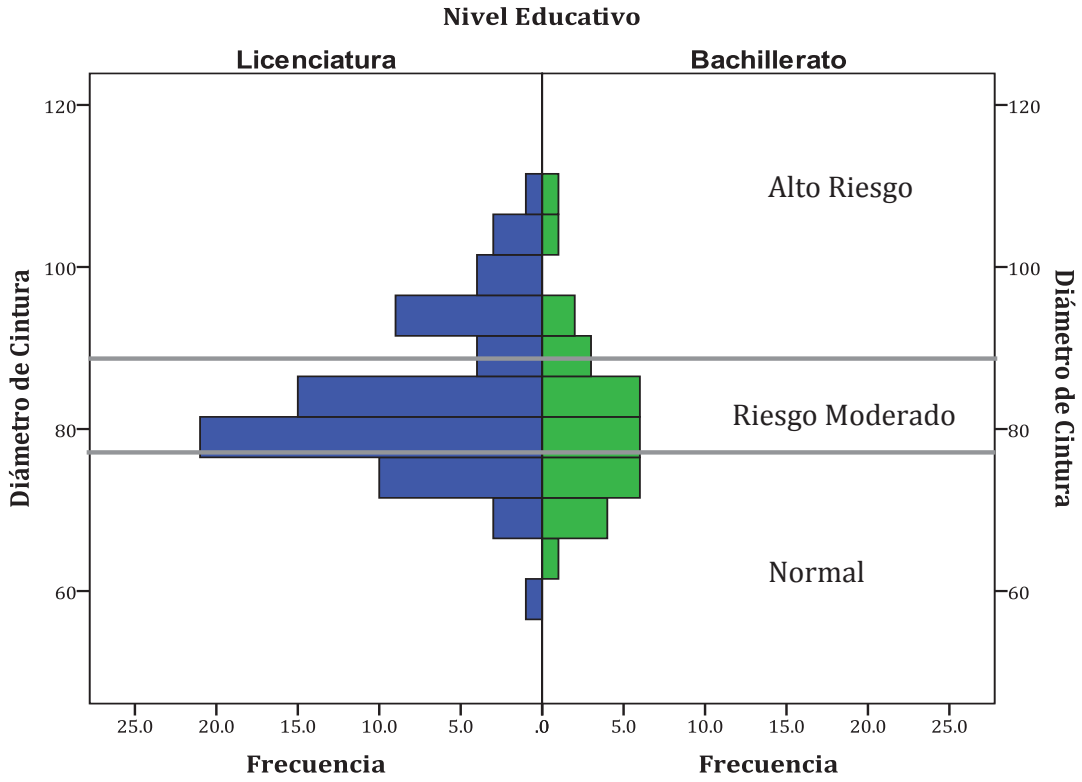


Figura 4 Diámetro de Cintura de las participantes por nivel educativo



El diámetro de cintura indica que el 15.85% de los participantes varones de ambos niveles educativos se encuentran en riesgo moderado y alto respecto al diámetro de su cintura, es decir, seis y siete participantes respectivamente al riesgo. Del total de mujeres incluidas en la investigación, el 52.47% de las participantes tienen riesgo moderado y alto, es decir, 26 y 27 respectivamente al riesgo. Estos porcentajes nos permiten identificar, de acuerdo con este indicador antropométrico, la necesidad de promover acciones de cambio en las personas para que el riesgo de padecer enfermedades por la acumulación de grasa en cintura disminuya para ambos sexos.

En cuanto a la grasa corporal, hubo mayor frecuencia de valores elevados en la muestra en nivel licenciatura, es importante acotar, que estuvo conformada por un 78.9% de mujeres, género que corporalmente posee un mayor porcentaje de grasa.

Se observa mayor dispersión en la muestra de la licenciatura en las participantes, mientras que para los varones, la mayor dispersión en los datos se observa en la muestra de bachillerato.

La grasa corporal, nos refleja que el 21.95% de los varones, y el 30.69% de las mujeres se encuentran con los niveles de grasa corporal elevada de acuerdo con los parámetros establecidos hasta el momento, resaltando nuevamente la susceptibilidad a las enfermedades ya mencionadas. Se presentan histogramas de acuerdo al género y el nivel educativo, en cada uno de ellos se marca los puntos de corte de normalidad para el porcentaje de grasa corporal, incluyendo la media del rango normal con una línea punteada para observar que en ambas muestras, los participantes que se encuentran con un porcentaje de grasa normal, son más frecuentes tener niveles que los clasificarían como "Normales Altos", lo que sugiere el riesgo de convertirse en participantes con alto nivel de grasa de no adquirir los hábitos de cuidado necesarios.

Figura 5 Porcentaje de Grasa Corporal de los participantes masculinos por nivel educativo

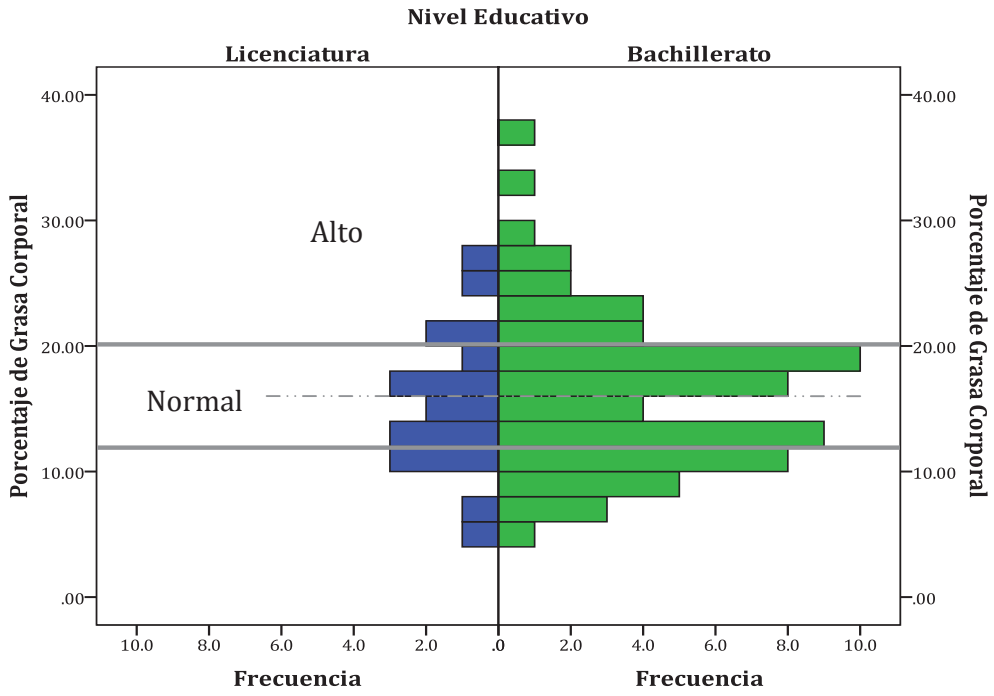
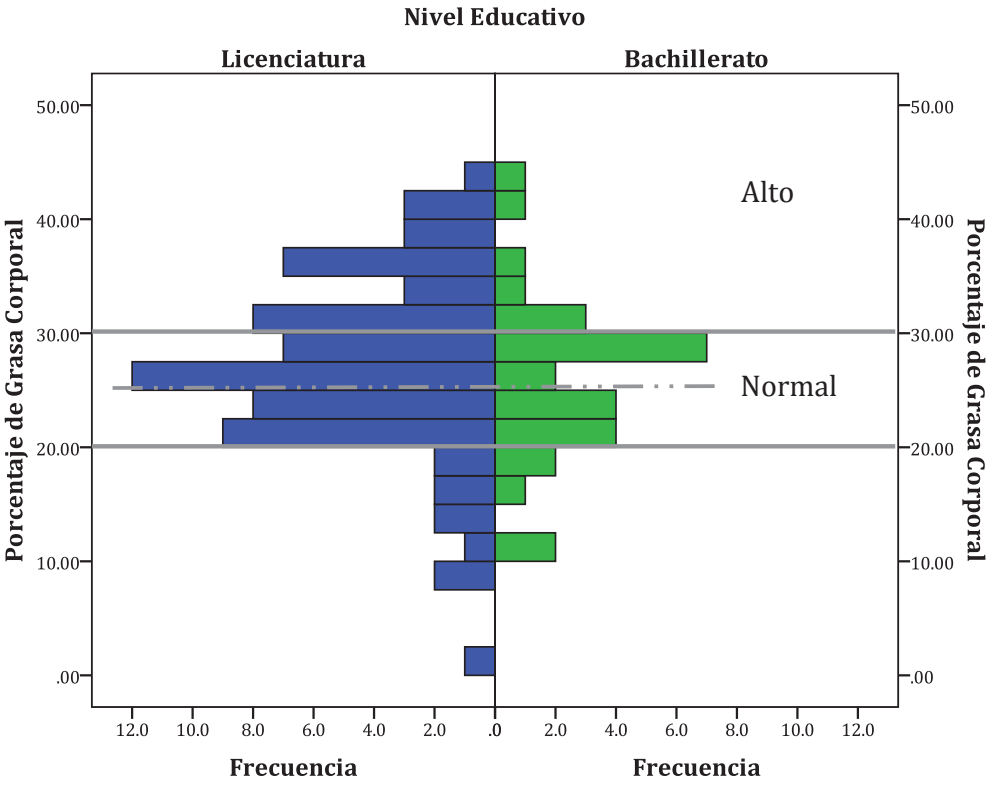
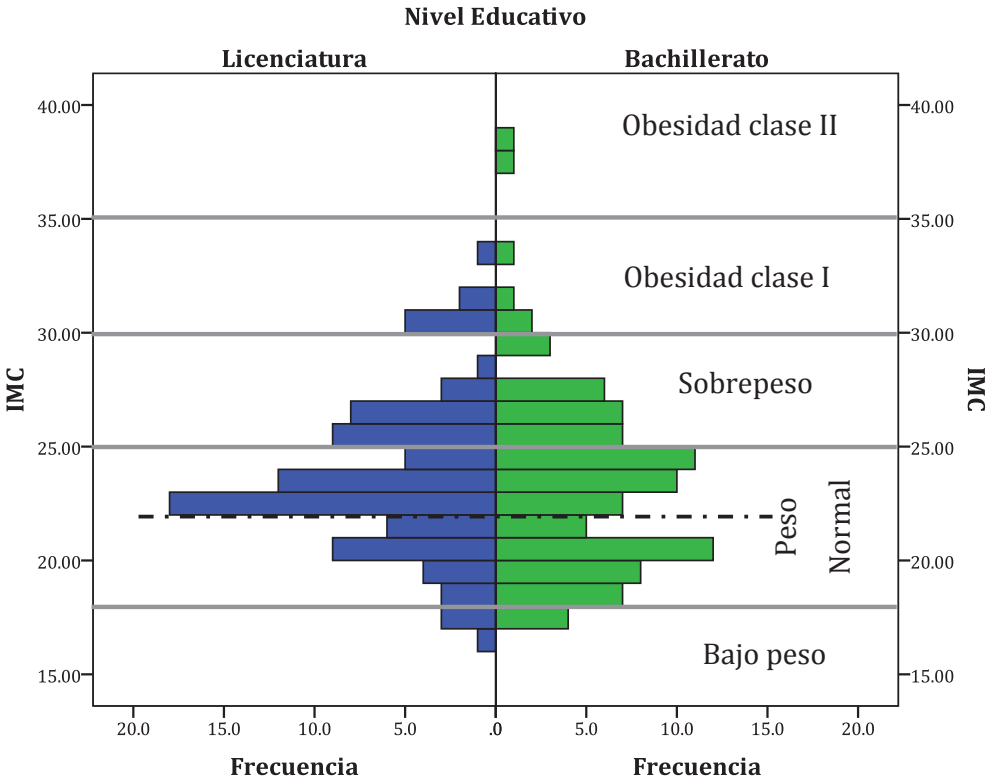


Figura 6 Porcentaje de Grasa Corporal de las participantes por nivel educativo



El Índice de Masa Corporal presentó frecuencias más altas en el rango de normalidad, sin embargo se observa una frecuencia considerable en los parámetros que ponen en riesgo la salud, en este sentido, al clasificar nuevamente a los que se encuentran en el rango de normalidad, se puede observar que las mayores frecuencias se encuentran en el extremo superior del intervalo (Normal – Alto) lo que hace más susceptibles de, en algún momento, clasificarse en los parámetros de riesgo para las enfermedades crónicas. Este límite se marca en la figura 7 con una línea punteada.

