



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ANALISIS COMPARATIVO Y DESCRIPTIVO DEL APOYO SOCIAL Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO CON RELACION A LA SALUD EN COMUNIDADES DEL DISTRITO FEDERAL.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
NELLY FLORES PINEDA

DIRECTOR DE TESIS:
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA



MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**A mis hijos Etienne y Daren,
los amo con todo mi corazón,
son mi razón y mi ser.
A ti, que has sido mi cómplice,
mi gran amor.....MIL GRACIAS.**

AGRADECIMIENTOS

Le doy gracias a Dios por permitirme culminar esta etapa tan importante en mi vida.

Gracias Mamá por tu amor, apoyo, cuidado y dedicación a tus hijos.

Agradezco al Dr. Héctor Ayala, por abrir la oportunidad para participar en el Internado de Psicología General, por su interés en la formación académica de excelencia, por su motivación y su gran apoyo durante mi estancia en el Internado.

Gracias Noemí Barragán por tus consejos, por escucharme y por ser una verdadera guía en mi formación profesional.

Gracias Silvia Morales por tu ayuda y tu ejemplo durante mi consolidación como profesional.

A Fernando Vásquez agradezco su paciencia para dirigirme y contestar a mis dudas a lo largo de la realización de esta tesis.

A mis sinodales: Mtro. Leonardo Reynoso , Mtro. Isaac Seligson y Dra. Georgina Cárdenas.

A todo el equipo de maestros y alumnos que formó parte del Internado gracias por compartir trabajo, experiencias y momentos enriquecedores.

Finalmente agradezco a todas aquellas personas y familiares que aportaron su disposición y su tiempo para que yo pudiera seguir adelante hasta lograr mi objetivo.

ÍNDICE

Resumen	1
Capítulo 1. Salud y Conducta: Psicología de la salud.	
Salud.....	2
Enfermedad.....	3
Factores de Riesgo y Factores Protectores.....	4
Psicología en el área de la salud.....	6
Psicología de la salud.....	7
Capítulo 2. Comunidad y salud: Psicología comunitaria.	
Comunidad y Salud Comunitaria.....	16
Psicología Comunitaria.....	17
El Psicólogo en acción.....	22
Diagnóstico de Salud Comunitario.....	23
Capítulo 3. Estrés y Afrontamiento.	
Estrés.....	24
Tipos de Afrontamiento.....	28
Funciones del Afrontamiento.....	29
Investigaciones en Afrontamiento.....	31
Tipos de Afrontamiento y salud.....	33
Afrontamiento y apoyo social.....	34
Capítulo 4. Apoyo Social.	
Apoyo Social.....	35
Tipos de Apoyo social.....	37
Modelos de Apoyo social.....	39
Salud, enfermedad y Apoyo social.....	40
Estrés y Apoyo social.....	41
Método	42
Resultados	47
Conclusiones	78
Bibliografía	84
Anexo	90

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ANÁLISIS COMPARATIVO Y DESCRIPTIVO DEL APOYO SOCIAL
Y TIPOS DE AFRONTAMIENTO CON RELACIÓN A LA SALUD
EN COMUNIDADES DEL DISTRITO FEDERAL.**

Nelly Flores Pineda

Director de Tesis:
Jurado:

Mtro. Fernando Vázquez Pineda.
Lic. Noemí Barragán Torres.
Mtro. Leonardo Reynoso Erazo.
Mtro. Isaac Seligson Neisenbaum.
Dra. Georgina Cárdenas.

El presente estudio tuvo como objetivo la comparación y descripción de indicadores psicosociales relacionados con el funcionamiento de la salud en diversas comunidades del Distrito Federal. Estos indicadores se analizaron en relación con los tipos de afrontamiento y el apoyo social, para la identificación de factores de riesgo y factores protectores de la salud. Los instrumentos psicológicos que se aplicaron fueron el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (Moos, 1983), el Cuestionario de Apoyo Social (Sarason, 1983) y un Cuestionario Sociodemográfico. Éstos permitieron evaluar indicadores como: Condiciones Médicas, Síntomas Físicos, Humor Depresivo, Uso de Medicamentos, Auto Confianza, Eventos de Cambio de Vida o Estresantes, Respuestas de Afrontamiento, Tamaño de la Red Social, Satisfacción del Apoyo Social percibido y características Sociodemográficas. La aplicación de los instrumentos se llevo a cabo en diversas comunidades del Distrito Federal como parte del Programa de Formación Profesional en Psicología durante la rotación del Área de Salud; en una población de 193 sujetos con edades entre 20 y 60 años. Se buscaron las diferencias y correlaciones entre los grupos que se formaron a partir de las variables de género, edad, estado civil, escolaridad, ocupación e ingreso económico. La variable dependiente se refiere a los puntajes obtenidos en las subescalas de los instrumentos aplicados. Los resultados obtenidos indicaron que son las mujeres, las personas sin estudios o bajo nivel educativo y aquellas personas entre 40 y 60 años, las que presentan mayores condiciones médicas y síntomas físicos. Por otro lado las personas con mayor escolaridad reportaron menos indicadores físicos, afrontamiento de evitación y menor ambiente negativo, en contraste presentaron un mayor número de eventos positivos en la vida. También se encontró que las personas que reportaron un mayor extensión en la red social presentaron mayor autoconfianza y menor número de eventos negativos en su vida. En conclusión, este estudio es considerado como una base a partir de la cual se pueden planear diagnósticos refinados e intervenciones comunitarias tempranas en el área de salud considerando acciones anticipatorias y preventivas que el psicólogo lleve a cabo en conjunto con otros profesionales de la salud.

CAPITULO 1. SALUD Y CONDUCTA: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

SALUD

Al mencionar la palabra Salud es importante reconocer que la noción de salud es relativa, pues esta no sólo depende del desempeño de un organismo en determinada época sino también depende del ambiente político, económico y cultural en el que se encuentre inmerso dicho organismo. No se debe olvidar que existen ciertas poblaciones que consideran saludables algunas prácticas que en nuestra cultura no lo son. Asimismo existen conceptos que a lo largo del tiempo han cambiado de ser pecado a enfermedad y de ahí, a ser estilos de vida (Sheridan & Radmacher, 1992).

Algunos autores (Vega, 1987; San Martín 1989) consideran que la Salud es el producto de la interrelación armónica entre el individuo y el medio donde este vive. Esta definición de Salud debe ser entendida en conjunto con la de enfermedad ya que existe una relación compleja y de interdependencia entre una y otra, tanto en el entendimiento de los procesos que involucran a cada una, como en las acciones y prácticas implicadas en ellas (Bayés y Ribes, 1992).

Enfocándonos principalmente en el tema de la Salud, cabe mencionar una definición ampliamente aceptada por contener los principales elementos para las acciones sanitarias que interesan a cada país. Esta ha sido brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual dicta que la Salud debe ser considerada como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la simple ausencia de enfermedad (Alma Ata, 1978).

Es interesante notar que esta definición más allá de ser un simple deseo, se encuentra ampliamente relacionada con el *Modelo Biopsicosocial* propuesto por Engel (1977). Este Modelo supone que la naturaleza se encuentra ordenada jerárquicamente en un continuo, en

el que los sistemas menos complejos se encuentran subordinados a sistemas más complejos. De tal manera, nada se encuentra aislado: las células en los órganos, los órganos en las personas, las personas en las familias, las familias en las comunidades, hasta llegar así a un nivel más complejo. El Modelo Biopsicosocial argumenta que los sistemas de salud deben tomar en cuenta este continuo de factores biológicos, psicológicos y sociales, al momento del diagnóstico y establecimiento del tratamiento lo cual, ayudará a manejar efectivamente el proceso de salud- enfermedad en una persona.

ENFERMEDAD

Para entender esta interacción entre salud y enfermedad, hay que considerar la propuesta de que la enfermedad tiene una *Historia Natural de Evolución*. Este es un esquema que propone un periodo prepatogénico del organismo, en el que el individuo goza de salud, y donde aún no hay signos de deterioro de la misma. Después hay un momento en el cual se da un umbral o punto de corte donde termina este periodo y se inicia el de patogénesis, en donde el horizonte clínico interviene abarcando la evolución y el curso de la enfermedad (Leavell y Clark, 1969 citados en Sánchez Sosa, 1998).

El periodo prepatogénico o de salud puede ser afectado por cuatro grandes grupos de factores:

1. *Herencia*: Consiste en la naturaleza y características del equipo biológico con que nace el ser humano.
2. *Nutrición*: Este factor contempla la calidad y cantidad de alimentación, incluso antes del nacimiento.

3. *Acceso a Servicios de Salud de alta calidad*: Cuando un organismo carece de la atención adecuada a su salud, esta puede deteriorarse y el organismo llega a enfermar.
4. *Comportamiento Humano*: Este aspecto es el común denominador durante todo el proceso de salud-enfermedad. Se ha observado que la presencia o la ausencia de ciertos comportamientos en el repertorio habitual de las personas, propician un riesgo más elevado de trastornos graves de salud.

FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

A lo largo del proceso de salud- enfermedad, existen características y condiciones que están asociadas con el desarrollo de una enfermedad; tales características son denominadas “**factores de riesgo**” para determinado problema de salud. Sin embargo, algunos factores de riesgo son biológicos y otros son conductuales. En este último caso, el término de patógeno conductual se ha empleado para hacer referencia a todos aquellos comportamientos que incrementan la susceptibilidad de la persona a las enfermedades de mayor prevalencia (Matarazzo, 1982).

Los factores de riesgo parecen agruparse en cuatro grupos (Buceta, 1990, La Torre 1991):

1. *Conductas habituales* poco saludables que se presentan en exceso, tales como fumar y beber alcohol. Se considera también la ausencia de conductas habituales saludables como por ejemplo, no seguir una dieta adecuada o no hacer ejercicio de manera regular.
2. *Alteraciones de la salud*, como la hipertensión o la diabetes en las que, a su vez, pueden influir variables psicosociales.
3. *Carcinógenos ambientales*, relacionados en parte con los comportamientos señalados en el primer grupo o con otras conductas.
4. *Elevados niveles de estrés*.

Como se puede observar muchos factores de riesgo resultan de la forma en que las personas viven o se comportan, por lo tanto, estos factores de riesgo pueden ser reducidos por los mismos individuos, haciendo diversos cambios en su conducta.

Por otra parte, a las características y condiciones asociadas con la prevalencia y mantenimiento de la salud se les denominó “**factores protectores**”. Dichos factores abarcan todas aquellas condiciones, situaciones, contextos y características que promueven el mantenimiento de la salud de los individuos. Específicamente se emplea el término **inmunógeno conductual** para describir comportamientos que permiten reducir el riesgo de enfermar (Matarazzo,1982).

En general, al hablar de conductas de salud se puede hacer una diferenciación entre:

- a. *Conductas de salud* propiamente dichas, las cuales incluyen todos aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general. Por ejemplo, una dieta equilibrada o hacer ejercicio físico regularmente.
- b. *Conductas reductoras de riesgo*, las cuales contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades, como por ejemplo: no fumar y utilizar el cinturón de seguridad al manejar.

La importancia de las conductas de salud radica en que pueden convertirse fácilmente en hábitos de salud, es decir son conductas aprendidas. Los hábitos de salud se refieren a la conducta relacionada con la salud, que esta firmemente establecida, arraigada y en forma automática se pone en marcha dentro del repertorio comportamental del individuo.

PSICOLOGÍA EN EL ÁREA DE LA SALUD

En conclusión, dado que son muchos los factores del ambiente, el tema de la Salud y la enfermedad debe ser considerado bajo la perspectiva de diversas disciplinas, entre ellas la Psicología. Sin embargo, en lugar de abordar su estudio en una perspectiva diferente por cada una de las disciplinas relacionadas con la Salud, es necesario tomar en cuenta un manejo integral y una visión multidisciplinaria que considere al individuo como un ser biopsicosocial, tanto en el análisis como en la intervención, para lograr una salud óptima y mejorar la calidad de vida (Morales Catalayud, 1997; Duran, Hernández y Becerra, 1991; Durán 1998).