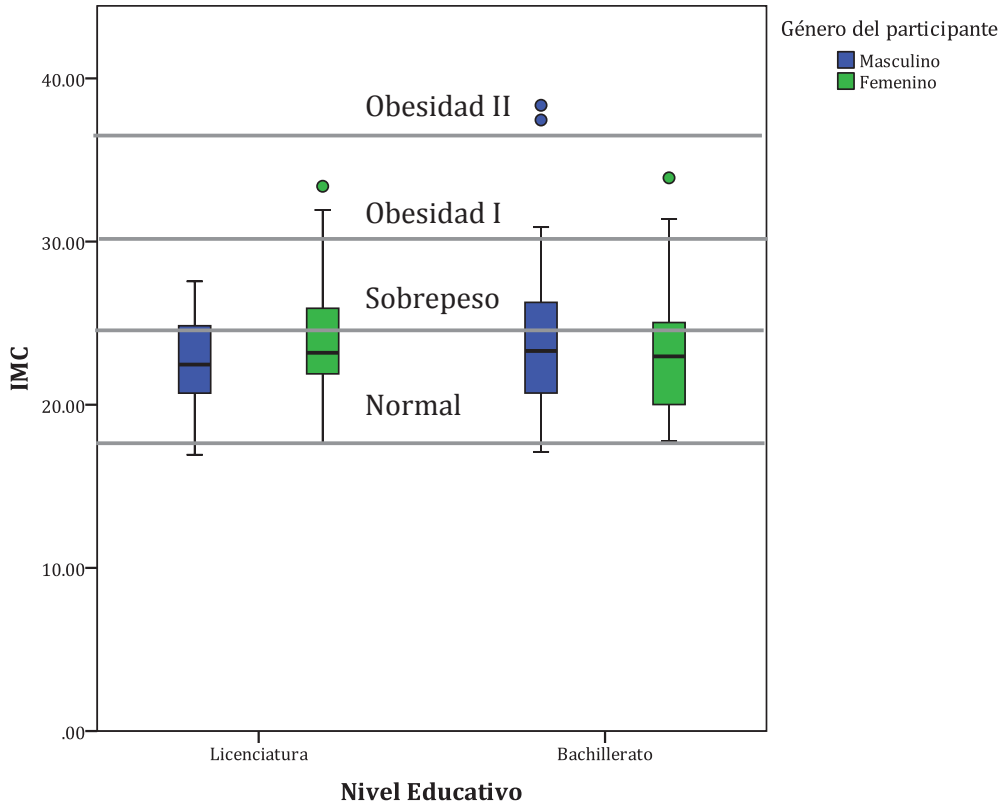
Figura 7 Índice de Masa Corporal y nivel educativo



El IMC muestra que el 47.56% de los varones (23 con sobrepeso y seis con obesidad), y el 32.67% de las mujeres (21 con sobrepeso y ocho con obesidad) se encuentran ya en parámetros de de riesgo para la salud, esto implica que el 33.87% de la población total del estudio ya se encuentra en una condición que perjudica su salud. Así mismo se marca con una línea punteada la media del rango normal, la intención es resaltar los casos con IMC normal, se presenta una tendencia a estar por encima de la media del rango, clasificándolos en "Normal Alto", haciéndoles más propensos al desarrollo del sobrepeso.

Las diferencias en cuanto a las frecuencias por sexo se presentan en la figura 8, también se incluyen los puntos de corte.

Figura 8 Índice de Masa Corporal y Género



Se puede observar la proximidad de las medianas para ambos niveles educativos y géneros (Masculino; Licenciatura *Md*= 22.46, Bachillerato *Md*= 23.30, Femenino; Licenciatura *Md*= 23.19, Bachillerato *Md*= 22.95), la tendencia a estar por encima de la media del rango normal, así como la presencia de casos extremos, en que hubo particular riesgo para dos varones en obesidad II entre los de bachillerato.

La presión arterial refleja que el 19.51% de los varones, y el 11.38% de las mujeres se clasificaron con niveles de presión arterial alta, siendo esto un factor más que se adiciona a la carga de variables antropométricas para el desarrollo de las enfermedades crónico – degenerativas (ver siguiente tabla):

Tabla 6.9 descriptivos de las medidas antropométricos

Presión Arterial Sistólica Promedio

		Hombres				*Mujeres*			
		Baja	*Normal*	*Normal Alta*	*Hipertensión*	*Baja*	*Normal*	*Normal Alta*	*Hipertensión*
Licenciatura	n	14	4	0	**1**	61	5	**2**	0
Bachillerato	n	39	16	**4**	**3**	26	3	**1**	0

Presión Arterial Diastólica Promedio

		Hombres				*Mujeres*			
		Baja	*Normal*	*Normal Alta*	*Hipertensión*	*Baja*	*Normal*	*Normal Alta*	*Hipertensión*
Licenciatura	n	6	4	**2**	**5**	41	8	**12**	**5**
Bachillerato	n	48	10	**2**	**3**	23	4	**2**	**1**

		Glucosa en sangre					
		Hombres			*Mujeres*		
		Bueno	*Regular*	*Malo*	*Bueno*	*Regular*	*Malo*
Licenciatura	n	19	0	0	70	1	0
Bachillerato	n	61	**1**	**1**	29	**1**	0

Respecto a los valores de glucosa en sangre, se puede observar que en el total de participantes únicamente cuatro de ellos tuvieron puntajes clasificados en regular o malo, a pesar de esto, cabe resaltar que tres de ellos se encuentran a nivel bachillerato, este dato debe tomarse con cautela debido a la posibilidad de que los participantes no cumplieran cabalmente el requisito de ayuno para la toma de glucosa, a pesar de reportar tenerlo.

Para observar si existían diferencias en las mediciones antropométricas dependiendo del nivel educativo, se realizó, en primer lugar, la prueba de Kolmogorov – Smirnof para determinar si la distribución de la muestra se ajusta a la normal, debido a que no se cumplió con esta condición, se realizó el estadígrafo de U de Mann Whitney para determinar si existen diferencias entre el grupo de nivel licenciatura y de bachillerato.

Con este análisis se determinó que existen diferencias significativas en cuanto al peso (U=338.5; p≤ .05) y el porcentaje de grasa corporal (U=2697; p≤ .01). El peso presenta una media de 60.54Kg. (D.E. = 11.06) para los participantes de nivel licenciatura, mientras que para los de nivel bachillerato el peso tiene una media de 65.45 Kg (D.E. = 13.50). Por su parte el porcentaje de grasa mostró una media de 24.58 (D.E. = 9.03) para la muestra de licenciatura, y una media de 19.55 (D.E. = 8.07).

Las diferencias entre sexos también fueron observadas, indicando resultados significativos para las mismas variables antropométricas (peso y porcentaje de grasa). Para los participantes masculinos, la media del peso (U=2264; p≤ .01) fue de 68.40kg. (D.E. = 12.91), la media del porcentaje de grasa (U=1150; p≤ .01) fue de 16.20 (D.E. = 6.13), mientras que para el sexo femenino, la media del peso fue de 58.68 Kg. (D.E. = 10.49), la media del porcentaje de grasa fue de 26.75 (D.E. = 7.96) para el nivel bachillerato, aunque éstas son relativamente esperables por las diferencias estructurales por género.

Para identificar las relaciones entre las variables psicológicas y los datos antropométricos, se buscó la correlación mediante el estadígrafo *r* de Spearman, por ser éste un coeficiente que permite evaluar la relación lineal entre las variables de las pruebas psicológicas y las mediciones antropométricas. Esto una vez que se había depurado las pruebas "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial" como se indicó anteriormente.

En primer lugar, se correlacionaron los puntajes del "Inventario de Calidad de Vida y Salud" (InCaViSa) y con las variables antropométricas para observar el comportamiento de las mismas. Los resultados arrojaron que el Índice de Masa Corporal correlaciona positivamente con el área de "Percepción Corporal"[1] del InCaViSa con un coeficiente de r de Spearman de .379 ($p \leq .01$), esta correlación positiva sugiere que a mayores puntajes en área de percepción corporal mayor es el IMC de la persona. De igual forma el diámetro de la cintura correlacionó positivamente con el área "Percepción Corporal" del InCaViSa, (r=.384; $p \leq .01$). El porcentaje de grasa corporal se comportó de la misma manera respecto al área del InCaViSa (Percepción Corporal) indicando un coeficiente de correlación de Spearman de .302 ($p \leq .01$) mostrando la misma tendencia de linealidad, es decir, a mayores puntajes de percepción corporal se presentan mayores puntajes de grasa corporal.

Por su parte el área del InCaViSa "Tiempo Libre" se correlacionó con el IMC (r= -.212; $p \leq .05$), misma situación que se presenta al respecto del dato antropométrico de porcentaje de grasa corporal (r= -.269; $p \leq .05$). Esto sugiere que a mayor puntaje en "Tiempo Libre", factor que evalúa la insatisfacción con las actividades realizadas de forma recreativa, se presenta menor porcentaje de grasa corporal o de IMC.

[1]El inventario evalúa en esta área la incomodidad de la persona con su físico.

En tanto al porcentaje de grasa corporal y el área del InCaViSa "Redes Sociales" se presentó una correlación positiva con un coeficiente *r*= .224 (p≤ .05), lo que sugiere una relación directa, a mayor puntaje en satisfacción con las "Redes Sociales" se presenta un mayor porcentaje de grasa corporal.

Concerniente a las pruebas "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial", sólo se observó relación del área "Percepción de Salud" con el antropométrico del diámetro de la cintura (*r*=.210; p≤ .05), lo que podría indicar que a mayores puntajes en "Percepción de Salud" se presenta un mayor diámetro de cintura.

Las correlaciones encontradas, a pesar de su relativa poca magnitud, aportan información relevante para conocer la asociación de variables antropométricas con psicológicas respecto al desarrollo de la salud.