Así, es importante diseñar intervenciones de tipo profesional que incidan en cada uno de los momentos del desarrollo de la salud- enfermedad, documentando las variables asociadas con la conservación de la salud y su pérdida (factores de riesgo), para dar una transición de la conducta como riesgo, a la conducta como factor protector o recuperador de la salud (Sánchez Sosa, 1998).

Otro factor que ha sido importante para dar lugar a la Psicología en el área de la Salud es el resultado de la *investigación epidemiológica* que indica un cambio en las tasas de morbilidad y mortalidad en los últimos años, donde los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad, así como al comienzo y transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponden a (Matarazzo, 1984; LaTorre, 1991):

- A. El estilo de vida o hábitos de comportamiento
- B. Los factores biológicos y las influencias ambientales y
- C. Los servicios de cuidado de salud.

De acuerdo con los argumentos anteriores, es evidente la necesidad de incorporar el componente social y psicológico dentro del ámbito de la salud (Engel, 1977; La Torre, 1991; Duran, Hernández y Becerra, 1993; Morales Catalayud, 1997).

La propia Organización Mundial de la Salud (1981) ha establecido tres objetivos cardinales para las políticas de salud en los que la Psicología puede ser aplicada:

- a) Promoción de estilos de vida dirigidos a la salud.
- b) Prevención de enfermedades que puedan ser evitadas
- c) Establecimiento de servicios de rehabilitación y salud.

En base a lo anterior, ha surgido el término de **Psicología de la Salud** en un intento por denominar el desarrollo y la aplicación de la Psicología en un considerable número de problemas de salud, como por ejemplo, en la reestructuración de los estilos de vida a través del análisis funcional de la conducta y de la terapia conductual (LaTorre, 1991).

Psicología de la Salud

Como se mencionó anteriormente dentro de la Psicología se contempla el campo de la Psicología de la Salud, el cual busca comprender la influencia de las variables psicológicas o factores psicosociales no sólo sobre el periodo de salud, sino también dentro del proceso de desarrollo, el tratamiento y la prevención de las enfermedades (Taylor, 1986; Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990). De aquí, se puede pensar que la Psicología de la Salud se encuentra inspirada y orientada al sistema médico; sin embargo como se verá más adelante, cubre más que solo el enfoque clínico.

La definición de Psicología de la Salud aceptada por la American Psychological Association (APA) fue la propuesta por Matarazzo (1980, 1986), quien la definió como "Las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de correlatos etiológicos y diagnóstico de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud".

La Psicología de la Salud comparte el dominio de ciertos temas y problemas en el cuidado de la salud con otras disciplinas como son la Medicina Familiar, Medicina Comunitaria, Enfermería, Trabajo Social, Epidemiología, Sociología de la Salud y otras disciplinas relacionadas con la salud. A pesar de encontrarse influenciada por el enfoque médico, la diferencia con la Medicina estiba en que principalmente la Psicología de la Salud se dirige a mantener y promover el bienestar. Además, la Psicología de la Salud incluye estudios y problemas concernientes a la investigación en comunidad y a políticas de salud para considerar los problemas individuales de ajuste a la enfermedad (Brannon and Feist, 1997; Stam, 2000).

El alcance de este concepto es muy amplio pues la mayoría de las teorías y métodos de la Psicología pueden ser aplicados en cualquier punto del continuo salud-enfermedad (Brannon and Feist, 1997). También es importante notar que el campo de la Psicología de la Salud tiene muchos puntos de encuentro con la Medicina, tantos como psicólogos de la salud y pacientes existan.

ATENCIÓN A LA SALUD

Para lograr sus objetivos la Psicología de la Salud se encuentra inmersa en todos los Niveles de Atención a la Salud.

Primer Nivel de Atención: Prevención

Este es el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Es el primer nivel de contacto de los individuos, de las familias y de las comunidades con el Sistema Nacional de Salud, por medios que les sean aceptables, con su propia participación y a un costo soportable (OMS, 1978; San Martín, 1989). Consiste en acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos a través de procedimientos específicos de promoción y educación para la

salud. La tarea de la prevención primaria, es la de favorecer la adquisición por parte de los individuos de conductas saludables y modificar aquellas otras que, suponen un riesgo para la salud.

La prevención *universal* consiste en intervenciones destinadas al público en general como por ejemplo las campañas de vacunación infantil. La prevención de tipo *selectivo* es dirigida a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de adquirir una enfermedad es significativamente mayor que el promedio. Las *intervenciones indicadas* son aquellas que se dirigen a individuos con alto riesgo de enfermar (National Institute of Mental Health).

Segundo Nivel de Atención: Tratamiento

Este nivel de atención se dirige a disminuir la prevalencia de la enfermedad, reduce la evolución y la duración de la enfermedad a través del seguimiento y vigilancia de grupos de riesgo y de individuos. El medio que utiliza es la educación sanitaria (sistemática y específica) y el tratamiento de los individuos (OMS, 1978; San Martín, 1989).

Tercer Nivel de Atención: Rehabilitación

La función de este nivel es la de disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas en una población a través del tratamiento y la rehabilitación (OMS, 1978; San Martín, 1989).

El primer y segundo nivel de atención conciernen a la salud pública, mientras que el tercer nivel a la medicina curativa.

Bajo las demandas y requerimientos de la práctica, la Psicología de la Salud se enfoca en los siguientes aspectos:

A. PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD.

Identifica las tendencias del nivel de salud de la población comparando el diagnóstico actual con situaciones anteriores a través de indicadores de salud, ya sea directos o indirectos. El nivel de salud de la población obtenido es la resultante de la interrelación de diversos factores ecológicos, su medición tiene como finalidad estimar la calidad de vida que gozan sus miembros (Vega, 1987). Algunos de estos indicadores utilizados son:

- a) indicadores de recursos
- b) indicadores de actividades para la salud
- c) indicadores sociales.

La Promoción de la Salud implica la combinación de Educación para la Salud e intervenciones políticas, económicas y organizacionales que faciliten lograr cambios de comportamiento o modificaciones del medio ambiente que conduzcan a fortalecer o preservar la salud (Santos, 1998).

La Educación para la Salud es un proceso interactivo y dinámico en que los grupos, familias o individuos son participantes activos, en donde se pretende conducirlos a un proceso de cambio de conducta para la aplicación de medios que promuevan la conservación y mejoramiento de la salud. Un aspecto importante de la Educación para la Salud es que se desarrolla un sentido de responsabilidad de los individuos hacia su propia salud (Vega, 1987; Álvarez, 1995; Santos, 1998).

Lo anterior ayuda al establecimiento de las prioridades de la política sanitaria, contribuyendo al reconocimiento de las variables psicológicas presentes y brindando indicaciones acerca de cómo pueden ser abordadas a través de programas generales de promoción de la salud, estilos de vida saludables y protección del ambiente. Estas acciones pueden alcanzar un nivel local, regional o nacional.

B. ETIOLOGÍA, PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.

La Prevención es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y de la enfermedad. Conociendo la historia social de la salud-enfermedad se pueden proponer medidas para prevenir la enfermedad.

MODELO PSICOLÓGICO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Dentro del aspecto de la prevención de la enfermedad a partir de Modelos Psicológicos se han establecido como objetivos para los programas preventivos de intervención individual, los siguientes:

- ✓ Obtener el máximo grado de control posible sobre los comportamientos instrumentales susceptibles de evitar, facilitar o dificultar el contacto físico del organismo con un medio patógeno concreto.
- ✓ Obtener el máximo grado de control posible sobre el grado de vulnerabilidad de los organismos expuestos, de forma que seamos capaces de mantenerlo en el mínimo posible.

El Modelo Psicológico de Prevención de la Enfermedad propuesto por Báyes y Ribes (1992) contempla dos aspectos principales:

1. Procesos. En esta etapa se considera la interacción de los factores históricos del individuo con aquellos presentes durante la interacción con determinada situación y la modulación de los sistemas neurológicos del organismo.

Factores Históricos. Incluyen los estilos interactivos del individuo y sus capacidades. El primer término hace referencia al modo en que el sujeto se enfrenta a contingencias situacionales, tales como: frustración, conflicto, cambio, etc. Una alternativa a lo que conocemos como estilos o formas de Afrontamiento. Por otro lado, las capacidades son

aquellas competencias que resultaron ser efectivas en el pasado ante problemas similares en el presente.

Factores Presentes. Estas condiciones incluyen las *competencias efectivas* al momento de interactuar con la situación, las *condiciones del organismo* y las *condiciones del contexto situacional* que facilitan o interfieren con la competencia en particular

Modulación de los sistemas (neurovegetativos, neuroendocrino y neuroinmunitario) del propio organismo por las variables ambientales.

2. Resultados. Como producto de la etapa de proceso se incluyen:

Vulnerabilidad biológica del individuo a la enfermedad.

Disponibilidad de conductas de riesgo o prevención.

Estado de salud o enfermedad resultante.

Conductas asociadas a la enfermedad tales como la ansiedad, depresión, dolor crónico, etc.

Desde este punto de vista, un programa de prevención de la enfermedad será aquel dirigido a que las personas alcancen a partir de un proceso, aquellas conductas que sean preventivas, eficaces y de baja vulnerabilidad ante la enfermedad.

MODELOS PSICOLÓGICOS DE TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

En un intento por prevenir y tratar la enfermedad se han puesto en práctica programas a nivel nacional y regional en relación con problemas de salud específicos. Estos programas se han desarrollado con base a trabajos de investigación dirigidos a ciertos factores de riesgo (como el tabaquismo y sedentarismo), enfermedades transmisibles estrechamente asociadas al comportamiento (como el SIDA y las ETS), a la prevención y mejor evolución de enfermedades crónicas no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares y cáncer), al control de adicciones a sustancias nocivas y a la prevención de accidentes, violencia intrafamiliar, entre otros (Ayala, 1998; Rodríguez Ortega 1999).

Dentro del tratamiento se utilizan métodos de evaluación y estrategias de intervención derivadas de la terapia conductual que son aplicables tanto en terapias individuales como terapias de grupo en el manejo de las enfermedades o adicciones.

Por ejemplo, durante la intervención médica de enfermedades crónicas, entre las estrategias más utilizadas y que han resultado efectivas, se encuentran el empleo del reforzamiento, modelamiento, procedimientos de autocontrol, autoreporte y ensayos conductuales.

Un modelo conceptual que se utiliza para el tratamiento en el abuso de alcohol deriva de la Teoría del Aprendizaje Social, la cual considera la presencia de factores que actúan como reguladores del comportamiento y en donde se manejan factores situacionales, habilidades específicas de afrontamiento, modelamiento e historia previa de consumo (Ayala, 1998).

Ante el manejo del dolor y del estrés, se utiliza el automonitoreo sistemático de las circunstancias que se perciben como estresantes, de manera que posteriormente se puedan alterar las demandas ambientales y las circunstancias estresantes ocurran con menor probabilidad. También se realizan programas formales de entrenamiento en relajación cuyo objetivo es reducir la excitación psicológica y fisiológica en situaciones específicas, de manera que no solo mejoren el estado de salud sino que también pueden prevenir situaciones de accidentes, conflictos y de violencia intrafamiliar (Ayala, 1998; Rodríguez Ortega, 1999).

Otros ejemplos de intervenciones psicológicas incluyen la exposición a ejercicios de reestructuración cognitiva que promueven el empleo de estrategias (conductuales y cognitivas) más efectivas, se utilizan para afrontar los estresores y controlar los estímulos resultado de diversos tipos de enfermedades transmisibles y/o crónicas; incluso se utilizan durante el tratamiento en pacientes con enfermedades no transmisibles como el dolor de espalda crónico, dolor de cabeza crónico, y el tratamiento del insomnio (Rodríguez Ortega, 1999).

Finalmente, entre otro tipo de intervenciones, se dirigen a promover una mejor interacción entre el sistema sanitario, los profesionales de la salud y el individuo (La Torre, 1991)

C. INVESTIGACIÓN

La Psicología de la Salud también se encuentra abierta a la investigación básica y aplicada. Las investigaciones dentro de la Psicología de la Salud han contribuido de manera importante al conocimiento de los factores que influyen sobre la resistencia o vulnerabilidad de la gente ante las enfermedades (Morales Catalayud, 1997). Los primeros temas estudiados fueron la salud mental, el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico y las adicciones (Rodríguez y Rojas, 1998) .