Por su parte, los datos correspondientes a la preparatoria, mostraron correlaciones con áreas de las pruebas "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial" y las medidas antropométricas. El área de "Respuesta a la Enfermedad", factor que describe al participante en tanto a su actitud ante las indicaciones médicas, creencias para obtener la salud, así como el apoyo interpersonal que busca cuando se encuentra enfermo, correlacionó con el nivel de glucosa (*r*= .266; p≤ .05) lo que sugiere que, a mayores puntajes de "Respuesta a la Enfermedad" se tienen mayores niveles de glucosa. Con este mismo antropométrico (glucosa), en contraparte se obtuvo una correlación de -.268 (p≤ .05), lo que indica que mayores puntajes en "Hábitos de Salud" que se refiere principalmente a la presencia de hábitos negativos, se relacionan con puntajes bajos de glucosa en sangre.

El área de "Creencias de Salud" mostró relaciones negativas con IMC (*r*= -.224; p≤ .05) y con el porcentaje de grasa (*r*= -.235; p≤ .05), lo que indica que a mayores puntajes en el estas áreas (que evalúan la confianza, autoeficacia y valoración de la

salud) se relacionan de manera inversamente proporcional con los puntajes de los antropométricos.

El porcentaje de grasa corporal también mostro relación negativa con el área de "Afrontamiento" (r= -.289; p≤ .01), lo que sugiere que a mayores puntajes en "Afrontamiento", es decir, en la regulación y control emocional ejercido por la persona, se asocian puntajes bajos de grasa corporal.

El "Apoyo Social" con respecto al IMC mostró un coeficiente de correlación de -.222 (p≤ .05), señalando una relación inversa, es decir, a mayores puntajes de "Apoyo Social" se asocian menores puntajes de IMC.

Finalmente, el área de "Salud Psicológica", que evalúa aspectos como las cogniciones catastróficas, reacciones fisiológicas, así como algunos síntomas depresivos y de ansiedad, presentó un coeficiente de correlación de .374 (p≤ .01) respecto del porcentaje de grasa corporal, lo que refleja una relación directamente proporcional, a mayores puntajes de grasa corporal se presentan mayores puntajes en deterioro de la salud psicológica, es decir, mayor presencia de sintomatología cognitiva y fisiológica, cansancio y déficits cognitivos.

Para poder realizar el cálculo de los estadígrafos que responderían la pregunta de investigación referente a los puntajes que permiten clasificar a las personas de acuerdo con el riesgo a desarrollar enfermedades crónico – degenerativas partiendo desde el riesgo observado por las variables psicológicas, se procedió a calcular los puntajes "Z" de cada una de las pruebas psicológicas y de las variables antropométricas.

Una vez calculados dichos puntajes, se obtuvo, el que para la presente investigación se denominó como "Índice de Salud" (IS) haciendo la adición de los puntajes "Z" del Índice de Masa Corporal (IMC), nivel de glucosa, porcentaje de grasa

corporal y el diámetro de la cintura, debido a que estos indicadores han reportado tener una relación directa con un mayor riesgo a la salud.

$$IS = IMC + Glucosa + Grasa + Cintura$$

Una vez calculado el "Índice de Salud" se procedió a obtener los cuartiles de este indicador para poder así considerar los valores extremos en un análisis discriminante. Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 6.10 Cuartiles del Índice de Salud

		Licenciatura	Bachillerato
N		90	93
Percentiles	25	-1.6971	-2.5813
	50	-0.1513	-0.7376
	75	2.1935	1.3238

Una vez que se obtuvieron estos datos, se procedió a clasificar a los participantes con los criterios establecidos por los percentiles, lo que permitió realizar un análisis discriminante con los grupos extremos.

Se realizó un análisis multivariado de la función discriminante, utilizando el procedimiento por pasos (step – wise), en función de que este método de análisis integra cada una de las variables para el desarrollo de una función discriminante. Así, este estadígrafo permite identificar aquellas variables que mejor clasifican a los participantes del estudio en función del índice de riesgo.

Los resultados fueron significativos para los datos de licenciatura, el discriminante arrojó una función que maximiza la dispersión puntual de las variables psicológicas, se introdujeron al análisis cada una de las variables en esta investigación.

El estadístico de Lamba de Wilks (Λ) representa la variabilidad total no explicada por las diferencias entre grupos, proporcionando el valor predictivo global, se buscan los valores más cercanos a cero debido a que éstos indicarían una gran diferencia. Se utilizaron las puntuaciones "Z" de las variables para poder realizar este análisis debido a que las mediciones de las distintas variables consideradas en el estudio no se encontraban bajo la misma escala, los puntajes "Z" permiten hacer la adición en estas condiciones. Los datos del análisis discriminante se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 6.11 Resultados del Análisis de Función Discriminante por pasos en la clasificación de los participantes.

Paso	Variable	Coeficiente canónico de estandarización	Lambda	Lambda global Eigen (%de Varianza)
1	Precepción Corporal‡	1.301	0.736**	Λ=.420** 1.382 (100%)
2	Tiempo Libre‡	-1.170	0.420**	

‡Áreas de la prueba InCaViSa, **p ≤ .01.

Con esta función se clasifica correctamente el 84.1% de los participantes de acuerdo con el Índice de Salud y las áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). Cuando se clasifica a los participantes con un bajo riesgo para la salud (bajo Índice de Salud) se acierta en un 90.9% de los casos, mientras que al clasificar a los participantes con alto riesgo de salud (alto Índice de Salud) se acierta en un 77.3% de los casos. Los centroides de los grupos se ubican en -1.148 (bajo Índice de Salud) y en 1.148 (alto Índice de Salud).

Discusión

El objetivo de esta investigación fue describir la relación entre las variables psicológicas y el estado de salud de los participantes, así como generar una función que permitiera la clasificación adecuada de las personas con la intención de hacer una detección de necesidades oportunas para la intervención primaria.

Partiendo de la prevalencia e incidencia de las enfermedades crónico – degenerativas, el impacto que éstas tienen en la vida de quienes las padecen, tanto a nivel físico, psicológico y económico, así como el efecto que dichos padecimientos tienen a nivel nacional desde la perspectiva de recursos humanos, económicos, y tecnológicos, se buscó determinar la participación de variables psicológicas (Calidad de Vida y Funcionamiento de Salud, Funcionamiento Psicosocial) en relación a diversos indicadores de salud física, buscando identificar la función que permitiera reconocer las variables psicológicas asociadas a los niveles de riesgo (alto y bajo) en la salud. Esto con miras en desarrollar estrategias de intervención primaria mediante la información arrojada después de hacer un análisis discriminante para la población del estudio.

Los resultados arrojaron que las variables psicológicas que mejor identifican a la población con mayor riesgo a la salud fueron inconformidad con la percepción corporal e insatisfacción con el tiempo libre. Lo que implicaría que los universitarios que perciben que sentirse poco atractivos, restringidos por su peso y avergonzados por su cuerpo en comparación con otros, así como aquellos detectan alguna dificultad para disfrutar actividades en tiempo libre y tienen cierto grado de aislamiento social, se clasifican con mayor claridad respecto al riesgo a la salud. El índice de riesgo se elaboró debido a la necesidad de agrupar en un sólo indicador el nivel de riesgo que tienen las personas, sumando los diversos factores que evalúan estados muy particulares del organismo en diferentes escalas, es decir, con éstos se evalúan

distintos aspectos metabólicos relacionados con el desarrollo de enfermedades crónico – degenerativas.

A pesar de la buena clasificación que se obtiene con la función discriminante con las variables "Percepción de Corporal" y "Tiempo Libre" del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), es recomendable que se elabore una para ambos niveles educativos, ya que por las características de las escalas, una para adultos y otra para adolescentes, se aplicó el Inventario Autodescriptivo del Adolescente (IDADA) a los alumnos de bachillerato, lo que impide se pueda realizar una comparación entre grupos que tuvieron factores de riesgo marcadamente diferente. Es conveniente que el inventario considere las actividades cotidianas, actitudes respecto a la salud, así como la percepción de vulnerabilidad de los participantes. Con la aplicación del inventario resultante, será posible una detección más precisa de necesidades de intervención en aspectos de salud, en edad productiva de la población.

Los objetivos del estudio incluyeron relacionar las variables psicológicas y antropométricas para observar si exite relación entre ellas, la determinación de la utilidad de las variables psicológicas seleccionadas para la clasificación de los participantes con mayores riesgos para la salud, permitiendo hacer una detección de necesidades de intervención.

Cuando se correlacionan los datos antropométricos con las áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), se observó una relación significativa entre el IMC, el diámetro de cintura, porcentaje de grasa corporal y la "Percepción Corporal", área del inventario que se refiere al grado de insatisfacción que tiene la persona respecto a sus aspecto físico (Riveros, Sánchez - Sosa, y Del Águila, 2009), los mayores puntajes en esta área de la prueba indican mayor insatisfacción corporal debido al sentido de los reactivos (p. ej. "Me da pena mi cuerpo"), esta relación entre la variable antropométrica y esta parte del inventario cobra sentido en la medida que a mayor IMC, diámetro de cintura y porcentaje de grasa corporal, se presenta mayor puntaje

que indica una mayor insatisfacción corporal, lo que indica que las personas con mayor IMC, porcentaje de grasa corporal y diámetro de cintura, tienden a estar inconformes con el aspecto físico de su cuerpo, esta insatisfacción de la persona podría traducirse en un mayor grado de frustración y menor calidad de vida (Riveros, et al., 2009). Se resalta entonces la necesidad de observar cómo es que las personas hacen frente a esta relación de variables, ya que la forma de lidiar con la incomodidad que se generan con los niveles elevados de las variables antropométricas mencionadas, pueden en algún momento, guiar o no a la persona a prestar atención y poner en práctica alguna alternativa de solución.

La relación entre el IMC y el área "Tiempo Libre" del InCaViSa (inversamente proporcional), indica que las personas con mayores puntajes en el IMC no perciben a esta variable antropométrica como un obstáculo para desarrollar las actividades recreativas de su interés (Riveros, et al., 2009). En este sentido, es conveniente estudiar las actividades que las personas del estudio desarrollan como recreativas, ya que de ser mayormente de índole sedentarias, donde la actividad física no es relevante, podría generar en la persona una devaluación de la incomodidad de tener un IMC elevado. Esto se puede relacionar con la interpretación que se hace respecto a la percepción corporal, sugiriendo incomodidad por parte de los participantes, sin embargo, una forma de lidiar con dicha incomodidad podría llevar a las personas a un mayor tiempo dedicado a las actividades recreativas, de ser el caso en que éstas no requieran actividad física, incrementa el riesgo de las personas de padecer un IMC elevado, generando a su vez mayor incomodidad corporal, lo que las involucraría en un círculo vicioso.

La relación positiva entre al área "Redes Sociales" y el porcentaje de grasa corporal, tomando en cuenta que las "Redes Sociales" se considera como los recursos humanos con los que cuenta la persona para la resolución de problemas (Riveros, et al., 2009), sugiere que las personas con mayor porcentaje de grasa corporal cuentan

con mayores recursos para solucionar las problemáticas de la vida cotidiana, en este sentido, la exploración de las problemáticas, así como el apoyo interpersonal recibido, requiere de un estudio particular, ya que estos datos sugieren que las personas hacen uso de sus relaciones interpersonales de tal forma que se incrementa el porcentaje de grasa corporal, este apoyo social que pueden estar recibiendo podría incluir conductas o actitudes que brinden reforzadores secundarios respecto a tener elevado porcentaje de grasa corporal. Los hallazgos en tiempo libre y redes sociales, denotan lo complejo de la relación de dichas variables con el estado de salud.