Los estudios psicológicos también han contribuido a mejorar las técnicas de manejo del estrés para ayudar a los pacientes a afrontar la hospitalización y a recuperarse de la enfermedad. Además las intervenciones psicosociales son valiosas pues mejoran las experiencias de tratamiento y los resultados para los pacientes, acelerando la recuperación y reduciendo el costo total del tratamiento hospitalario (Taylor, 1978).

Dentro de la investigación relacionada con Salud se ha tratado de identificar aquellas variables o factores que moderan las relaciones que existen entre la salud- individuo-enfermedad. A partir de este interés, existen investigaciones que han mostrado evidencia de que el estrés, específicamente los eventos estresantes de vida, pueden llevar a problemas de salud (Lin , Ensel, Simeone and Kuo, 1979; McFarlane, Norman, Steiner and Roy, 1983).

Como factor importante del proceso que media la relación de estrés en el individuo y su medio ambiente, se ha definido el Afrontamiento como un proceso en el cual el individuo utiliza los recursos con los que cuenta para mitigar el estrés. Otro factor importante que se ha encontrado, ha sido la relación entre indicadores de estrés reducidos y personas con recursos sociales como relaciones de apoyo en su familia o de grupos (Gore, 1978; Lin, et al. 1979), lo que sugiere que el apoyo social es un factor importante dentro la relación salud-enfermedad. Es importante notar que en dicha relación existen variables ambientales que permiten incluir no solo al individuo, sino también a la comunidad en la que este se desenvuelve.

CAPITULO 2. COMUNIDAD Y SALUD: PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Dentro de una perspectiva preventiva y educativa, actualmente los psicólogos han logrado enfatizar los objetivos comunitarios y sociales en el ámbito de la salud, dejando a un lado la visión individualista que caracteriza a otras disciplinas relacionadas con la salud (Morales Catalayud, 1997). Lo anterior tuvo mayor auge cuando Lewin (1980) desarrolló un enfoque social de la Psicología hacia los problemas de salud, partiendo de la premisa que muchos problemas de las personas pueden resolverse eficazmente en el ámbito comunitario (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988; citado en Morales Catalayud, 1997).

Comunidad y Salud Comunitaria

Una comunidad es una unidad social, perteneciente a una organización social mayor. Es un grupo de personas que ocupa un territorio determinado, cuyos intereses y necesidades son comunes. Los habitantes de una comunidad comparten condiciones específicas de organización, orientaciones valorativas y culturales similares, pero a su vez una comunidad se encuentra en constante transformación y evolución (San Martín 1984; Fuentes, Sorin, Tovar, 1991).

Cuando los miembros de una comunidad concientes de su pertenencia con un mismo grupo o colectividad, reflexionan en común sobre los problemas de su salud se puede hablar de *Salud Comunitaria*. Es el momento en el que expresan sus necesidades prioritarias y participan activamente en la puesta en marcha, el desarrollo y la realización de las actividades más adecuadas para responder a sus necesidades reales (San Martín, 1986).

La Salud Comunitaria implica el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida y del nivel de salud de la comunidad, estos objetivos se logran mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud, prevención y curación de la enfermedad.

Estas actividades también incluyen la rehabilitación y la readaptación social, a través de un trabajo social favorable (San Martín y Pastor, 1986).

Psicología Comunitaria

Una de las aproximaciones de la Psicología hacia los problemas de salud que ha desarrollado un enfoque social es la de la Psicología Comunitaria o también denominada como Psicología Social Comunitaria.

La Psicología Comunitaria es contemplada como la rama de la Psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar la participación comunitaria al fomentar y mantener el control y el poder que un grupo de individuos pueda ejercer sobre su ambiente a nivel individual y social para solucionar problemas que los aquejan y así lograr cambios no solo psicológicos sino ambientales, al afectar su hábitat y con él, la estructura social (Montero, 1994; Morales Catalayud, 1997).

La estrategia metodológica de la Psicología Comunitaria se basa en la investigación-acción, este enfoque resalta una dimensión interactiva y ecológica al intentar reconocer los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para la salud y la enfermedad desplazando su importancia hacia el medio social (Wiesenfeld, 1991).

Existen diversos marcos teóricos propuestos en Psicología Comunitaria. Chacón y García González (1988), mencionan algunos modelos principales en los que se apoya la Psicología Comunitaria. El primer modelo que se menciona es el modelo clínico y de la salud mental, el segundo es el de prevención-intervención, el cual es un modelo dedicado además de las intervenciones, al desarrollo comunitario y a la prestación de servicios. Finalmente, mencionan el modelo de cambio social, que se encarga de cuestiones a nivel comunitario y abarca problemas de tipo social y de cambio socioecológico.

MODELO CONDUCTUAL

Un modelo que traspasa los límites de los modelos clínicos individuales es el Modelo Conductual- Comunitario. Este modelo propone que los equipos en los programas de salud, deben ser adiestrados en los principios y técnicas del Análisis y Modificación de la Conducta. Se utilizan estrategias operantes, cognitivas, de aprendizaje social, autocontrol, etc. para erradicar conductas inadecuadas y para instaurar otras de carácter adaptativo. Las estrategias conductuales también son utilizadas en una amplia variedad de servicios ofrecidos en los Centros de Salud a los miembros de la comunidad de acuerdo a las necesidades de los pacientes. Como medida preventiva se da orientación a los responsables de hogares y maestros sobre problemas académicos o de comportamiento de los niños, a los padres se les habla sobre problemas de relación y educación de los hijos (Lieberman, 1976; Bayés, 1983; García González, 1988).

Entre las ventajas que se obtienen de poner en práctica la Terapia Conductual se encuentran los siguientes aspectos:

- a) Diseño de técnicas que pueden utilizarse con facilidad en el medio ambiente natural, facilitando la generalización de los cambios obtenidos.
- b) Fácil adiestramiento de individuos de la comunidad sin que sea necesario que los mismos posean estudios medios o superiores.
- c) Uso de técnicas sistemáticas de observación y registro de comportamientos que permiten la retroalimentación de los progresos al equipo, a los administradores de los tratamientos y a los pacientes.
- d) Especificación tanto de los objetivos intermedios como de los programas, en términos de comportamientos observables, lo cual permite que en todo momento, sea posible verificarlos, evaluarlos, modificarlos o replicarlos. Además es posible evaluar los efectos de la intervención conductual a nivel individual y de los programas de salud.

En resumen, las aportaciones fundamentales del conductismo a un tratamiento comunitario de la Salud son:

- 1) De tipo *metodológico*, al permitir el seguimiento, evaluación, comparación y replicación de experiencias.
- 2) De tipo *ideológico*, al facilitar la participación activa de los miembros de la comunidad y así desmedicalización de los problemas de Salud.

Lo anterior puede permitir una acción planificadora y preventiva importante, desde el diagnóstico o identificación de necesidades y problemas en la comunidad, hasta la intervención y finalmente la evaluación de dicha intervención.

MODELO PSICOSOCIAL

Un tipo de intervención comunitaria a nivel preventivo primario se basa el Modelo Psicosocial de Dohrenwend (1978) en el que se intenta evitar que el proceso de estrés se vuelva patológico y consiste básicamente en fortalecer las competencias de las personas para hacer frente a los problemas emocionales y sociales. Los programas derivados de estas intervenciones no sólo se dirigen a las personas con problemas o en situaciones de riesgo, sino que se integran y se dirigen a toda la población, alejándose de la perspectiva clínica tradicional de intervención en crisis o en la etapa final del proceso patológico. Por otro lado se intenta dotar al individuo de mejores mediadores situacionales, incrementando su apoyo social, creando nuevas redes sociales y aumentando la sensación psicológica de comunidad.

La importancia de este modelo es que unifica los factores personales y ambientales que inciden sobre la conducta, de esta forma, se encuentra centrado en la persona como en el escenario social y admite la posibilidad de que el individuo participe en la creación de los diversos acontecimientos que posteriormente le pueden causar cambios psicológicos.

MODELO ECOLÓGICO

El Modelo Ecológico se basa en admitir la influencia de las variables ambientales tanto físicas y como sociales en el comportamiento de las personas; la persona y el ambiente entonces son una unidad de funcionamiento que se caracteriza por su cambio continuo (Kelly, 1979 ; Serrano García y Álvarez 1992) .

Este enfoque remarca que el comportamiento del hombre debe ser estudiado y comprendido dentro del análisis de las condiciones concretas en que se produce, es decir en su ecosistema, abarcando desde el individuo hasta la sociedad en su conjunto, como a continuación se detalla.

1. *Microsistema*: Es el ambiente inmediato en que se interactúa el individuo, como su familia y sus amigos.
2. *Mesosistema*: Son las relaciones entre el sujeto y los diversos microsistemas de los cuales forma parte.
3. *Exosistema*: Son las estructuras sociales en las que se encuentran los escenarios de desarrollo del individuo, como la escuela o el trabajo.
4. *Macrosistema*: Incluye la cultura y las creencias que afectan el desarrollo individual.

Todos los niveles de un ecosistema se encuentran mediados por condiciones físicas, ambientales y urbanas alcanzadas por la comunidad (Fuentes, Sorin, Tovar, 1991).

MODELO DE CAMBIO COMUNITARIO

Este modelo es parte del programa "Herramientas Comunitarias" desarrollado por Fawcett (1995), el cual tiene como objetivo construir comunidades saludables a partir del trabajo de la misma comunidad en los ámbitos de prevención y la promoción de estilos de vida saludables. El Modelo de Cambio Comunitario consta básicamente de cinco partes:

- 1. Identificación del contexto comunitario y planeación.** Al identificar aquellas variables tanto físicas como sociales, que afectan a las comunidades, por ejemplo: la integración de las familias, su nivel socioeconómico, sus recursos personales, sus recursos materiales, los problemas existentes, sus expectativas, etc., la comunidad puede realizar su propio plan de acción, a partir de un diagnóstico comunitario bien estructurado.
- 2. Intervención.** Guiada por un plan continuo, la comunidad genera acciones e implementa intervenciones. La intervención involucra programas de prevención y promoción ante una situación de salud- enfermedad en particular.
- 3. Sistemas de cambio.** Los sistemas de cambio implican el desarrollo de nuevos programas o la modificación de los ya existentes para lograr los objetivos de la intervención.
- 4. Factores de riesgo y protección y cambios de conducta amplios.** A partir de las acciones comunitarias y los sistemas de cambio, los factores de riesgo decremantan y aumentan los factores protectores de la comunidad. Estos cambios en el medio ambiente, deben afectar la conducta de un gran número de personas, generando conductas promotoras de salud y desarrollo comunitario.
- 5. Resultados a largo plazo.** Se realiza una valoración del progreso o éxito a partir de los esfuerzos realizados durante la intervención y se presentan en un reporte ante las instituciones o profesionales correspondientes y ante la comunidad.

En conclusión, existen varios puntos comunes entre los modelos mencionados (Serrano, García y Álvarez, 1992):

1. La premisa básica es que la conducta es el resultado de la relación persona-ambiente.
2. La prevención y la intervención son primordiales en los programas de salud.

3. El método de investigación que prevalece es el experimental, positivista y empírico, dentro del cual se fomenta la evaluación de programas y la investigación en el contexto.

EL PSICÓLOGO EN ACCIÓN

En base a los modelos anteriores el Psicólogo debe ser capaz de poner en práctica un conjunto de acciones al realizar su trabajo en la comunidad (Morales Catalayud, 1997), dichas acciones se resumen en los siguientes puntos:

- 1) Promoción de conductas saludables en las personas y estimulación para que tengan su estado de salud profesionalmente controlado.
- 2) Influencia en el diseño del entorno ambiental.
- 3) Facilitar el acceso a los servicios de salud y psicológicos.
- 4) Fomentar los sistemas de apoyo social.
- 5) Facilitar el conocimiento científico sobre el cuidado de la salud para hacer a las personas más competentes y participes en su autocuidado.
- 6) Elevar la participación de la comunidad en los proyectos de salud.
- 7) Evaluar las intervenciones que se realizan sobre la comunidad.
- 8) Realizar intervenciones interdisciplinarias.