La relación positiva entre el indicador "Percepción de Salud" de la prueba "Funcionamiento de Salud", con el diámetro de la cintura, indica que las personas cuyo diámetro de cintura es mayor, se encuentran más insatisfechas respecto a su estado de salud, esto se relaciona con las variables antes mencionadas, resaltando nuevamente la incomodidad que presentan las personas con puntajes más elevados en factores antropométricos de riesgo para la salud. Se resalta aquí nuevamente la necesidad de indagar al respecto de las acciones que llevan a las personas con dichas elevaciones en mediciones antropómetricas a continuar con dichos parámetros y no poner en marcha acciones de solución.

Los resultados significativos de la muestra de bachillerato, arrojarón relaciones entre el factor "Respuesta a la Enfermedad" de la prueba, factor cuyas sub áreas no tuvieron una confiabilidad aceptable, de forma general obtuvo una confiabilidad regular que debe seguirse investigando, y "Funcionamiento de Salud" con la variable antropométrica glucosa, dato que con las reservas de lo explicado previamente respecto a las pruebas "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial", sugiere que las personas con mayores niveles de glucosa tienden a buscar la ayuda de especialistas y de relaciones interpersonales para la solución de los conflictos que les puedan generar respecto a su salud. El dato que resalta la importancia de tomar con cautela los datos de dichas pruebas psicológicas es el que encuentra relación entre el

nivel de glucosa y los hábitos de salud, esto debido a que, de acuerdo con la composición de reactivos, este factor evalúa hábitos negativos en su mayoría, por lo que una relación negativa como la que resulta del análisis, implicaría que a mayor niveles de hábitos (de carácter negativo por las características de la prueba), serían menores los niveles de glucosa en sangre, es decir, mientras mayor consumo de drogas, alcohol, comida chatarra (aspectos evaluados en la prueba) menores serían los niveles de glucosa, esto no corresponde con lo hasta ahora relacionado con los incrementos en niveles de azucar (Asociación Mexicana de Diabetes, 1989), por lo que es conveniente reestructurar el instrumento y corroborar dicha relación, ya que de los instrumentos empleados fue el que mostró valores más débiles de consistencia interna. Así como extender las exploración respecto a los hábitos reportados por los participantes, descartando la participación de variables como los ayunos prolongados, y algunos desajustes metabólicos que se pudieran estar relacionando con los niveles de glucosa obtenidos.

Otras de las relaciones que puntuaron de forma negativa, aunque de forma esperable, fueron los factores de "Creencias de Salud", "Apoyo Social" y "Afrontamiento", con el IMC las dos primeras y con el porcentaje de grasa corporal la última. De esta manera, se puede suponer que las actitudes positivas, autocontrol y autoeficacia respecto de la salud relacionan inversamente con el IMC, al igual que las conductas de autocontrol y la solución de problemas, respecto al porcentaje de grasa. Estos datos significarían que las actividades que llevan a una percepción de autoeficacia ("Creencias de Salud") y el autocontrol ("Afrontamiento") llevarían a las personas a disminuir el riesgo de padecer enfermedades crónico – degenerativas.

Finalmente el factor "Salud Psicológica" que evalúa principalmente sintomatología de ansiedad y depresión, puntuó positivamente con el porcentaje de grasa corporal, lo cual plantea la posibilidad que las personas inmersas en altos niveles de de ansiedad y depresión, posiblemente incrementan el consumo de

alimentos ricos en grasa como acción para contrarrestar los efectos de dichas sintomatologías, resaltándose aquí la necesidad de dotar de estrategias de afrontamiento a las personas para que sobrepasen efectos colaterales de las situaciones que los hacen dispuestos a ser ansiosos o depresivos (González Barranco, 2004).

A partir de los resultados se ponen de manifiesto dos grandes necesidades, en primer lugar, la creación de un instrumento, basado en evidencias, que permita identificar a las personas de acuerdo con el riesgo que cotidianamente enfrentan respecto a las emociones, cogniciones y conductas que incrementan el riesgo de desarrollar y padecer las enfermedades crónico – degenerativas, así como mejorar la comprensión de comportamientosque aunque puedan resultar social o perceptualmente satisfactorios, sean nocivos al mantenimiento de un estado de salud. Es necesario que se dirija a edades más tempranas en particular a aquellas previas al desarrollo natural de enfermedades de tipo metabólico, debido a que brindaría la oportunidad de desarrollar estrategias de intervención primaria para las personas en alto riesgo. Las estrategias de solución preventivas de los padecimientos crónicos – degenerativos (Leavell y Clark, 1965), permiten la protección de la salud de la población, además del mejor manejo de los recursos que se destinan a la salud (Secretaría de Salud, 2007).

De acuerdo con los resultados de confiabilidad y la composición factorial de las pruebas “Funcionamiento de Salud” y “Funcionamiento Psicosocial”, se puede considerar a dicho instrumento como confiable, sin embargo, las modificaciones que le fueron realizadas en la presente investigación en la composición factorial, resaltan la necesidad de adecuar el instrumento para la población que fue investigada, ya que algunas de las preguntas no son aplicables a las condiciones de vida de la mayoría de las personas en esos rangos de edad (p. ej. Algún hijo se fue de la casa). La importancia de este instrumento para la investigación recaía en la posibilidad de evaluar los

hábitos de salud de los participantes, y así poder comparar la información arrojada por estas preguntas con las mediciones antropométricas como indicadores de salud, sin embargo, el análisis de confiabilidad indicó que este apartado de la prueba no tenía la suficiente confiabilidad, por lo que al hacer los procedimientos necesarios para observar la composición factorial, se obtuvo como respuesta la necesidad de eliminar reactivos que restaban confiabilidad a dicho factor. La composición factorial final, muestra una carga débil a evaluar hábitos de índole negativa (p. ej. ¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros? ¿Usar drogas? ¿Abusar de la sal en la comida? ¿Ingerir comida chatarra? etc.), por lo que, se requiere de realizar un ajuste que permita evaluar tanto los hábitos positivos como los negativos en la misma proporción, lo que permitiría tener un mayor acercamiento al comportamiento reportado de los participantes, dando así, una mayor validez al momento de comparar los datos con las mediciones antropométricas.

Esto denota la necesidad de la adaptación o creación de un instrumento desarrollado para la población que incluya situaciones que la mayoría de las personas de ese grupo etario tienen en su vida cotidiana respecto a las actitudes, conductas y pensamientos de la salud.

Los datos antropométricos de la muestra, permitieron conocer el estado de salud que tenían al momento de la evaluación, esto respecto a los indicadores de salud y riesgo para enfermedades crónico degenerativas.

Al momento de determinar si existían diferencias significativas entre los grupos al respecto de los datos antropométricos, se observó una diferencia significativa entre el peso y el porcentaje de grasa corporal, dependiendo del nivel educativo. Los participantes del nivel bachillerato tienen un mayor peso corporal que los estudiantes de nivel licenciatura. Por su parte, porcentaje de grasa corporal, se comportó de forma inversa, en esta variable en particular, es importante resaltar la composición en cuanto al género de la muestra, ya que a nivel licenciatura estuvo

compuesta por mujeres en su mayoría, es esperable un mayor porcentaje en ellas (Salas - Salvadó, Rubio, Barbany, & Moreno, 2007). Los hombres tienden a estar más pesados y las mujeres a tener un mayor porcentaje de grasa corporal (tomando como reserva la composición de la muestra respecto al género), no obstante a las diferencias de género, estas variables resaltan el mayor riesgo que corren las mujeres de padecer enfermedades crónico – degenerativas por el índice de cintura, concordando con los datos presentados por la Secretaría de Salud, que indican que las mujeres son las personas más susceptibles a dichos padecimientos (Secretaría de Salud, 2007).

Esto indica que los alumnos de bachillerato, en particular las mujeres, se encuentran en mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónico – degenerativas, ya que la variable de peso se encuentra asociada a muchos de estos padecimientos (diabetes mellitus, hipertensión arterial, síndrome metabólico) (Secretaría de Gobernación, 2009; Secretaría de Salud, 2007; Secretaría de Salud del Distrito Federal; WHO, Global Database on Body Mass Index, 2011).

Limitaciones y sugerencias

En el presente estudio se pudo explorar variables antropométricas con relación a aspectos psicológicos, una recomendación importante es el desarrollo de un instrumento sensible y confiable para poder evaluar diversos aspectos relacionados con la salud de la población en edad formativa, tomando en cuenta las etapas, situaciones y carácterísticas particulares de este grupo etario, lográndose así, mayor confiabilidad respecto a las variaciones realizadas. Esto debido a que se encontraron discrepancias en cuanto a la composición factorial, los aspectos evaluados, y la validez, resaltando así la necesidad de un estudio particular para la detección de las variables involucradas que tuviesen la validez constructo necesaria.

Por otra parte, los resultados de las mediciones antrópometricas podrían ser complementadas con estudios de gabinete, por ejemplo, la hemoglobina glucosilada y los niveles de colesterol, para asi complementar los datos antropométricos y evitar de una forma más certera que los denominados "falsos positivos" intervengan en los resultados, situación a la que en la presente se estuvo expuesta, ya que, el glucómetro seleccionado elimina factores como mal uso de las tiras reactivas, poca cantidad de sangre, entre otros factores, evitando dar estos falsos positivos, empero, se tuvo que confiar en que los participantes tuvieran las dos horas de ayuno que se les solicitaba para la medición de glucosa, sin embargo, no hay forma de garantizar que este tiempo se cumpliera, por lo que los datos de estudios de gabinete podrían incrementar la certeza de los datos antropométricos y elevar la validez interna del estudio. Por otra parte, si bien las condiciones de participación voluntaria no permitieron una participación amplia, homogénea y aleatoria de la población sería importante buscar estas condiciones en posteriores estudios para evitar la posibilidad de errores de muestreo que oscurezcan la situación real de los participantes de los niveles estudiados.

Se sugiere realizar estudios contemplando las anotaciones anteriores buscando confirmar los datos que el presente estudio, de esta manera se fundamentarían con mayor fuerza las premisas planteadas para la detección de necesidades de intervención, desarrollando métodos cada vez más eficaces y precisos para intervenir de manera preventiva en población clínicamente sana pero con riesgo potencial de desarrollar enfermedades crónico – degenerativas por su exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo presentes en el ambiente.

Las implicaciones de este estudio recaen sobretodo, en la generación de una función discriminante para detectar a las personas que, sin estar en riesgo clínico respecto de los niveles de las variables antropométricas, son mayormente susceptibles presentar conductas de riesgo, que a corto y mediano plazo

desencadenarán padecimientos crónico – degenerativos (Secretaría de Salud, 2007). Esta función discriminate, permite clasificar a las personas de acuerdo con el riesgo que conlleva el comportamiento de las variables psicológicas en ellas, es decir, la función permite hacer una detección de necesidades oportuna para implementar estrategias de intervención primaria evitando o retrasando el desarrollo de las enfermedades crónico – degenerativas.

Bibliografía

Acuña, T.E., & Alemán, G.T. (2004). *Relación entre las Creencias y Actitudes de Salud y el uso del Sector Salud en la Población Metropolitana. Psicologia de la Salud.* México: Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Álvarez, C. O. (octubre de 2005). Residencia en Medicina Conductual. *Tesis de Maestría* . México D. F.: Faculta de Psicología U.N.A.M.

Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud.* Madrid: Piramide.

Arredondo, A. (1992). Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud - Enfermedad. *Cuadernos Saúde Pública.* , 254 - 261.

Asociación Mexicana de Diabetes. (1989). *Síntomas y factores de riesgo de la Diabetes*. Recuperado el 22 de septiembre de 2011, de Asociación Mexicana de Diabetes:
http://www.amdiabetes.org/sintomas_y_factores_de_riesgo_de_diabetes.php

Ayela, P. M. (2009). *Obesidad: Problemas y Soluciones.* España: EDUCA, pag. 13 - 18.

Calderón, C., Balagué, L., Cortada, J. M., & Sánchez, Á. (2011). Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitativa study involving both physicians and patients. *BMC Health Servicas Research* .

Calvo, B. S. (1992). *Educación para la Salud en la Escuela .* Madrid, España: Días de Santos S.A.

Coca, A., Aranda, P., & Rendón, J. (2009). *Manejo del Paciente Hipertenso en la Práctica Clínica.* España: Editorial Médica Panamericana.

Colunga - Rodríguez, C., García de Alba, J., Salazar - Estrada, J., & Ángel - González, M. (2008). Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara. México. 2005. *Revista Salud Pública* , 137 - 149.

Cordova-Villalobos, J. Á., Birriguete-Melendez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hérnandez-Ávila, M., y otros. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública Mexicana* .

Craig, G. J., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico* (Octava Edición ed.). México: PEARSON Educación.

Crepaldi, G., & Maggi, S. (2006). El Síndrome Metabólico: Contexto Histórico. *DiabetesVoice* .

Cruz, V. Y., & Luis, T., M. (2008). Psicología de la Salud: Hábitos Negativos de Salud y Satisfacción de vida. *Tesis de Licenciatura* . Tlalnepantla, Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, U. N. A. M.

García-Llana, H., Rodríguez, D. B., & De Cos Blanco, A. (2010). Motivación y Adhesión a Tratamientos. Abordaje Integral en la Consulta Hospitalaria de Obesidad. *Revista Española de Obesidad* , 97 - 92.

Gómez, M. M., (2003). *Psicología de la Salud, Estrés de Vida, Creencias y Actitudes Saludables.* México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

González, B. J. (2004). *Obesidad.* México: McGraw Hill.

Granados, A. M., & Núñez, T. M. (2006). Creencias de Salud y Hábitos Positivos. *Tesis de Licenciatura* . Tlalnepantla, Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, U. N. A. M.

Grupo WHOQOL. (1995). La evaluación sobre calidad de vida. *Organización Mundial de la Salud (WHOQOL)* .

Gutiérrez, R. E. (2006). *Los Hábitos Positivos y Negativos de la Salud y su Relación con la Salud Total desde una Perspectiva de la Psicología de la Salud.* México: Tesis de Licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

Harmer, B. (1970). *Tratado de Enfermería Teórica y Práctica.* México: Fournier.

Hart, T. A. (2010). The Role of Cognitive - Behavioral Therapy in Behavioral Medicine: Introduction to the Special Issue. *Journal of Cognitive Psuychotherapy , 2* (4).

Heiby, E. M., Lukens, C. L., & Frank, M. R. (2005). The Health Compliance Model II. *The Behavior Analyst Today , 6* (1), 27 - 42.

Hricik, D., Wright, J., & Smith, M. (2003). *Secretos de la Hipertensión Arterial.* España: Elsevier.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). Conteo Nacional de Población y Vivienda .

Kimble, C., Diaz - Loving, R., Hosch, H., Lucker, W., & Zárate, M. (2002). *Psicologia Social de las Americas.* México: PRENTICE HALL .

Laliberte, M., McCabe, R., & Taylor, V. (2009). *The Cognitive Behavioral Workbook for Weight Management.* Estados Unidos de America: New Harbinger Publications.

Leavell, H., & Clark, E. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community: An epidemiological approach.* New York: McGraw Hill.

Lucio Gómez-Maqueo, E., Barcelata, E.B., & Durán, P. C. (2010). *Inventario Autodescriptivo del Adolescente.* México D. F.: Manual Moderno.

Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de Conducta; Qué es y cómo aplicarla* (Octava Edición ed.). Madrid, España.

Massó, T., & Escobar Jímenez, F. (2009). *La Diabetes Mellitus en la Práctica Clínica.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Medica Panamericana.

Matarazzo. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontier for a New Health Psychology. American Psychologist.

Michel, G., Bisegger, C., Fuhr, D., & Abel, T. (2009). Age and Gender Differences in Health - Related Quality of Life of Children and Adolescents in Europe: a multilevel analysis. *Qual Life Res* .

Molerio, P. O., & Pérez de Armas, A. (2003). Importancia del Diagnóstico Certero de la Hipertensión Esencial: La Hipertensión de Bata Blanca. *Revista cubana de Medicina* .

Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo - Conductuales; Un enfoque basado en problemas.* México: Manual Moderno.

Oblitas, G. L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida* (Tercera edición ed.). México Distrito Federal: CENGAGE Learning.

Organización Mundial de la Salud. (marzo de 2011). *Centro de Prensa*. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html

Organización Mundial de la Salud. (octubre de 2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 26 de 08 de 2011, de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)*. Recuperado el 09 de 08 de 2011, de Organización Mundial de la Salud: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP.htm

Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y para qué. *Universitas Psychologica* , 669 - 679.

Quevedo, K., & Hernandovna, P. (2008). *Los Motivos de Deserción de la Psicoterapia en Pacientes Atendidos en un Centro Comunitario de Apoyo Psicológico.* México: Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

Ramírez, E. M., Vaquero C., J. E., Cortés V., E., & Arriaga A., Y. (2003). Evaluación de Requerimientos de Salud Integral en Población Mexicana. *Psicología y Ciencia Social* , 68 - 75.

Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. (2002). Risky Families: Family Social Enviroments and Mental and Pshysical Health of Offspring. *Psychological Bulletin* , 330 - 366.

Riveros, R. A. (2007). *Valoración Integral y Factores de Cambio en la Hipertensión Arterial Reactiva.* México: Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM.

Riveros, R. A., Sánchez - Sosa, J. J., & Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).* México: Manual Moderno.

Robert, B. T. (2006). *Family Medicine: Principles and Practice.* Barcelona: Masson.

Rodilla, E., González, C., Costa, J., & Pascual, J. M. (2007). Nueva Definición del Síndrome Metabólico: ¿Mismo riesgo cardiovascular? *Revista Clínica Especializada* , 69 - 74.

Salas - Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., & Moreno, B. (2007). COnsenso SEEDO 2007 para la evaluación del Sobrepeso y la Obesidad y el establecimiento de criterios de intervenvión terapéutica. *Medicina Clínica Barcelona* , 184 - 196.

Salas, C. C., & Álvarez, A. L. (2004). *Educación para la salud* (Segunda Edición ed.). México: Pearson México.

Sánchez - Sosa, J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of Disease and Illness; Maintenance of Health. *]Encyclopedia of Life Support System (EOLSS)* .

Sánchez - Sosa, J. J., & Gonzáles - Celis, A. (2006). Evaluación de la Calidad de Vida desde la Perspectiva Psicológica. En V. E. Caballo, *Manual para la evaluación clínicade los trastornos psicológicos* (págs. 473 - 492). Madrid: Psicología Piramide.

Sánchez - Sosa, J. J., Cázeres Robles, Ó., Piña López, J. A., & Dávila Tapia, M. (2009). Un Modelo Psicológico en los comportamientos de Adhesión Terapéutica en Personas con VIH. *Salud Mental* , 389 - 397.

Sawatzky, R., Ratner, P., Johnson , J., Kopec, J., & Zumbo, B. (2010). Self - reported Pshycal and Mental Health Status and Quality of Life in Adolescents: a latent variable mediation model. *Healt and Quality of Life Outcomes* .

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. *Ciencia y Enfermería* , 9 - 21.

Secretaría de Gobernación. (04 de agosto de 2010). *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado el 20 de octubre de 2011, de Secretaría de Gobernación: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

Secretaría de Gobernación. (24 de noviembre de 2009). *NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.* Recuperado el 22 de noviembre de 2011, de Secretaría de Gobernación: http://www.dof.gob.mx/documentos/4062/salud/salud.htm

Secretaría de Salud del Distrito Federal. (s.f.). *Esquema de Atención Integral para Enfermedades no Transmisibles*. Recuperado el 08 de septiembre de 2011, de Secretaría de Salud del Distrito Federal: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=160&Itemid=266

Secretaría de Salud. (2000). *Encuesta Nacional de Salud.* México.

Secretaria de Salud. (2006). *Encuesta Nacional de Salud por Entidad Federativa.* México.

Secretaría de Salud. (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.* México.

Secretaría de Salud. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007 - 2012.* México.

Snyder, A., Martínez, J., Bay, C., Parsons, J., Savers, E., & Valovich, T. (2010). Health - Related Quality of Life Differs Between Adolescents Athletes and Adolescents Nonathletes. *Journal of Sport Rehabilitation* .

Villalonga - Olives, E., Rojas - Ferreas, S., Vilagut, G., Palacio - Vieira, J. A., Valderas, J. M., Herdman, M., y otros. (2010). Impact of Recent Life Events on the Health related Quality of Life of Adolescents and Youths: The Role of Gender and life events typologies in a follow - up study. *Health and Quality of Life Outcomes* .

Virgen, A. L. (2009). El Significado Psicológico de la Salud, Enfermedad, Mujer y Hombre en Personas con Hipertensión Arterial. *Tesis de Licenciatura* . México D. F.: Facultad de Psiclogía, U. N. A. M.

WHO. (2011). *Global Database on Body Mass Index*. Recuperado el 14 de julio de 2011, de World Health Organization: http://apps.who.int/bmi/index.jsp

WHO. (s.f.). *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado el abril de 2011, de World Health Organization: http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/FESP.htm

World Health Organization. (2005). Evite los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares. Francia.

World Health Organization. (27 de abril de 2006). *Programmes and Projects*. Recuperado el 14 de octubre de 2011, de World Health Organization: http://www.who.int/nutrition/media_page/en/

Zurro, M., & Cano Pérez, J. (2005). *Compendio de Atención Primaria: Conceptos, Organización y Práctica Clínica* (Segunda edcición ed.). España: Elsevier.