Cualquier modelo obliga a que el trabajo del psicólogo en la comunidad tenga un enfoque interdisciplinario, reconociendo que cada carrera tiene campos de acción no necesariamente idénticos pero sí una intensa correlación en conocimientos y trabajo práctico. La intervención multidisciplinaria es un trabajo en equipo el cual debe ser coordinado e integrado, que permite un conocimiento integral de personas y situaciones a través del cual se llega a establecer un diagnóstico y al planteamiento de una intervención (Bayés 1983;Rodríguez, 1995).

DIAGNÓSTICO DE SALUD COMUNITARIO

Un Diagnóstico de Salud es la investigación evaluativa de la situación de salud que incluye los momentos descriptivo, explicativo o analítico y predictivo, que aborda el estudio interrelacionando daños, recursos y condicionantes de la salud (Hernández y Noyola, 1997). La finalidad de realizar un diagnóstico de salud de una comunidad para organizar la respuesta social a las necesidades de salud de la misma a través de sus propios servicios y programas.

El problema consiste entonces en encontrar un procedimiento para medir directamente y en forma precisa el estado de salud tanto de un individuo como de la población. Como se mencionó anteriormente la noción de salud es relativa por lo que se tienen que usar diversos índices indirectos de medición (San Martín y Pastor, 1998).

El trabajo en la comunidad no solo permite organizar un sistema de información de salud cuantificable en un diagnóstico de salud comunitario sino que también permite construir indicadores de salud que adquieren un valor descriptivo, explicativo, prospectivo y decisional ante las autoridades encargadas de promover la ejecución de programas y planes de salud (San Martín y Pastor, 1998).

La comunidad es considerada el nivel local en el que se ejecutan estos programas de salud, es decir, el nivel donde las instituciones sanitarias se ponen en contacto directo con la población. Situándose en el enfoque ecológico, la comunidad sería el sistema donde se puede considerar el estudio de las conductas que mitíguen los efectos del estrés, como se mencionaron al final del capítulo anterior algunos factores considerables son las conductas de Afrontamiento y de Apoyo Social.

CAPITULO 3. ESTRÉS Y AFRONTAMIENTO

Los sucesos que interrumpen la vida cotidiana, también conocidos como eventos de vida, sin importar su calidad, son considerados como eventos estresantes pues perturban los patrones de vida y requieren que un organismo cambie. Aquellos eventos de vida significativos pueden llegar a afectar el funcionamiento físico, social y emocional del individuo.

La Psicología de la Salud se ha interesado en el estudio del estrés, a partir de investigaciones como las realizadas por Lin et al. (1979) y McFarlane et al. (1983), las cuales muestran cierta evidencia de que los eventos estresantes derivan en problemas de salud.

Harnish, Aseltine y Gore (2000), encontraron cuatro tipos de eventos de vida estresores durante su investigación:

1. Conflictos interpersonales. Estos incluyen todos los eventos o situaciones que envuelven problemas en una relación, como peleas con amigos, familiares, compañeros de trabajo, terminar relaciones importantes y el divorcio de los padres.
2. Estresores de rol. Incluyen problemas asociados con funciones en los roles importantes de la vida como ser padre, trabajar, ser estudiante, etc.
3. Transiciones. Son los eventos relacionados con la transición a la adultez, así como la adaptación a una carrera, a estar casado, a tener un hijo. La diferencia entre el segundo y el tercero, es que el segundo se da cuando se encuentra uno en un rol, mientras que el tercero se da cuando se comienza o termina un rol.
4. Enfermedad. Incluye problemas de salud experimentados por el individuo o problemas de salud de otras personas significativas que impactan al individuo, como tener una enfermedad crónica o descubrir la enfermedad de un pariente.

Estos autores también proponen que la severidad de un estresor varía. Un evento estresor muy severo incluye la idea de larga duración, como separación marital o divorcio,

enfermedad crónica, o ser despedido del trabajo. Los eventos moderados tienen menor probabilidad de afectar al individuo, tales como casarse, no haber entrado al colegio, y preocupaciones a cerca de los amigos y familiares. Los eventos con menor severidad son caracterizados por periodos típicamente breves de preocupación, los cuales no tienen ningún impacto duradero en el sujeto, ejemplo de estos son cambiarse de casa, de escuela, o un pequeño desacuerdo con un amigo.

El estrés en sí, ha sido definido de diversas maneras, ya sea como producto de un conflicto intrapsíquico en el que se encuentran involucrados motivos, necesidades, impulsos o creencias, o de otra manera como una respuesta o excitación fisiológica. Algunos autores como McKay, Davis y Fanning (1981) consideran el estrés como un síndrome cuya combinación consiste de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas.

Por otro lado, algunos investigadores especulan que la forma en que la persona maneja las circunstancias de la vida son moderadores importantes del estrés, como la colección diversa de cogniciones y conductas llamadas respuestas de afrontamiento.

Particularmente, Lazarus y sus colegas desarrollaron una teoría cognitiva- fenomenológica del estrés psicológico. Esta teoría parte del estrés considerado como una relación entre la persona y el ambiente, que es evaluada como sobrepasando los recursos con los que cuenta la persona y dañando su bienestar (Folkman y Lazarus, 1980). En este caso, los recursos no se refieren a lo que las personas hacen, sino lo que ellos encuentran disponible para desarrollar su repertorio de conductas de afrontamiento. Los recursos sociales, por ejemplo, son representados por redes interpersonales de las que son parte las personas y que representan una fuente de apoyo.

Esta definición se distingue de las definiciones de estrés como un estímulo, pues el estrés no es una característica de la persona o del ambiente; el estrés es una relación particular, por lo que se dice que esta teoría se encuentra orientada al proceso y la relación. Queda

clara la característica relacional en la definición de estrés en donde la persona y el ambiente son vistos dentro de una relación recíproca, cada uno afectando y siendo afectado por el otro. Orientada al proceso significa que la relación entre la persona y el ambiente es dinámica, es decir se encuentra en constante cambio.

En esta teoría se identifican dos procesos que median esta relación y que suponen resultados adaptativos:

1. La evaluación cognitiva y
2. El afrontamiento

1. Evaluación Cognitiva

En este primer proceso la persona evalúa si un encuentro en particular con el medio ambiente es relevante para su bienestar. El individuo realiza una evaluación acerca de la situación (interpretación primaria), en relación a sus propios recursos y opciones de afrontamiento (interpretación secundaria).

- a) Interpretación primaria. El individuo evalúa la situación o los acontecimientos estresantes en relación a sus propios recursos. Esta evaluación también puede resultar de una experiencia actual o transitoria, o puede ser como el resultado de un recuerdo subjetivo de un suceso relevante (Rusiñol, 1993). Por otro lado, un evento puede ser considerado como una pérdida, una amenaza o un desafío.
- Pérdida/ daño: se refiere al daño que ya está hecho (daño a un amigo, pérdida de la autoestima).
 - Amenaza: se refiere al daño o pérdida potencial que puede resultar de la situación.
 - Desafío: se refiere a la oportunidad de crecer o ganar algo.

Las interpretaciones de daño / pérdida y la amenaza son consideradas como emociones negativas, mientras que la de desafío o reto es considerado como una

interpretación agradable. Estas interpretaciones anteriores no son mutuamente excluyentes.

Las evaluaciones que el individuo hace de una interacción específica con el entorno dependen de factores individuales como sus propios recursos, sus vulnerabilidades, sus creencias y sus compromisos, que a su vez pueden ser desde valores e ideales (por ejemplo, ser padre) hasta metas específicas (por ejemplo, tener dos hijos). Además de los factores personales se encuentran los factores propios de la situación entre los que pueden citarse la naturaleza de la amenaza o daño y su inminencia temporal (si el evento es nuevo o no), entre otros (Rusiñol, 1993).

- b) Interpretación secundaria. Este proceso responde a la pregunta: ¿Que puedo hacer? La persona evalúa si existe algo que pueda hacer para prevenir daño u obtener beneficios. Los aspectos físicos (salud de la persona), sociales (red social del individuo), psicológicos (creencias) y materiales (dinero) del individuo son evaluados respecto a las demandas de la situación. Esta evaluación incluye varias opciones de afrontamiento.

2. Afrontamiento

El segundo proceso es el afrontamiento, y cuando hablamos de afrontamiento, también podemos encontrar diversas definiciones.

Para Pearling y Schooler (1978) el afrontamiento se refiere a la conducta que protege a las personas de ser afectadas psicológicamente por alguna experiencia problemática, es una conducta que media de manera importante el impacto que la sociedad tiene sobre un individuo. El afrontamiento incluye tanto conductas, como pensamientos y percepciones.

Rusiñol (1993) hace referencia al afrontamiento como conducta adaptativa que persigue reducir la actividad provocada por la cognición del entorno, lo que implica una valoración acerca del riesgo que se corre y de las posibilidades del sujeto para hacerle frente.

El afrontamiento según Folkman y Lazarus (1980), es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales del individuo para dominar, tolerar o reducir las demandas externas e internas de las relación persona-ambiente consideradas como estresantes. Es importante notar que el afrontamiento es definido independientemente de su resultado, es decir, la efectividad de cualquier estrategia de afrontamiento no es inherente a la estrategia misma (Folkman y Lazarus, 1984).

El afrontamiento tal como lo define Lazarus es un proceso dinámico en donde se 'manejan' las demandas, lo que no implica un dominio de la situación. Los estilos o estrategias de afrontamiento juegan un papel importante en el bienestar físico y psicológico del individuo. Sin embargo, el afrontamiento ha sido conceptualizado como una respuesta a los eventos negativos o estresantes (Folkman y Lazarus, 1980; Billings y Moos, 1981; Folkman 1984). Estas respuestas son generalmente estrategias o estilos concientes de parte del individuo.

TIPOS DE AFRONTAMIENTO

Folkman y Lazarus (1980) dividen el método de afrontamiento en estrategias cognitivas y conductuales. Estas estrategias son intentos activos para reducir el evento estresante y respuestas de evitación al problema o reducción de la tensión emocional. Según estas autores existen tres tipos de afrontamiento:

1. *Afrontamiento conductual activo*. Se refiere a las intentos conductuales de manejar directamente con el problema y sus efectos, como tratar de saber más sobre la situación, o tomar alguna acción positiva.

2. *Afrontamiento cognitivo activo*. Incluye intentos para manejar la evaluación del estrés del evento, como tratar de ver el lado positivo de la situación, o utilizar las experiencias pasadas del individuo en ocasiones similares
3. *Afrontamiento de evitación*. Se refiere a los intentos por evitar activamente la confrontación con el problema, como por ejemplo, prepararse para lo peor, guardar para sí sus sentimientos, o puede ser un intento para reducir indirectamente la tensión emocional comiendo o fumando de más. Esta estrategia, puede incluir tanto estrategias orientadas a la persona como a una tarea, por ejemplo, la persona puede evitar una situación estresante buscando a otra persona (apoyo social) o involucrándose en otra tarea (viendo televisión en lugar de estudiar para su examen).

FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO

Las funciones principales del afrontamiento son:

1. Manejo de la relación ambiente- persona que es la fuente de estrés a través de la solución del problema, toma de decisiones y/o acciones directas. Puede estar dirigida hacia el ambiente o hacia el individuo (Folkman, 1980). *Afrontamiento enfocado al problema*.
2. Regular las emociones estresantes. Puede ser utilizado, por ejemplo, para alterar el significado de una situación y por lo tanto incrementar el control del individuo sobre el estrés como al enfocarse en el aspecto positivo de la situación o hacer comparaciones positivas. *Afrontamiento enfocado a las emociones*.

Endler y Parker (1990) entienden que el afrontamiento enfocado a los problemas se refiere a una orientación hacia una tarea que la persona tiene que realizar, mientras que el afrontamiento enfocado a la emoción se refiere a una orientación de la persona misma. Esta estrategia de la persona incluye respuestas emocionales, como la preocupación por uno mismo. La interpretación primaria puede llegar a confundirse con la técnica de afrontamiento

enfocada a las emociones, en este caso el afrontamiento puede ser considerado como una reinterpretación.