ADENDA

Tablas para cálculo de IMC para menores de 19 años

Consentimiento Informado

Análisis Factorial de la prueba "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial"

Simplified field tables

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
5: 1	61	13.1	14.0	15.3	16.7	18.1
5: 2	62	13.1	14.0	15.3	16.7	18.1
5: 3	63	13.1	14.0	15.3	16.7	18.1
5: 4	64	13.1	14.0	15.3	16.7	18.1
5: 5	65	13.1	14.0	15.3	16.7	18.1
5: 6	66	13.1	14.0	15.3	16.7	18.1
5: 7	67	13.1	14.0	15.3	16.7	18.2
5: 8	68	13.1	14.0	15.3	16.8	18.2
5: 9	69	13.1	14.0	15.3	16.8	18.2
5: 10	70	13.1	14.0	15.3	16.8	18.2
5: 11	71	13.2	14.0	15.3	16.8	18.3
6: 0	72	13.2	14.0	15.3	16.8	18.3
6: 1	73	13.2	14.0	15.3	16.8	18.3
6: 2	74	13.2	14.1	15.3	16.9	18.4
6: 3	75	13.2	14.1	15.3	16.9	18.4
6: 4	76	13.2	14.1	15.4	16.9	18.4
6: 5	77	13.2	14.1	15.4	16.9	18.5
6: 6	78	13.2	14.1	15.4	16.9	18.5
6: 7	79	13.2	14.1	15.4	17.0	18.5
6: 8	80	13.2	14.1	15.4	17.0	18.6
6: 9	81	13.2	14.1	15.4	17.0	18.6
6: 10	82	13.2	14.1	15.4	17.1	18.7
6: 11	83	13.3	14.2	15.5	17.1	18.7
7: 0	84	13.3	14.2	15.5	17.1	18.8
7: 1	85	13.3	14.2	15.5	17.1	18.8
7: 2	86	13.3	14.2	15.5	17.2	18.8
7: 3	87	13.3	14.2	15.5	17.2	18.9
7: 4	88	13.3	14.2	15.6	17.2	18.9
7: 5	89	13.3	14.2	15.6	17.3	19.0
7: 6	90	13.3	14.3	15.6	17.3	19.0

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
7: 7	91	13.4	14.3	15.6	17.3	19.1
7: 8	92	13.4	14.3	15.6	17.4	19.2
7: 9	93	13.4	14.3	15.7	17.4	19.2
7: 10	94	13.4	14.3	15.7	17.4	19.3
7: 11	95	13.4	14.3	15.7	17.5	19.3
8: 0	96	13.4	14.4	15.7	17.5	19.4
8: 1	97	13.4	14.4	15.8	17.5	19.4
8: 2	98	13.5	14.4	15.8	17.6	19.5
8: 3	99	13.5	14.4	15.8	17.6	19.5
8: 4	100	13.5	14.4	15.8	17.7	19.6
8: 5	101	13.5	14.4	15.9	17.7	19.7
8: 6	102	13.5	14.5	15.9	17.7	19.7
8: 7	103	13.5	14.5	15.9	17.8	19.8
8: 8	104	13.5	14.5	15.9	17.8	19.9
8: 9	105	13.6	14.5	16.0	17.9	19.9
8: 10	106	13.6	14.5	16.0	17.9	20.0
8: 11	107	13.6	14.6	16.0	17.9	20.0
9: 0	108	13.6	14.6	16.0	18.0	20.1
9: 1	109	13.6	14.6	16.1	18.0	20.2
9: 2	110	13.7	14.6	16.1	18.1	20.2
9: 3	111	13.7	14.6	16.1	18.1	20.3
9: 4	112	13.7	14.7	16.2	18.2	20.4
9: 5	113	13.7	14.7	16.2	18.2	20.5
9: 6	114	13.7	14.7	16.2	18.3	20.5
9: 7	115	13.8	14.7	16.3	18.3	20.6
9: 8	116	13.8	14.8	16.3	18.4	20.7
9: 9	117	13.8	14.8	16.3	18.4	20.8
9: 10	118	13.8	14.8	16.4	18.5	20.8
9: 11	119	13.8	14.8	16.4	18.5	20.9
10: 0	120	13.9	14.9	16.4	18.6	21.0

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
10: 1	121	13.9	14.9	16.5	18.6	21.1
10: 2	122	13.9	14.9	16.5	18.7	21.1
10: 3	123	13.9	15.0	16.6	18.7	21.2
10: 4	124	14.0	15.0	16.6	18.8	21.3
10: 5	125	14.0	15.0	16.6	18.8	21.4
10: 6	126	14.0	15.1	16.7	18.9	21.5
10: 7	127	14.0	15.1	16.7	19.0	21.6
10: 8	128	14.1	15.1	16.8	19.0	21.6
10: 9	129	14.1	15.2	16.8	19.1	21.7
10: 10	130	14.1	15.2	16.9	19.1	21.8
10: 11	131	14.2	15.2	16.9	19.2	21.9
11: 0	132	14.2	15.3	16.9	19.3	22.0
11: 1	133	14.2	15.3	17.0	19.3	22.1
11: 2	134	14.3	15.3	17.0	19.4	22.2
11: 3	135	14.3	15.4	17.1	19.4	22.2
11: 4	136	14.3	15.4	17.1	19.5	22.3
11: 5	137	14.4	15.4	17.2	19.6	22.4
11: 6	138	14.4	15.5	17.2	19.6	22.5
11: 7	139	14.4	15.5	17.3	19.7	22.6
11: 8	140	14.5	15.6	17.3	19.8	22.7
11: 9	141	14.5	15.6	17.4	19.8	22.8
11: 10	142	14.5	15.6	17.4	19.9	22.9
11: 11	143	14.6	15.7	17.5	20.0	23.0
12: 0	144	14.6	15.7	17.5	20.1	23.1
12: 1	145	14.6	15.8	17.6	20.1	23.1
12: 2	146	14.7	15.8	17.6	20.2	23.2
12: 3	147	14.7	15.9	17.7	20.3	23.3
12: 4	148	14.8	15.9	17.8	20.3	23.4
12: 5	149	14.8	16.0	17.8	20.4	23.5
12: 6	150	14.8	16.0	17.9	20.5	23.6

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
12: 7	151	14.9	16.1	17.9	20.6	23.7
12: 8	152	14.9	16.1	18.0	20.6	23.8
12: 9	153	15.0	16.2	18.0	20.7	23.9
12: 10	154	15.0	16.2	18.1	20.8	24.0
12: 11	155	15.0	16.3	18.2	20.9	24.1
13: 0	156	15.1	16.3	18.2	20.9	24.2
13: 1	157	15.1	16.4	18.3	21.0	24.3
13: 2	158	15.2	16.4	18.4	21.1	24.4
13: 3	159	15.2	16.5	18.4	21.2	24.5
13: 4	160	15.3	16.5	18.5	21.3	24.6
13: 5	161	15.3	16.6	18.6	21.3	24.7
13: 6	162	15.4	16.6	18.6	21.4	24.8
13: 7	163	15.4	16.7	18.7	21.5	24.9
13: 8	164	15.5	16.7	18.7	21.6	24.9
13: 9	165	15.5	16.8	18.8	21.7	25.0
13: 10	166	15.5	16.8	18.9	21.7	25.1
13: 11	167	15.6	16.9	18.9	21.8	25.2
14: 0	168	15.6	16.9	19.0	21.9	25.3
14: 1	169	15.7	17.0	19.1	22.0	25.4
14: 2	170	15.7	17.0	19.1	22.0	25.5
14: 3	171	15.8	17.1	19.2	22.1	25.6
14: 4	172	15.8	17.2	19.3	22.2	25.7
14: 5	173	15.9	17.2	19.3	22.3	25.8
14: 6	174	15.9	17.3	19.4	22.4	25.8
14: 7	175	16.0	17.3	19.5	22.4	25.9
14: 8	176	16.0	17.4	19.5	22.5	26.0
14: 9	177	16.1	17.4	19.6	22.6	26.1
14: 10	178	16.1	17.5	19.6	22.7	26.2
14: 11	179	16.1	17.5	19.7	22.7	26.3
15: 0	180	16.2	17.6	19.8	22.8	26.4

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
15: 1	181	16.2	17.6	19.8	22.9	26.4
15: 2	182	16.3	17.7	19.9	23.0	26.5
15: 3	183	16.3	17.7	20.0	23.0	26.6
15: 4	184	16.4	17.8	20.0	23.1	26.7
15: 5	185	16.4	17.8	20.1	23.2	26.7
15: 6	186	16.4	17.9	20.1	23.2	26.8
15: 7	187	16.5	17.9	20.2	23.3	26.9
15: 8	188	16.5	18.0	20.3	23.4	27.0
15: 9	189	16.6	18.0	20.3	23.5	27.0
15: 10	190	16.6	18.1	20.4	23.5	27.1
15: 11	191	16.7	18.1	20.4	23.6	27.2
16: 0	192	16.7	18.2	20.5	23.7	27.3
16: 1	193	16.7	18.2	20.6	23.7	27.3
16: 2	194	16.8	18.3	20.6	23.8	27.4
16: 3	195	16.8	18.3	20.7	23.9	27.5
16: 4	196	16.8	18.4	20.7	23.9	27.5
16: 5	197	16.9	18.4	20.8	24.0	27.6
16: 6	198	16.9	18.5	20.8	24.0	27.7
16: 7	199	17.0	18.5	20.9	24.1	27.7
16: 8	200	17.0	18.5	20.9	24.2	27.8
16: 9	201	17.0	18.6	21.0	24.2	27.8
16: 10	202	17.1	18.6	21.0	24.3	27.9
16: 11	203	17.1	18.7	21.1	24.3	28.0
17: 0	204	17.1	18.7	21.1	24.4	28.0
17: 1	205	17.2	18.7	21.2	24.5	28.1
17: 2	206	17.2	18.8	21.2	24.5	28.1
17: 3	207	17.2	18.8	21.3	24.6	28.2
17: 4	208	17.3	18.9	21.3	24.6	28.2
17: 5	209	17.3	18.9	21.4	24.7	28.3
17: 6	210	17.3	18.9	21.4	24.7	28.4

BMI-for-age BOYS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
17: 7	211	17.4	19.0	21.5	24.8	28.4
17: 8	212	17.4	19.0	21.5	24.8	28.5
17: 9	213	17.4	19.1	21.6	24.9	28.5
17: 10	214	17.4	19.1	21.6	24.9	28.6
17: 11	215	17.5	19.1	21.7	25.0	28.6
18: 0	216	17.5	19.2	21.7	25.0	28.6
18: 1	217	17.5	19.2	21.8	25.1	28.7
18: 2	218	17.5	19.2	21.8	25.1	28.7
18: 3	219	17.6	19.3	21.8	25.2	28.8
18: 4	220	17.6	19.3	21.9	25.2	28.8
18: 5	221	17.6	19.3	21.9	25.3	28.9
18: 6	222	17.6	19.4	22.0	25.3	28.9
18: 7	223	17.7	19.4	22.0	25.4	29.0
18: 8	224	17.7	19.4	22.0	25.4	29.0
18: 9	225	17.7	19.5	22.1	25.5	29.0
18: 10	226	17.7	19.5	22.1	25.5	29.1
18: 11	227	17.8	19.5	22.2	25.5	29.1
19: 0	228	17.8	19.5	22.2	25.6	29.1

2007 WHO Reference

Simplified field tables

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
5: 1	61	12.9	13.8	15.2	16.9	18.6
5: 2	62	12.9	13.8	15.2	16.9	18.6
5: 3	63	12.9	13.8	15.2	17.0	18.7
5: 4	64	12.9	13.8	15.2	17.0	18.7
5: 5	65	12.9	13.8	15.2	17.0	18.7
5: 6	66	12.8	13.8	15.2	17.0	18.7
5: 7	67	12.8	13.8	15.2	17.0	18.8
5: 8	68	12.8	13.8	15.3	17.0	18.8
5: 9	69	12.8	13.8	15.3	17.0	18.8
5: 10	70	12.8	13.8	15.3	17.0	18.9
5: 11	71	12.8	13.8	15.3	17.1	18.9
6: 0	72	12.8	13.8	15.3	17.1	18.9
6: 1	73	12.8	13.8	15.3	17.1	19.0
6: 2	74	12.8	13.8	15.3	17.1	19.0
6: 3	75	12.8	13.8	15.3	17.1	19.0
6: 4	76	12.8	13.8	15.3	17.2	19.1
6: 5	77	12.8	13.8	15.3	17.2	19.1
6: 6	78	12.8	13.8	15.3	17.2	19.2
6: 7	79	12.8	13.8	15.3	17.2	19.2
6: 8	80	12.8	13.8	15.3	17.3	19.3
6: 9	81	12.8	13.9	15.4	17.3	19.3
6: 10	82	12.9	13.9	15.4	17.3	19.3
6: 11	83	12.9	13.9	15.4	17.3	19.4
7: 0	84	12.9	13.9	15.4	17.4	19.4
7: 1	85	12.9	13.9	15.4	17.4	19.5
7: 2	86	12.9	13.9	15.4	17.4	19.6
7: 3	87	12.9	13.9	15.5	17.5	19.6
7: 4	88	12.9	13.9	15.5	17.5	19.7
7: 5	89	12.9	13.9	15.5	17.5	19.7
7: 6	90	12.9	14.0	15.5	17.6	19.8