Folkman y Lazarus (1980) encontraron que las personas utilizan tanto el afrontamiento conductual como el cognitivo prácticamente en cualquier tipo de evento estresante. Otras investigaciones muestran que el tipo de afrontamiento varía dependiendo de lo que se está arriesgando (interpretación primaria) y cuáles son las opciones de afrontamiento de la persona. Además los esfuerzos de afrontamiento a lo largo de diferentes tipos de situaciones son muy variables en el uso de afrontamiento. Ambos tipos de afrontamiento pueden usar las dos modalidades de afrontamiento: cognitivo y conductual (Billings and Moos, 1981, Pearling and Schooler, 1978).

Al hablar de estrés y afrontamiento implica hablar de autocontrol, pues se asume que las personas que consideran que tienen control sobre resultados aversivos reduce el estrés y si no se tiene control sobre ellos induce estrés. El control se considera como una creencia generalizada de un individuo, se refiere a la evaluación situacional de las posibilidades de controlar un encuentro estresante específico y al control que puede tener de los resultados de dicho encuentro. Así las evaluaciones personales sobre el control tienen la probabilidad de cambiar a lo largo del encuentro estresante resultado de la relación persona-ambiente (Folkman, 1984; Folkman, Lazarus, 1986). Las percepciones de control, como son moldeadas por las creencias, necesitan ser examinadas en los encuentros estresantes específicos. Además el autocontrol puede tener múltiples funciones en un encuentro estresante dado. Pearling and Schooler (1978) encontraron que en áreas en las que la persona tiene poco control, como el trabajo, las características de personalidad ayudan a mejorar el funcionamiento psicológico, mientras las respuestas de afrontamiento fueron más útiles en áreas en las que los esfuerzos personales pueden hacer la diferencia, como en el contexto del matrimonio.

El afrontamiento parece mediar entre los eventos estresantes antecedentes y sus resultados como la ansiedad, depresión, estrés psicológico, y quejas somáticas (Pearling and Schooler,

1978; Billings and Moos, 1981, 1984). La función protectora (Pearling and Schooler, 1978) del afrontamiento puede ser ejercida a través de los siguientes modos de respuesta:

- Respuestas que eliminan o modifican las condiciones que han causado problemas. Estas representan la manera mas directa de afrontamiento pues eliminan o alteran la fuente de estrés. Las conductas que incluyen son: negociación, disciplina, búsqueda de consejo.
- Respuestas que controlan perceptualmente el significado de la experiencia de manera que neutralice su carácter problemático. Es importante reconocer que la misma experiencia puede ser amenazante para unas personas e inofensiva para otras, dependiendo de la evaluación perceptual y cognitiva que el sujeto realice de dicha experiencia. Incluye respuestas como las comparaciones positivas o respuestas en las que se disminuye la importancia de lo nocivo y se aumenta lo gratificante de la situación.
- Respuestas que mantienen las consecuencias emocionales de los problemas dentro de límites que sean manejables. En este caso se utilizan las creencias y valores culturales para crear estrategias en donde se intenta minimizar las consecuencias emocionales de las experiencias estresantes.

La variedad de respuestas y recursos que uno puede manejar para afrontar los eventos estresantes de vida puede ser más importante en la protección personal ante el estrés emocional que la naturaleza y contenido de cualquier elemento de afrontamiento (Pearling and Schooler, 1978). A mayor rango y variedad en el repertorio de afrontamiento mayor protección de los esfuerzos del afrontamiento.

INVESTIGACIONES EN AFRONTAMIENTO

Las investigaciones de afrontamiento abarcan el estudio de estrategias de afrontamiento en relación a características sociodemográficas, síntomas psicológicos, salud, características de personalidad y apoyo social. Los resultados han mostrado en cuanto a diferencias de género

que las mujeres reportan más afrontamiento orientado a la emoción y evitación que los hombres, las mujeres también tienen significativamente mayor ayuda y redes sociales más extensas. En la investigación realizada por McFarlane, Norman, Streiner y Roy (1983), la edad estaba asociada positivamente con pocos eventos estresantes, mejores apoyos y locus de control interno, sin embargo, a menor salud. Las mujeres mostraron más locus de control externo. Los individuos casados reportaron menor cantidad de eventos estresantes.

Las personas con más alto nivel educativo tienen mayor probabilidad de usar afrontamiento cognitivo activo y afrontamiento enfocado al problema, por otro lado tienen menor probabilidad de usar afrontamiento de evitación (Billings and Moos, 1980).

En cuanto a los síntomas psicológicos, se ha reportado que los individuos deprimidos se encuentran relacionados fuertemente con conductas de afrontamiento orientado a las emociones (Billings, Moos, 1985). Por otro lado, Endler y Parker, (1990) encontraron una correlación negativa entre afrontamiento de tarea y depresión en mujeres. Un estado de ansiedad elevado se encuentra relacionado con preocupación, con pensamientos negativos y respuestas físicas, es decir, experiencias asociadas con actividades de afrontamiento enfocado a la emoción. Para hombres y mujeres, este tipo de afrontamiento está relacionado fuertemente con neuroticismo; en hombres el neuroticismo estuvo también relacionado con afrontamiento orientado a la evitación.

Se han encontrado que las personas adaptadas al estrés no muestran síntomas físicos o emocionales. Además, como factores de resistencia al estrés, tienen las siguientes características: son personas más accesibles y tienen menor probabilidad de respuesta de afrontamiento de evitación, mayor autoconfianza (encontrado en hombres) y apoyo familiar (encontrado mayormente en mujeres). Las características anteriores también se conocen como factores predictores del funcionamiento del individuo y operan juntas para proteger a hombres y mujeres de consecuencias psicológicas negativas de los estresores e incluso se encuentran asociados con un mejor funcionamiento psicológico.

Por último las conductas de afrontamiento que se encuentran enfocadas en modificar al estresor están asociadas con bajos niveles de estrés, mientras que las conductas de afrontamiento que intentan manejar solamente con la emoción están asociadas con mayores niveles de estrés (Billings and Moos, 1981).

TIPOS DE AFRONTAMIENTO Y SALUD

Los diversos tipos o formas de afrontamiento producen diferentes efectos en los ajustes de las personas a la enfermedad, sin embargo se ha observado que una enfermedad crónica degenerativa (como el cáncer) atenta contra la integridad psicológica y física del individuo, además de que disminuye la calidad de vida de quien la padece.

Los estudios de afrontamiento antes mencionados han demostrado que las estrategias de afrontamiento caracterizadas como activas están asociadas con mejor ajuste a la enfermedad mientras que las de evitación, pasividad y pensamientos negativos están asociados a un menor ajuste. Sin embargo, los pacientes utilizan variados estilos de afrontamiento y no exclusivamente los orientados a una sola dimensión.

Billings y Moos (1981) encontraron en los adultos, que el afrontamiento conductual activo es más común durante eventos relacionados con enfermedad mientras que el afrontamiento enfocado al problema es menos común durante eventos relacionados con la muerte. Al comparar los tipos de afrontamiento a través de diferentes tipos de eventos Folkman y Lazarus (1980) también encontraron que los estresores relacionados con la salud tuvieron como resultado menos afrontamiento enfocado al problema y más afrontamiento enfocado a las emociones que otras áreas como el trabajo o estresores familiares.

Los resultados de la investigación demuestran estadísticamente que los adultos saludables reportan una mayor variabilidad de afrontamiento que las personas de la tercera edad o aquellas que padecen alguna enfermedad crónica.

Cuando nos enfocamos en mejorar la salud, bajo gran estrés, los recursos juegan un papel de amortiguadores o reductores de estrés, así como también promueven un mejor funcionamiento psicológico cuando hay niveles bajos de estrés (Holahan and Moos, 1990).

El afrontamiento puede afectar la salud negativamente cuando incluye uso excesivo de sustancias dañinas como el alcohol, drogas y tabaco, o cuando incluye a la persona en actividades de alto riesgo de vida (Folkman y Lazarus 1986).

AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

Por otro lado Pearling and Schooler (1978) encontraron que las respuestas de afrontamiento pueden ser efectivas reduciendo el estrés emocional asociado con el apoyo social. Los bajos niveles de apoyo social han sido asociados directamente con el estrés psicológico (Lin et al, 1979; Gore, 1978). A pesar de que el apoyo social puede ser considerado como un recurso de afrontamiento (Gore, 1978), en ciertas ocasiones también es considerado como generador de estrés ya que el afrontamiento puede impactar en las redes sociales ya sea disminuyendo o incrementando los recursos sociales.

Sin importar la perspectiva de la investigación en particular cuando se evalúan las repuestas de las personas a los eventos estresantes se puede considerar simultáneamente la naturaleza y el contexto de las redes sociales disponibles en el proceso de afrontamiento del individuo.

CAPITULO 4. APOYO SOCIAL

Algunos estudios han demostrado que la presencia de apoyo social reduce la probabilidad de experimentar eventos estresantes (McFarlane et al. 1983) y por otro lado también es un recurso de afrontamiento que amortigua o reduce los efectos nocivos del estrés (Gore, 1978; Pearling and Schooler, 1978; Darley et al. 1990).

Moos (1973) definió el apoyo social como el sentimiento subjetivo de pertenencia, aceptación, de sentirse amado o necesitado por ser uno mismo y no por lo que uno puede hacer (Gore, 1978).

Sarason, Levine, Basham y Sarason (1983) definen el apoyo social como la existencia o la disponibilidad de personas en quienes podemos apoyarnos, personas que nos permiten saber que se preocupan por nosotros, nos valoran y nos aman.

El apoyo social puede ser definido como el apoyo accesible a un individuo a través de relaciones sociales a otros individuos, grupos y de una comunidad (Lin, Ensel, Simeone and Kuo, 1979). Este apoyo puede consistir en una preocupación emocional, una ayuda material, información y/o una retroalimentación útil por parte de otros (Darley et al. 1990).

Los epidemiólogos han conceptualizado tradicionalmente el apoyo social en apoyo recibido, así como las interacciones con amigos, la participación en grupos sociales como la iglesia, el empleo fuera de casa y el estado civil. Al mismo tiempo, los investigadores en Psicología han conceptualizado el apoyo social cognitivamente, como la percepción que uno tiene de ser apoyado por otras personas, sin importar la precisión de la percepción.

Recientemente los investigadores han hipotetizado que el apoyo social, referido como el sentido que cada quien tiene del apoyo (sentido de apoyo), refleja una perspectiva estable de que "tan probable es que las personas dentro de un ambiente social se les pueda buscar,

aproximar, pedir o solicitar apoyo y ellas puedan acercarse, ofrecer o dar apoyo " (Dolbier, 2000).

En algunos estudios se ha tratado el concepto de las redes sociales, y el apoyo social percibido como conceptos intercambiables; sin embargo las redes sociales son el número de relaciones que tiene una persona, mientras que el apoyo social percibido corresponde a la percepción de la persona del valor o apoyo que tienen las interacciones sociales.

Una red social puede ser descrita por su composición y su estructura (ej. número de personas involucradas y número de quienes se conocen entre sí) o por el contenido de una relación en particular (ej. amistad vs. parentesco).

El apoyo social percibido involucra una evaluación de la ayuda recibida en una interacción o patrón de interacciones y relaciones. El balance entre los costos y beneficios de las relaciones sociales difiere entre las personas, a través de las situaciones y los roles sociales.

Schaefer, Coyne y Lazarus (1981) consideran importante distinguir entre apoyo social percibido y redes sociales, pues pueden tener diferentes efectos sobre la salud, moral, y funcionamiento psicológico. Consideran que el apoyo social percibido puede ser fuertemente asociado con los resultados en la salud porque es una medida más directa del apoyo mientras que las redes sociales pueden ser vistas como fuentes potenciales del apoyo, dependiendo de las actitudes del sujeto hacia aceptar ayuda o el acceso que tenga a estrategias de ajuste.

El apoyo social implica un patrón de relaciones continuas o intermitentes (lazos o vínculos sociales) que juegan una parte significativa en mantener la integridad psicológica y física de un individuo a través del tiempo.

Sin importar cómo es conceptualizado, el apoyo social parece tener dos elementos básicos:

- a) la percepción de que existe un número suficiente de otras personas disponibles en quienes uno puede contar en tiempos de necesidad y
- b) el grado de satisfacción con el apoyo social disponible.