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
7: 7	91	12.9	14.0	15.5	17.6	19.8
7: 8	92	13.0	14.0	15.6	17.6	19.9
7: 9	93	13.0	14.0	15.6	17.7	20.0
7: 10	94	13.0	14.0	15.6	17.7	20.0
7: 11	95	13.0	14.0	15.7	17.8	20.1
8: 0	96	13.0	14.1	15.7	17.8	20.2
8: 1	97	13.0	14.1	15.7	17.9	20.2
8: 2	98	13.1	14.1	15.7	17.9	20.3
8: 3	99	13.1	14.1	15.8	18.0	20.4
8: 4	100	13.1	14.2	15.8	18.0	20.4
8: 5	101	13.1	14.2	15.8	18.1	20.5
8: 6	102	13.1	14.2	15.9	18.1	20.6
8: 7	103	13.2	14.2	15.9	18.2	20.7
8: 8	104	13.2	14.3	15.9	18.2	20.7
8: 9	105	13.2	14.3	16.0	18.3	20.8
8: 10	106	13.2	14.3	16.0	18.3	20.9
8: 11	107	13.3	14.4	16.1	18.4	21.0
9: 0	108	13.3	14.4	16.1	18.4	21.1
9: 1	109	13.3	14.4	16.1	18.5	21.1
9: 2	110	13.3	14.4	16.2	18.5	21.2
9: 3	111	13.4	14.5	16.2	18.6	21.3
9: 4	112	13.4	14.5	16.3	18.7	21.4
9: 5	113	13.4	14.5	16.3	18.7	21.5
9: 6	114	13.4	14.6	16.3	18.8	21.6
9: 7	115	13.5	14.6	16.4	18.8	21.6
9: 8	116	13.5	14.6	16.4	18.9	21.7
9: 9	117	13.5	14.7	16.5	18.9	21.8
9: 10	118	13.6	14.7	16.5	19.0	21.9
9: 11	119	13.6	14.7	16.6	19.1	22.0
10: 0	120	13.6	14.8	16.6	19.1	22.1

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
10: 1	121	13.6	14.8	16.7	19.2	22.2
10: 2	122	13.7	14.9	16.7	19.3	22.2
10: 3	123	13.7	14.9	16.8	19.3	22.3
10: 4	124	13.7	14.9	16.8	19.4	22.4
10: 5	125	13.8	15.0	16.9	19.5	22.5
10: 6	126	13.8	15.0	16.9	19.5	22.6
10: 7	127	13.9	15.1	17.0	19.6	22.7
10: 8	128	13.9	15.1	17.0	19.7	22.8
10: 9	129	13.9	15.1	17.1	19.8	22.9
10: 10	130	14.0	15.2	17.1	19.8	23.0
10: 11	131	14.0	15.2	17.2	19.9	23.1
11: 0	132	14.0	15.3	17.2	20.0	23.2
11: 1	133	14.1	15.3	17.3	20.0	23.3
11: 2	134	14.1	15.4	17.4	20.1	23.4
11: 3	135	14.2	15.4	17.4	20.2	23.5
11: 4	136	14.2	15.5	17.5	20.3	23.6
11: 5	137	14.2	15.5	17.5	20.4	23.7
11: 6	138	14.3	15.6	17.6	20.4	23.8
11: 7	139	14.3	15.6	17.7	20.5	23.9
11: 8	140	14.4	15.7	17.7	20.6	24.0
11: 9	141	14.4	15.7	17.8	20.7	24.1
11: 10	142	14.5	15.8	17.9	20.8	24.2
11: 11	143	14.5	15.8	17.9	20.8	24.3
12: 0	144	14.6	15.9	18.0	20.9	24.4
12: 1	145	14.6	15.9	18.1	21.0	24.5
12: 2	146	14.7	16.0	18.1	21.1	24.6
12: 3	147	14.7	16.1	18.2	21.2	24.7
12: 4	148	14.7	16.1	18.3	21.3	24.8
12: 5	149	14.8	16.2	18.3	21.3	24.9
12: 6	150	14.8	16.2	18.4	21.4	25.0

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
12: 7	151	14.9	16.3	18.5	21.5	25.1
12: 8	152	14.9	16.3	18.5	21.6	25.2
12: 9	153	15.0	16.4	18.6	21.7	25.3
12: 10	154	15.0	16.4	18.7	21.8	25.4
12: 11	155	15.1	16.5	18.7	21.8	25.5
13: 0	156	15.1	16.5	18.8	21.9	25.6
13: 1	157	15.2	16.6	18.9	22.0	25.7
13: 2	158	15.2	16.7	18.9	22.1	25.8
13: 3	159	15.3	16.7	19.0	22.2	25.9
13: 4	160	15.3	16.8	19.1	22.3	26.0
13: 5	161	15.3	16.8	19.1	22.3	26.1
13: 6	162	15.4	16.9	19.2	22.4	26.1
13: 7	163	15.4	16.9	19.3	22.5	26.2
13: 8	164	15.5	17.0	19.3	22.6	26.3
13: 9	165	15.5	17.0	19.4	22.6	26.4
13: 10	166	15.6	17.1	19.4	22.7	26.5
13: 11	167	15.6	17.1	19.5	22.8	26.6
14: 0	168	15.6	17.2	19.6	22.9	26.7
14: 1	169	15.7	17.2	19.6	22.9	26.8
14: 2	170	15.7	17.3	19.7	23.0	26.8
14: 3	171	15.8	17.3	19.7	23.1	26.9
14: 4	172	15.8	17.4	19.8	23.2	27.0
14: 5	173	15.8	17.4	19.9	23.2	27.1
14: 6	174	15.9	17.4	19.9	23.3	27.1
14: 7	175	15.9	17.5	20.0	23.4	27.2
14: 8	176	15.9	17.5	20.0	23.4	27.3
14: 9	177	16.0	17.6	20.1	23.5	27.4
14: 10	178	16.0	17.6	20.1	23.5	27.4
14: 11	179	16.0	17.6	20.2	23.6	27.5
15: 0	180	16.1	17.7	20.2	23.7	27.6

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
15: 1	181	16.1	17.7	20.3	23.7	27.6
15: 2	182	16.1	17.8	20.3	23.8	27.7
15: 3	183	16.2	17.8	20.4	23.8	27.7
15: 4	184	16.2	17.8	20.4	23.9	27.8
15: 5	185	16.2	17.9	20.4	23.9	27.9
15: 6	186	16.2	17.9	20.5	24.0	27.9
15: 7	187	16.3	17.9	20.5	24.0	28.0
15: 8	188	16.3	18.0	20.6	24.1	28.0
15: 9	189	16.3	18.0	20.6	24.1	28.1
15: 10	190	16.3	18.0	20.6	24.2	28.1
15: 11	191	16.4	18.0	20.7	24.2	28.2
16: 0	192	16.4	18.1	20.7	24.2	28.2
16: 1	193	16.4	18.1	20.7	24.3	28.2
16: 2	194	16.4	18.1	20.8	24.3	28.3
16: 3	195	16.4	18.1	20.8	24.4	28.3
16: 4	196	16.5	18.2	20.8	24.4	28.4
16: 5	197	16.5	18.2	20.9	24.4	28.4
16: 6	198	16.5	18.2	20.9	24.5	28.4
16: 7	199	16.5	18.2	20.9	24.5	28.5
16: 8	200	16.5	18.3	20.9	24.5	28.5
16: 9	201	16.5	18.3	21.0	24.6	28.5
16: 10	202	16.6	18.3	21.0	24.6	28.6
16: 11	203	16.6	18.3	21.0	24.6	28.6
17: 0	204	16.6	18.3	21.0	24.7	28.6
17: 1	205	16.6	18.3	21.1	24.7	28.6
17: 2	206	16.6	18.4	21.1	24.7	28.7
17: 3	207	16.6	18.4	21.1	24.7	28.7
17: 4	208	16.6	18.4	21.1	24.8	28.7
17: 5	209	16.6	18.4	21.1	24.8	28.7
17: 6	210	16.6	18.4	21.2	24.8	28.8

BMI-for-age GIRLS
5 to 19 years (percentiles)

World Health Organization

Year: Month	Months	3rd	15th	Median	85th	97th
17: 7	211	16.6	18.4	21.2	24.8	28.8
17: 8	212	16.7	18.4	21.2	24.8	28.8
17: 9	213	16.7	18.5	21.2	24.9	28.8
17: 10	214	16.7	18.5	21.2	24.9	28.8
17: 11	215	16.7	18.5	21.2	24.9	28.9
18: 0	216	16.7	18.5	21.3	24.9	28.9
18: 1	217	16.7	18.5	21.3	24.9	28.9
18: 2	218	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 3	219	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 4	220	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 5	221	16.7	18.5	21.3	25.0	28.9
18: 6	222	16.7	18.5	21.3	25.0	29.0
18: 7	223	16.7	18.6	21.4	25.0	29.0
18: 8	224	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
18: 9	225	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
18: 10	226	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
18: 11	227	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0
19: 0	228	16.7	18.6	21.4	25.1	29.0

2007 WHO Reference

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Consentimiento Informado de Participación en Investigación

La Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, sustenta la práctica de protección para participantes en investigación. Le presentamos la siguiente información para que pueda decidir si desea colaborar en el presente estudio, su participación es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo. Aun si accediera a participar, tiene absoluta libertad para dejar el estudio, sin que esto implique algún problema o consecuencia como alumno (a) del plantel educativo al que se encuentra adscrito (a), o de cualquier otra índole.

La investigación tiene por objetivo explorar el estado actual de salud de adolescentes y jóvenes, así como los hábitos del cuidado de la salud que llevan a cabo cotidianamente, con el fin de desarrollar e implementar nuevas formas de diagnóstico, programas preventivos y de atención. Para esto le pediremos conteste una serie de cuestionarios en los que se le preguntaran sus hábitos cotidianos de cuidado de la salud y sus niveles de satisfacción con diversas áreas de su vida. Así mismo se le realizaran una serie de mediciones corporales, las cuales incluyen la toma de presión arterial, diámetro de cintura, composición corporal, estas mediciones son indoloras. También se registra su nivel de glucosa por medio de un glucómetro que requiere de una gota de su sangre extraída por medio de una pequeña punción casi indolora. Todo el material ocupado para estas mediciones será esterilizado antes de ser utilizado con usted y esto se verifica en su presencia.

Su participación en el estudio requiere de dos sesiones de evaluación, en la primera se le proporcionan los cuestionarios para que sean contestados por usted, esta sesión toma una hora aproximadamente. La segunda sesión, donde se le realizan las mediciones corporales, toma alrededor de 30 minutos y será acordada con el investigador previamente, se requiere que tenga un ayuno previo de dos horas y que esté preparado con un pequeño refrigerio para después de esta sesión.