Estos dos factores en el apoyo social pueden variar de una relación a otra, dependiendo de la personalidad de cada individuo. Un efecto generalizado del apoyo social puede ocurrir porque las grandes redes sociales proveen a las personas de experiencias positivas y roles socialmente aceptables y reconocidos en la comunidad, es decir provee de afecto positivo (Cohen and Wills, 1985). Algunas personas pueden pensar que solamente un gran número de ayuda disponible provee suficiente apoyo social. Otros pueden considerar que tan sólo una persona es adecuada. Qué tan gregarias sean las personas y qué tan cómodas se sientan con otros puede determinar el número de apoyo que crean necesario. De la misma manera la satisfacción con el apoyo disponible percibido puede ser influenciado por los factores de personalidad como la autoestima, un sentimiento de control sobre el medio ambiente o por las experiencias recientes (Caplan, 1974). La evidencia sugiere que el apoyo puede ser provisto efectivamente tanto a través de lazos con individuos familiares, como con extrafamiliares.

Tipos de Apoyo Social

Se encuentran diferentes tipos de apoyo social según diferentes autores, aquí se mencionan algunos tipos (Dean and Lin, 1977; Schaefer, Coyne and Lazarus, 1981; Cohen and Wills, 1985):

1. *Apoyo en la autoestima*: En este caso la autoestima puede ser incrementada comunicándose con otras personas que son valiosas para la personas por sí mismas y por sus experiencias, y con son aceptadas a pesar de cualquier dificultad o fallas personales. Este tipo de apoyo social también se le conoce como apoyo emocional,

expresivo o apoyo en la estima; es cercano e incluye la intimidad, el apego, el consuelo, la reafirmación y la habilidad de confiar y depender uno del otro.

2. *Apoyo informativo*: Es la ayuda para definir, comprender y afrontar con los eventos problemáticos. También es llamado consejo o guía cognitiva. Consiste en dar información y consejo que ayude a una persona a resolver un problema y dar retroalimentación de cómo va el progreso de dicha persona.
3. *Apoyo instrumental*: Es la provisión de ayuda directa, involucra ayuda financiera, recursos materiales y servicios a través de préstamos, regalos (dinero o bienes), y una provisión de servicios tales como cuidar a los necesitados o hacerles un favor. Este apoyo puede reducir el estrés dirigiendo la solución de los problemas o proveyendo al individuo de tiempo para realizar actividades como la relajación o entretenimiento, también se le conoce como ayuda, apoyo material o tangible.
4. *Compañía*: Consiste en pasar tiempo con otras personas en actividades recreativas. Puede reducir el estrés llenando las necesidades de afiliación y contacto con otros, ayudando a distraer a las personas de preocuparse de sus problemas y facilitando afecto positivo.

El apoyo tangible e informativo pueden servir también como una función de apoyo emocional, tal como cuando simbolizan cariño y no son vistos como resultado de una obligación.

Los estudios empíricos han mostrado un correlación apreciable entre medidas de diversas dimensiones funcionales de apoyo por lo que se puede decir que las funciones de apoyo social no son totalmente independientes entre si. La efectividad del apoyo como compañía y el apoyo instrumental dependerá más del empate entre el evento estresante y el recurso de afrontamiento.

Existen estudios que indican que las funciones del apoyo social como supresores efectivos de estrés para hombres no lo son para mujeres y viceversa. Estas diferencias pueden ser atribuidas a las diferencias en los tipos de estresores experimentados por hombres y mujeres (Billings and Moos, 1981), pero también puede ser atribuible a las diferencias de sexo en las necesidades provocadas por los mismos estresores o a las diferencias de sexo en los estilos de socializar o afrontar.

La importancia de distinguir entre los diferentes tipos de apoyo yace en la posibilidad de que pueden tener efectos independientes sobre la salud y las funciones psicológicas. Cada una puede producir diferentes resultados porque la utilidad de las funciones no son necesariamente intercambiables.

Modelos de Apoyo Social

Los estudios sobre el apoyo social y la salud se han enfocado en su mayor parte en dos tipos de modelos en base a sus efectos:

- 1. Efecto principal:** En primer lugar está el efecto principal en el cual la asociación positiva entre el apoyo social y la salud son atribuidos al efecto benéfico del apoyo social. Cuantos más vínculos o contactos sociales tienen las personas, menor es su probabilidad de padecer alteraciones físicas o psicológicas, independientemente de los estresores que haya en su vida.
- 2. Efecto amortiguador:** En segundo lugar se encuentra el efecto amortiguador en el que el apoyo social protege a las personas de los posibles efectos adversos de los estresores, es decir, cuanto más percibe la gente que cuenta con ese apoyo, menor es su probabilidad de padecer alteraciones cuando están bajo estrés o presión (Pearlin y Schooler, 1978; Lin, et al. 1979; LaRocco, et al. 1980; Sarason, Levine, Basham and Sarason, 1983; Cohen y Wills, 1985; Kouzis and Eaton, 1998; Darley et al. 1990).

Cohen and Wills (1985) encontraron evidencia del efecto principal del apoyo social cuando la medida de apoyo evalúa el grado de integración de una persona en una red social dentro de la comunidad. Encontraron evidencia del modelo amortiguador o supresor del estrés cuando la medida del apoyo social evalúa la disponibilidad percibida de los recursos interpersonales. El efecto amortiguador del apoyo social también se ha demostrado en enfermedades adquiridas durante el último año, sobre la presencia de síntomas psicósomáticos (Acuña y Bruner, 1999).

Se sugiere que el apoyo percibido tiene un mayor impacto en el bienestar porque la asociación entre el apoyo social y el bienestar se encuentra mediada cognitivamente, por lo que el apoyo social reduce la evaluación de amenaza en una situación. Cohen and Wills (1985) proveen evidencia teórica y empírica de que las medidas *cualitativas* y *específicas* del apoyo social producen un efecto supresor del estrés, mientras que las medidas *cuantitativas* y *globales* del apoyo social demuestran un efecto principal porque la información combinada de una variedad de relaciones sociales mide la extensión de la integración en una red social lo cual es importante para un bienestar general.

Salud, Enfermedad y Apoyo Social

Ante la presencia de recursos sociales se ha observado que incrementan las habilidades de afrontamiento, lo que produce que el efecto nocivo del estrés sobre la salud física y mental sea menor en relación a la falta de relaciones sociales positivas, que lleva a estados psicológicos negativos como la ansiedad y la depresión (Gore, 1978; Holahan y Moos, 1987; Acuña y Bruner, 1999).

Aunque algunos autores (Lin, Ensel, Simeone y Kuo 1979) consideran que el apoyo social tiene un efecto independiente en la salud, en su investigación reportan que el apoyo social se encuentra significativamente y negativamente relacionado a la enfermedad, es decir, a mayor apoyo social que un individuo reciba, en forma de relaciones cercanas con miembros

de la familia, amigos, compañeros de trabajo y comunidad, menor probabilidad de que un individuo experimente enfermedad. Anteriormente Gore (1978) reportó en su investigación, que las personas desempleadas y sin apoyo social presentaron elevaciones significativamente más altas y mayor cambio en medidas de colesterol y síntomas de enfermedad que aquellos desempleados que contaban con apoyo social a través de relaciones maritales, familiares y de grupo.

Estrés y Apoyo Social

El apoyo social actúa en la relación estresor- enfermedad actuando como un factor antecedente que reduce la probabilidad de ocurrencia de eventos estresantes o cambios indeseables en la vida. También actúa como un factor amortiguador o como función de afrontamiento, después de la ocurrencia de cambios de vida, controlando las interpretaciones de los eventos y las respuestas emocionales a ellos (Gore, 1978; Lin, Ensel, Simeone and Kuo, 1979; McFarlane et al. 1983).

Al parecer, las decisiones exitosas de los sujetos, que resultan en menos eventos estresantes, es una contribución clave del apoyo social. Esta contribución consiste en tener al menos el punto de vista de otra o de otras personas en el plan de acción del individuo. McFarlane et al. (1983) remarcan un efecto circular: con menor redes de apoyo resultan mayores eventos estresantes, los cuales debilitan la ayuda de las redes sociales.

CAPITULO 5. METODO

Objetivo

Identificar, comparar y describir la extensión de la red social, el grado de satisfacción percibido y los tipos de afrontamiento en relación con la salud, en sujetos de diversas comunidades del D.F.

Objetivos específicos

1. Conocer si las diferencias que existen en las variables sociodemográficas (género, edad, delegación, etc.) son significativas en cuanto:
 - a) A los indicadores de salud.
 - b) A los tipos de afrontamiento.
 - c) A la extensión de la red social y al grado de satisfacción percibido del apoyo social.
2. Conocer la relación entre:
 - a) los tipos de afrontamiento y los indicadores de salud
 - b) los tipos de afrontamiento y los indicadores de estrés
 - c) las dimensiones del apoyo social y los tipos de afrontamiento

Sujetos

Se analizaron los datos de 293 sujetos adultos, 71 hombres y 222 mujeres, con un rango de edad entre 20 y 60 años, la media fue de 39 años. La muestra se distribuyó por edades en dos grupos según la clasificación siguiente:

20- 29 años	78
30- 39 años	85
40- 49 años	58
50- 60 años	72

ESCENARIO

Los sujetos pertenecen a seis diferentes comunidades ubicadas al sur del Distrito Federal, comprendidas en las siguientes Delegaciones:

- ~ Delegación Alvaro Obregón
- ~ Delegación Coyoacán
- ~ Delegación Benito Juárez
- ~ Delegación Iztacalco
- ~ Delegación Milpa Alta

Muestreo

No probabilístico de sujetos voluntarios.

Tipo de estudio

Descriptivo transversal correlacional.

Instrumentos y/o Materiales

Cuestionario de Datos Socioeconómicos

Los sujetos contestaron un cuestionario socioeconómico, en el cual se pidió información sobre edad, género, estado civil, nivel educativo, ocupación del entrevistado, monto aproximado del ingreso familiar, servicios con los que cuenta su vivienda y la comunidad y los problemas percibidos en su comunidad.

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana (Health and Daily Living Form)

(Moos, Cronkite, Billings and Finney, 1984.)

Traducido y adaptado por Ayala, Aduna, Vázquez y Lozano (1988).

Este cuestionario se encuentra compuesto por indicadores que cubren información personal sobre salud física, eventos estresantes, respuestas de afrontamiento y recursos sociales.

Las escalas y subescalas que se utilizaron son las siguientes:

Indicadores relacionados con el funcionamiento de la salud:

- ~ condiciones médicas
- ~ síntomas físicos
- ~ humor depresivo
- ~ síntomas por fumar
- ~ autoconfianza
- ~ uso de medicamentos

Indicadores de los eventos de cambios de vida:

- ~ eventos negativos de cambio de vida
- ~ eventos positivos de cambio de vida
- ~ eventos de salida

Indicadores de las respuestas de afrontamiento:

- ~ afrontamiento activo-cognitivo
- ~ afrontamiento activo-conductual
- ~ afrontamiento de evitación
- ~ análisis lógico
- ~ búsqueda de información
- ~ resolución de problemas
- ~ regulación afectiva
- ~ descarga emocional

Cuestionario de Apoyo Social (Social Support Questionnaire)

(Sarason, I., Levine, H., Basham, R. y Sarason, B., 1983).

Traducido y adaptado por Acuña y Bruner (1999)

El SSQ es un cuestionario constituido por 27 preguntas y mide dos dimensiones del apoyo social percibido:

- a) el número total de personas que brindan su apoyo y
- b) la satisfacción con dicho apoyo.

PROCEDIMIENTO

Para la realización de este estudio se aplicaron los cuestionarios en seis comunidades delimitadas por Áreas Geoestadísticas Básicas establecidas por los Centros de Salud Comunitaria de la Secretaría de Salud del Distrito Federal., con los que la Facultad de Psicología de la UNAM tenía acuerdo por parte del Programa de Formación Profesional en Psicología.

La aplicación de los cuestionarios se llevaron a cabo por alumnos entrenados durante la Rotación del Área de Salud en el Programa de Internado en Psicología General. Se acudió a las diferentes comunidades, casa por casa y se les pidió a los sujetos su colaboración voluntaria.

Para la aplicación de la entrevista inicial y los instrumentos, el entrevistador les explicó el objetivo y las instrucciones de cada uno, leyó las preguntas y se les pidió a los participantes que emitieran su respuesta de manera verbal.

En la aplicación del Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana, se les presentaron a los sujetos que sabían leer y escribir, diferentes escalas de respuesta tipo Likert y se les indicaba la escala en la que debían responder, de acuerdo a las preguntas formuladas.

A los sujetos que no sabían leer y escribir se les explicaban las escalas de respuesta para que ellos decidieran cual era la respuesta más adecuada a la pregunta.

Análisis Estadístico

Las variables a utilizarse son:

Sociodemográficas: comunidades que habitan, edad, género, nivel educativo, ocupación, estado civil, y nivel de ingresos económicos.

Salud: condiciones medicas, síntomas físicos, síntomas por fumar, uso de medicamentos, autoconfianza.

Indicadores de estrés: eventos de cambio de vida .

Tipos de afrontamiento: Activo- cognitivo, activo- conductual, evitación.

Apoyo social: Extensión de la red social y grado de satisfacción percibido.

Los resultados han de presentarse conforme a diferencias entre grupos y correlaciones entre variables.

CAPITULO 6. RESULTADOS

GÉNERO

En cuanto a la distribución por género se encontró que la muestra se encuentra integrada por 71 hombres, y 222 mujeres, lo que equivale al 24% y 76% respectivamente (Figura 1).

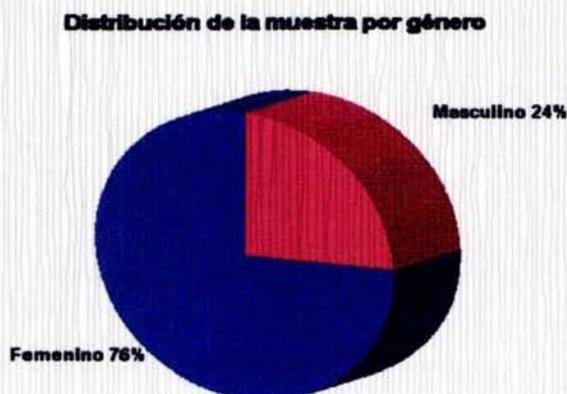


FIGURA 1. Distribución de la muestra por género.

EDAD

La edad de la muestra se dividió en dos grupos de edad. El primer grupo son personas entre 20 y 39 años de edad, este grupo tiene una frecuencia de 163 personas, lo que equivale al 55.6% de la muestra. El segundo grupo se encuentra conformado por personas con edades entre 40 y 60 años, la frecuencia de este grupo es de 130 casos y el porcentaje es de 44.4%. Las frecuencias por cada grupo se muestran en la Figura 2.

Distribución de la muestra por grupos de edad

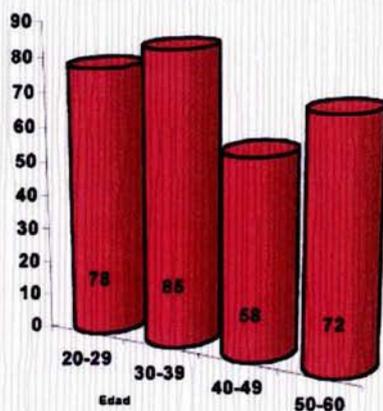


Figura 2. Frecuencias por grupos de edad.

ESTADO CIVIL

En cuanto el estado civil encontramos que más de la mitad están casados (61%), 22.5% de la muestra son solteros y un 6.5% viven en unión libre. Por otro lado solo un pequeño porcentaje son divorciados (4%), separados (2%) o viudos (4%) (Figura 3).



Figura 3. Distribución por estado civil.

ESCOLARIDAD

Los resultados sobre el nivel de escolaridad nos señalan que hay 10 personas sin estudios (3%), 20% de la muestra son sujetos con estudios de primaria y un porcentaje casi igual (21%) cuenta con estudios de secundaria. Las personas con estudios de bachillerato conforman el 26% de la muestra, mientras que el 30% restante corresponde a los sujetos con estudios profesionales (Figura 4).

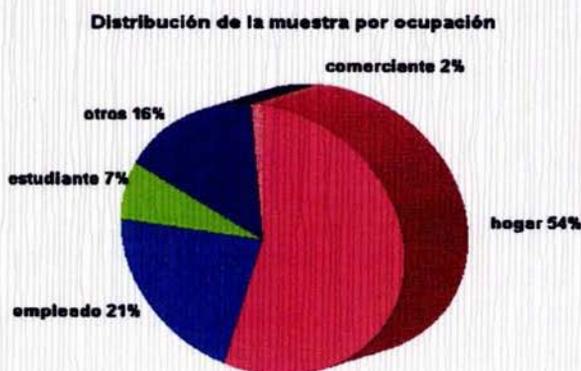


Figura 4. Distribución por escolaridad.

OCUPACIÓN

La distribución de la muestra en cuanto a su ocupación señala que 159 personas se dedican al hogar, es decir un 54%. Un 21% de la muestra son empleados y el 16% se dedica a otras actividades. Solo se entrevistaron a 21 estudiantes, que equivalen a un 7% de la muestra y únicamente 4 sujetos mencionaron dedicarse al comercio (Figura 5).

Figura 5. Distribución por ocupación.



INDICADORES RELACIONADOS CON LA SALUD- ENFERMEDAD.

El área de salud fue evaluada a través de la Escala de Salud y Vida cotidiana (HDL) incluyendo los indicadores de las siguientes subescalas: Condiciones Médicas (CM), Síntomas Físicos (SF), Humor Depresivo (HD), Síntomas por fumar (Sfu), Autoconfianza (AC) y Uso de Medicamentos (UM).

Análisis por Género

Los resultados del análisis de los indicadores de salud por género dieron como resultado diferencias significativas en las subescalas de Condiciones Médicas, Síntomas Físicos y Autoconfianza.

En cuanto a las Condiciones Médicas se encontró una $T = -3.220$ y una $\alpha = .001$. Se observa que las mujeres presentan una media mayor que los hombres (Figura 6).

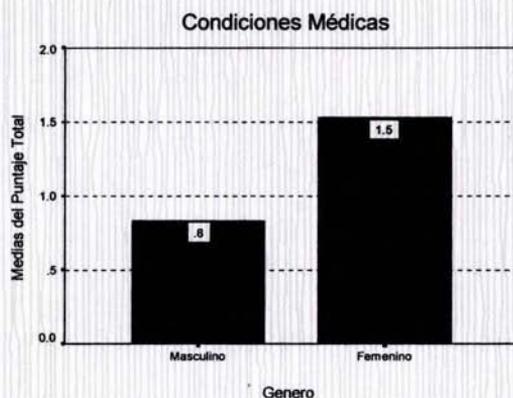


Figura 6. Medias de los puntajes obtenidos en Condiciones Médicas para hombres y mujeres.

Los resultados de los Síntomas Físicos mostraron una $T = -3.853$ con una $\alpha = .000$. En este caso las mujeres presentan una media mayor (Figura 7).

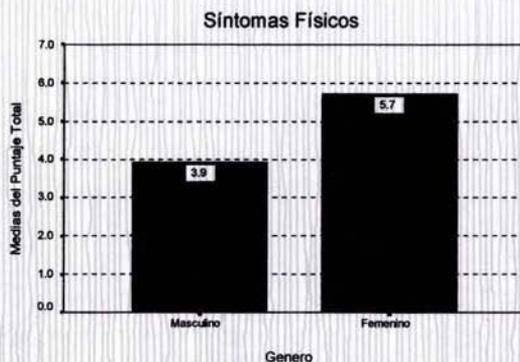


Figura 7. Medias de los puntajes obtenidos en Síntomas Físicos para hombres y mujeres.

En el análisis comparativo del indicador de Autoconfianza se encontró una $T= 3.478$ y un $\alpha = .001$. En este caso son los hombres quienes tienen una media mayor que las mujeres (Figura 8).

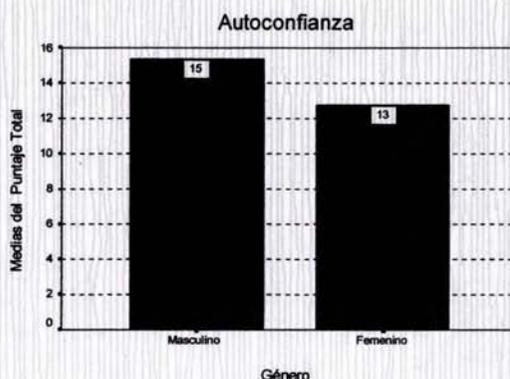


Figura 8. Medias de los puntajes obtenidos en Autoconfianza para hombres y mujeres.

Análisis por Grupos de Edad

El análisis de ANOVA por grupos de edades muestra que existen diferencias significativas en los indicadores de Condiciones Médicas.

Se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe y se encontró que en el indicador de Condiciones Médicas la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre el grupo 1, que corresponde al de adultos con un rango de 20 a 29 años de edad y el grupo 3 (adultos entre 40 y 49 años) con una $F= 7.840$; $\alpha= .000$ y una diferencia de media de -1.10 . También se observó una diferencia significativa entre el grupo 1 y el grupo 4 (adultos entre 50 y 60 años) con $F= 7.840$; $\alpha= .000$ y una diferencia de media de -1.05 (Figura 9).

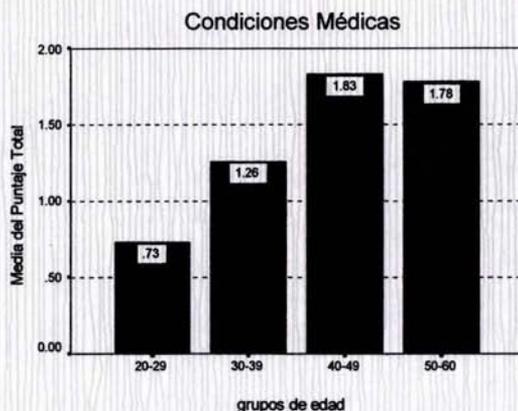


Figura 9. Puntajes obtenidos en Condiciones Médicas por grupos de edades.

Análisis por Estado Civil

No se encontraron diferencias significativas en los indicadores de salud en el análisis realizado por Estado Civil.

Análisis por Escolaridad

En el análisis de ANOVA por escolaridad se observan diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Condiciones Médicas, Síntomas Físicos, Humor Depresivo y Autoconfianza (Tabla 1).

Indicador	F	Sig.
Condiciones Médicas (CM)	4.332	.002
Síntomas Físicos (SF)	3.138	.015
Humor Depresivo (HD)	4.910	.001
Autoconfianza (AC)	4.788	.001

Tabla 1. ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de CM, SF, HD, y AC con respecto a la escolaridad.

En la prueba Post Hoc de Scheffe realizada para el indicador de Condiciones Médicas se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios de bachillerato, $F= 4.332$; $\alpha= .002$ y una diferencia de media de .87 (Figura 10).

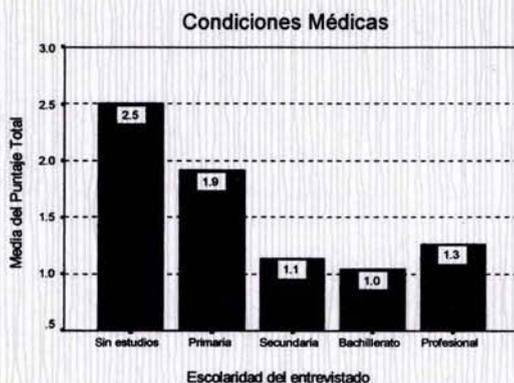


Figura 10. Puntajes obtenidos en Condiciones Médicas por Escolaridad.

Para el indicador de Humor Depresivo la prueba Post Hoc de Scheffe muestra diferencias estadísticamente significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios profesionales, se observa una $F= 4.910$ y un $\alpha= .001$. Se tiene una diferencia de la media de 1.46 (Figura 11).



Figura 11. Medias del puntaje obtenido en Humor Depresivo por Escolaridad.