Le reiteramos que su participación es voluntaria y anónima, por lo que solicitamos conteste con la mayor veracidad posible, ya que no existen respuestas buenas ni malas, y sus datos estarán resguardados en todo momento y no serán proporcionados a ninguna persona ajena a la investigación por ningún motivo. Está en completa libertad de abandonar el estudio en cualquier momento. Recuerde que el no participar no tiene consecuencias de ninguna índole para usted. Si tiene alguna duda, por favor pregunte

con toda confianza para que podamos brindarle la orientación adecuada. *De antemano agradecemos su cooperación y lo invitamos a contestar con la verdad.*

A mi, _____ (nombre), se me ha informado sobre todos los aspectos del estudio. Todas mis preguntas al respecto se respondieron a mi entera satisfacción. Acepto participar en esta actividad, sabiendo que puedo retirarme en cualquier momento. Entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden publicarse pero no los de mi participación individual, y que mi participación no podrá identificarse en ninguna forma.

_____	_____
Nombre del Participante o Representante Autorizado	Firma
Genaro Valentín Rojo López	
Investigador	Firma

México D. F. a ____ de octubre de 2011.

Si desea más información o tiene alguna duda sobre este proyecto, por favor comuníquese con Genaro Valentín Rojo López al correo electrónico: psicólogo_valentin@hotmail.com. Sí desea recibir copia de los datos del presente estudio, por favor proporcione los datos solicitados a continuación y le haremos llegar la información tan pronto como nos sea posible.

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Se realizó el análisis de confiabilidad para la prueba "Funcionamiento de Salud" y "Funcionamiento Psicosocial" con el objetivo de obtener la confiabilidad y la composición factorial de la prueba en la población que fue aplicada. Se hizo la depuración correspondiente de reactivos que restaban confiabilidad a las escalas de estas pruebas, finalmente se correlacionaron únicamente las escalas significativas, las cuales se resaltan en la siguiente tabla. Esto se hizo con la finalidad de identificar la funcionalidad de esta prueba para la población estudiada, así como para observar la correlación que existe con los datos antropométricos, que se muestran más adelante en este apartado. La información de confiabilidad se presenta en las siguientes tablas:

Tabla 6.1 Confiabilidad del instrumento "Funcionamiento de salud" en licenciatura

Escala	α	Reactivos
Funcionamiento de Salud		
Hábitos Positivos *	0.54	R17 ¿Beber algún líquido sin cafeína? R18 ¿Caminar a diario con fuerza y energía? R 21 ¿Conocer las calorías que consume en los alimentos? R 23 ¿Desayunar sustanciosamente? R 24 ¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches? R25 ¿Ingerir alimentos nutritivos? R 28 ¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud? R 29 ¿Realizar algún ejercicio con energía? R 32 ¿Usar su cinturón de seguridad? R37 ¿Usar el hilo dental? R38 ¿Usar su cinturón de seguridad?
Hábitos Negativos*	**0.82**	R22 ¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa? R29 ¿Manejar sin respetar el límite de velocidad? R33 ¿Tomar cerveza? R34 ¿Tomar vino, jerez, anís, rompope? R35 ¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros? R36 ¿Usar drogas?

*Estas son sub-escalas de la escala "Respuesta a la enfermedad", se analizan de forma independiente por los objetivos de la investigación

Tabla 6.1 continuación

Escala	α	Reactivos
Funcionamiento de Salud		
Respuesta a la enfermedad	0.59	R2 ¿Acercarse a Dios? R3 ¿Avisarle a sus amigos? R4 ¿Evitar ponerse tenso? R5 ¿Ir a que le hagan curaciones espirituales R6 ¿Ir al doctor o al hospital? R9 ¿Obedecer todas las indicaciones del médico? R10 ¿Pedir el consejo de sus amigos? R11 ¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual? R14 ¿Tomar las medicinas que el médico le recetó?
Historia de salud	0.41	R39 ¿Como ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad? R40 ¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad? R41 ¿Tiene una enfermedad crónica? R42 Si tiene una enfermedad crónica, ¿Qué tanto limita sus actividades?
Uso del sector salud	-0.02	R8 ¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo R 43 ¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo) R44 ¿Pasar la noche en el Hospital para recibir algún tratamiento? (no por embarazo o nacimiento). R45 ¿Recibir un tratamiento en cualquiera de los siguientes lugares; Emergencias, Clínica u Hospital?
Creencias y actitudes	0.56	R50 Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud R51 Es bueno el sistema de salud de mi país R52 Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida R53 Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo R54 Me enfermo muy frecuentemente R55 Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz R56 Siempre confío en los doctores R57 Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones R58 Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud R59 Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud R60 Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad

Tabla 6.1 Continuación

Escala	α	Reactivos
Funcionamiento de Salud		
Creencias y actitudes	0.56	R61 Soy muy bueno para cuidar mi salud
		R62 Soy muy capaz para cuidar mi salud
		R63 Tener buena salud es importante para una vida feliz
		R64 Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades
		R65 Tengo objetivos para conservar mi salud
		R66 Es deficiente el sistema de salud del país
		R67 Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud
		R68 Existen cosas más importantes que la salud
		R69 Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad

Tabla 6.2 Confiabilidad del instrumento "Funcionamiento Psicosocial" en licenciatura

Escala	α	Reactivos
Funcionamiento Psicosocial		
Estrés de vida	0.49	R1 Adquirió una casa nueva
		R2 Algún amigo tuvo problemas serios
		R3 Algún hijo se fue de la casa
		R4 Cambió de casa o departamento
		R5 Cambió de trabajo
		R6 Dejó el trabajo o lo despidieron
		R7 Enfermedad grave de un familiar o amigo
		R8 Muerte de un familiar o amigo
		R9 Nacimiento de un hijo
		R10 Problemas con el jefe o compañeros
		R11 Problemas con la esposa (o) o familiares
		R12 Problemas financieros
		R13 Se cambió de ciudad
		R14 Su hijo (a) empezó o dejó la escuela
		R15 Su hijo (a) tuvo problemas
		R16 Tuvo problemas legales
		R17 Usted sufrió una enfermedad

Tabla 6.2 Continuación

Escala	α	Reactivos
Afrontamiento	**0.79**	R19 Acepto mis sentimientos R20 Mantengo la calma R21 Procuro controlar la situación R22 Trato de conocer mejor la situación R23 Trato de sentirme mejor R24 Trato de solucionar mis problemas
Apoyo social	**0.89**	R25 El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos? R26 ¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro? R27 ¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió? R28 El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos? R29 ¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro? R30 ¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido? R31 El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba? R32 ¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro? R33 ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?
Salud psicológica	**0.91**	R38 ¿Ha perdido interés en las cosas? R39 ¿Piensa mucho en sus fallas? R40 ¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria? R41 ¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado? R43 ¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas? R44 ¿Qué tan fatigado se ha sentido? R46 ¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?

Tabla 6.2 Continuación

Escala	α	Reactivos
Salud psicológica	**0.91**	R47 ¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"? R48 ¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas? R49 ¿Se ha sentido cansado? R50 ¿Se ha sentido criticado? R51 ¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal? R52 ¿Se ha sentido deprimido? R53 ¿Se ha sentido mareado o con vértigos? R54 ¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal? R55 ¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?

Tabla 6.3 Confiabilidad del instrumento "Funcionamiento de salud" en bachillerato

Escala	α	Reactivos
Funcionamiento de Salud		
Hábitos Positivos *	0.66	R18 ¿Caminar a diario con fuerza y energía? R21 ¿Conocer las calorías que consume en los alimentos? R23 ¿Desayunar sustanciosamente? R25 ¿Ingerir alimentos nutritivos? R27 ¿Ingerir vitaminas? R28 ¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud? R31 ¿Platicar con los amigos sobre su salud? R32 ¿Realizar algún ejercicio con energía? R37 ¿Usar el hilo dental?
Hábitos Negativos*	**0.86**	R33 ¿Tomar cerveza? R34 ¿Tomar vino, jerez, anís, rompope? R35 ¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros?

*Estas son sub-escalas de la escala "Respuesta a la enfermedad", se analizan de forma independiente por los objetivos de la investigación

Tabla 6.3 Continuación

Escala	α	Reactivos
Respuesta a la enfermedad	0.63	R2 ¿Acercarse a Dios? R3 ¿Avisarle a sus amigos? R5 ¿Ir a que le hagan curaciones espirituales R6 ¿Ir al doctor o al hospital? R9 ¿Obedecer todas las indicaciones del médico? R10 ¿Pedir el consejo de sus amigos? R11 ¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual? R14 ¿Tomar las medicinas que el médico le recetó?
Historia de salud	**0.83**	R39 ¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad? R40 ¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?
Uso del sector salud	0.37	R8 ¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo
Creencias y actitudes	**0.80**	R50 Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud R51 Es bueno el sistema de salud de mi país R52 Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida R53 Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo R55 Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz R56 Siempre confío en los doctores R57 Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones R58 Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud R59 Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud R61 Soy muy bueno para cuidar mi salud R62 Soy muy capaz para cuidar mi salud R63 Tener buena salud es importante para una vida feliz R64 Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades R65Tengo objetivos para conservar mi salud

Tabla 6.4 Confiabilidad del instrumento "Funcionamiento Psicosocial" en bachillerato

Escala	α	Reactivos
Funcionamiento Psicosocial		
Estrés de vida	0.431	R1 Adquirió una casa nueva R2 Algún amigo tuvo problemas serios R3 Algún hijo se fue de la casa R4 Cambió de casa o departamento R5 Cambió de trabajo R6 Dejó el trabajo o lo despidieron R7 Enfermedad grave de un familiar o amigo R8 Muerte de un familiar o amigo R9 Nacimiento de un hijo R10 Problemas con el jefe o compañeros R11 Problemas con la esposa (o) o familiares R12 Problemas financieros R13 Se cambió de ciudad R14 Su hijo (a) empezó o dejó la escuela R15 Su hijo (a) tuvo problemas R16 Tuvo problemas legales R17 Usted sufrió una enfermedad
Afrontamiento	**0.79**	R19 Acepto mis sentimientos R20 Mantengo la calma R21 Procuro controlar la situación R22 Trato de conocer mejor la situación R23 Trato de sentirme mejor R24 Trato de solucionar mis problemas

Tabla 6.4 Continuación

Escala	α	Reactivos
Apoyo social	**0.83**	R25 El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos? R26 ¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro? R27 ¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió? R28 El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos? R29 ¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro? R30 ¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido? R31 El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba? R32 ¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro? R33 ¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?
Salud psicológica	**0.90**	R38 ¿Ha perdido interés en las cosas? R39 ¿Piensa mucho en sus fallas? R41 ¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado? R43 ¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas? R44 ¿Qué tan fatigado se ha sentido? R45 ¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida? R46 ¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago? R47 ¿Qué tan seguido ha tenido “miedo de lo peor”?

Tabla 6.4 Continuación

Escala	α	Reactivos
Salud psicológica	**0.90**	R48 ¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas? R49 ¿Se ha sentido cansado? R50 ¿Se ha sentido criticado? R51 ¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal? R52 ¿Se ha sentido deprimido? R53 ¿Se ha sentido mareado o con vértigos? R54 ¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal? R55 ¿Su ánimo ha sido feliz y positivo? R56 ¿Se ha sentido insatisfecho con su vida? R57 ¿Se ha sentido activo? R58 ¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?