En la prueba Post Hoc de Scheffe para el indicador de Autoconfianza se encontró diferencias significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios de bachillerato, $F= 4.788$; $\alpha=.001$ teniendo una diferencia de la media de -3.43 . También existen diferencias significativas entre las personas con estudios de primaria y las personas con estudios profesionales, teniendo una $F= 4.788$ y un $\alpha= .001$. Se observa una diferencia de la media de $- 3.46$ (Figura 12).

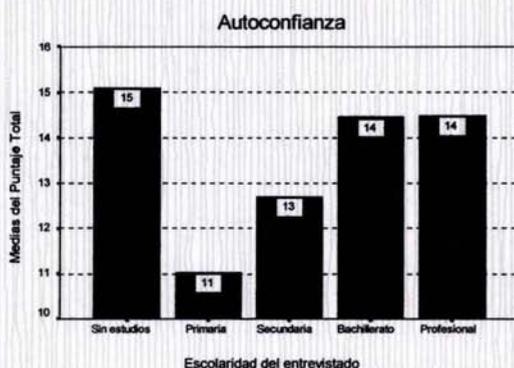


Figura 12. Puntajes obtenidos en Autoconfianza por escolaridad.

Análisis por Ocupación

El análisis de ANOVA por ocupación muestra que existen diferencias significativas en los indicadores de Condiciones Médicas, Humor Depresivo, Síntomas por Beber y Autoconfianza.

Indicador	F	Sig.
Condiciones Médicas (CM)	3.845	.005
Humor Depresivo (HD)	6.247	.000
Síntomas por beber (Sb)	4.160	.003
Autoconfianza (AC)	5.995	.000

Tabla 2. ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de CM, HD, Sb y AC con respecto a la ocupación.

Se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontrando diferencias estadísticamente significativas para el indicador de Humor Depresivo entre las personas que tienen un empleo y las personas que se dedican a su hogar. Se observa una $F = 6.247$; $\alpha = .000$ y una diferencia en la media de -1.38 (Figura 13).

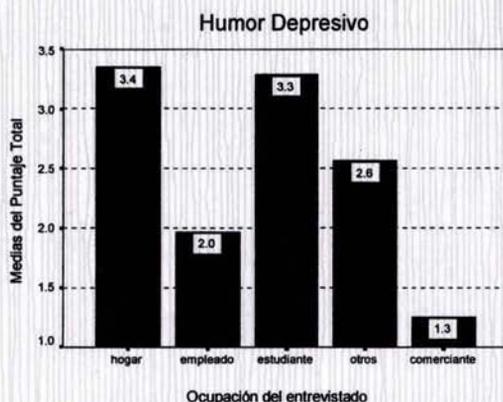


Figura 13. Puntajes obtenidos en Humor Depresivo por ocupación.

Para el indicador de Síntomas por Beber, la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontró diferencias estadísticamente significativas entre los estudiantes y las personas que se dedican al hogar, las personas que tienen un empleo y las personas que se dedican a otras actividades, con una $F = 4.160$ y un $\alpha = .003$ (Tabla 3 y Figura 14).

Diferencias entre grupos		Diferencias entre las medias
Estudiantes	Hogar	-.43
	Empleados	.50
	Otros	.50

Tabla 3. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Síntomas por beber.



Figura 14. Puntajes obtenidos en Síntomas por beber por ocupación.

El análisis realizado con la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe al indicador de Autoconfianza muestra diferencias estadísticamente significativas entre las personas que se dedican al hogar y las personas empleadas con una $F = 5.995$ y una $\alpha = .000$ teniendo una diferencia en la media de -3.59 (Figura 15).

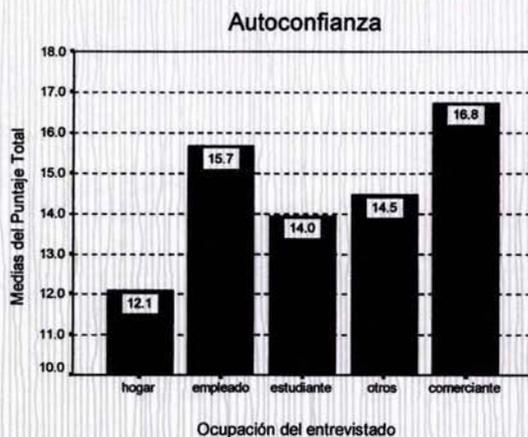


Figura 15. Puntajes obtenidos en Autoconfianza por ocupación.

Análisis por Delegaciones

Al análisis de ANOVA realizado por delegaciones muestra que existen diferencias significativas en los indicadores de Condiciones Médicas, Síntomas Físicos, Humor Depresivo, Síntomas por Fumar, Síntomas por Beber y Autoconfianza.

Para el indicador de Condiciones Médicas se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe y se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la delegación de Milpa Alta y la delegación Benito Juárez, con una $F= 3.735$ y un $\alpha= .006$ con una diferencia en la media de 1.07 (Figura 16).

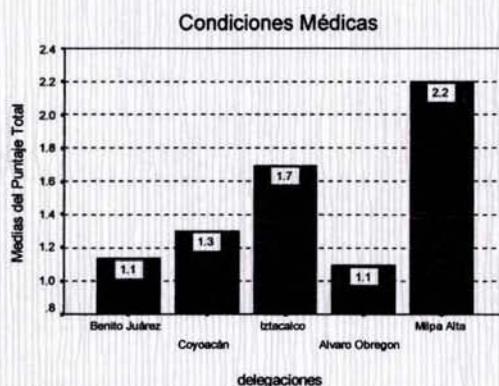


Figura 16. Puntajes obtenidos en Condiciones Médicas por delegaciones.

El análisis realizado con la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe al indicador de Síntomas Físicos muestra diferencias estadísticamente significativas entre la delegación de Benito Juárez y las delegaciones de Iztacalco y Milpa Alta con una $F= 7.360$ y una $\alpha= .000$ (Tabla 4 y Figura 17).

Diferencias entre delegaciones		Diferencia entre las medias
Alvaro Obregón	Iztapalapa	-3.23
	Milpa Alta	-2.01

Tabla 4. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Síntomas Físicos.

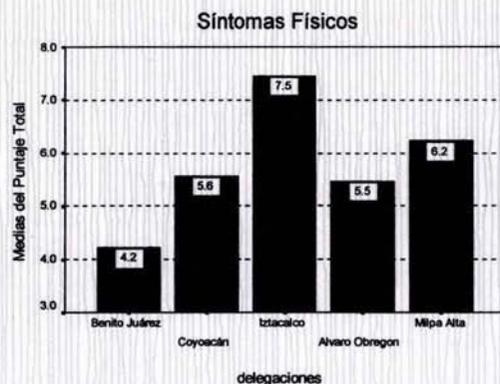


Figura 17. Puntajes obtenidos en Síntomas Físicos por delegaciones.

Se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe y se encontró que en el indicador de Humor Depresivo la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre la delegación Benito Juárez y las delegaciones Iztacalco y Milpa Alta con una $F= 10.635$ y un $\alpha= .000$ (Ver Tabla 5). También se observó una diferencia significativa entre la delegación de Iztacalco y la de Coyoacán con una $F= 10.635$; $\alpha= .000$ y una diferencia de media de 1.53 (Figura 18).

Diferencias entre delegaciones		Diferencia entre las medias
Benito Juárez	Iztacalco	-2.24
	Milpa Alta	-1.53
Iztacalco	Coyoacán	1.53

Tabla 5. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Humor Depresivo.

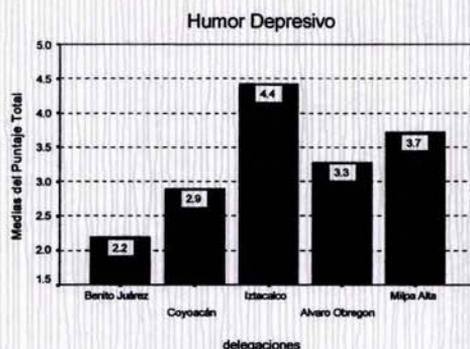


Figura 18. Puntajes obtenidos en Humor Depresivo por delegaciones.

Para el indicador de Síntomas por fumar se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe y se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la delegación de Milpa Alta y la delegación Benito Juárez, Coyoacán y Álvaro Obregón con una $F= 6.047$ y un $\alpha= .000$. También se encontró diferencias significativas entre la delegación Iztacalco y la de Coyoacán con una $F= 6.047$ y un $\alpha= .000$ con una diferencia en la media de .58 (Tabla 6).

Diferencias entre delegaciones		Diferencia entre las medias
Milpa Alta	Benito Juárez	1.33
	Coyoacán	1.42
	Álvaro Obregón	1.26
Iztacalco	Coyoacán	.58

Tabla 6. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Síntomas por fumar

Para el indicador de Síntomas por beber se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe y se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la delegación de Coyoacán y la delegación Benito Juárez, con una $F= 4.439$ y un $\alpha= .002$ con una diferencia en la media de .33 .

Se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe y se encontró que en el indicador de Autoconfianza la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre la delegación Álvaro Obregón y las delegaciones Benito Juárez, Coyoacán, Iztacalco y Milpa Alta con una $F= 28.695$ y un $\alpha= .000$. También se observó una diferencia significativa entre la delegación de Milpa Alta y la de Benito Juárez y Coyoacán con una $F= 28.695$ y un $\alpha= .000$ (Tabla 7 y Figura 21)

Diferencias entre delegaciones		Diferencia entre las medias
Álvaro Obregón	Benito Juárez	6.20
	Coyoacán	7.91
	Iztacalco	8.80
	Milpa Alta	11.71
Milpa Alta	Benito Juárez	-5.51
	Coyoacán	-3.80

Tabla 7. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Autoconfianza.

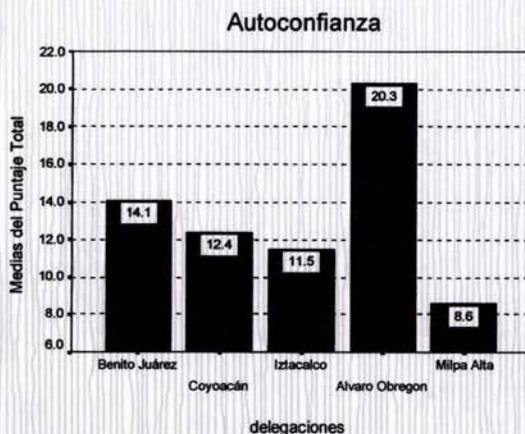


Figura 21. Puntajes obtenidos en Autoconfianza por delegaciones.

INDICADORES RELACIONADOS CON EL TIPO DE AFRONTAMIENTO

El área de Afrontamiento fue evaluada a través de las siguientes subescalas incluidas en el HDL: Afrontamiento Cognitivo Activo (ACG), Afrontamiento Conductual Activo (ACD), Afrontamiento de Evitación (AE), Análisis Lógico (AL), Búsqueda de Información (BI), Resolución de Problemas (RP), Regulación Afectiva (RA) y Descarga Emocional (DE).

Análisis por Estado Civil

Al realizar el análisis de ANOVA por Estado Civil se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Afrontamiento de Evitación y Descarga Emocional (Tabla 8).

Indicador	F	Sig.
Afrontamiento de Evitación (AE)	2.269	.048
Descarga Emocional (DE)	2.376	.039

Tabla 8. ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de AE y DE con respecto al estado civil.

Análisis por Escolaridad

En el análisis de ANOVA por Escolaridad se encontró diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Afrontamiento de Evitación y Búsqueda de Información (Tabla 9).

Indicador	F	Sig.
Afrontamiento de Evitación (AE)	2.843	.025
Búsqueda de Información (BI)	2.412	.049

Tabla 9. ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de AE y BI con respecto a la escolaridad.

Análisis por Ingreso Mensual

El análisis de ANOVA por Ingreso Mensual del Entrevistado muestra las diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Afrontamiento de Evitación y en Descarga Emocional.

Se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontrando diferencias estadísticamente significativas para el indicador de Afrontamiento de Evitación entre las personas con un ingreso mensual entre los 0-13 salarios mínimos y las personas con 14- 26, así como las que cuentan con ingreso de 27-47, de 48-79, de 80-145 y de más de 146 salarios mínimos mensuales con una $F= 5.889$ y un $\alpha=.000$ (Tabla 10 y Figura 22).

Diferencias entre grupos		Diferencias de las medias
0-13	14- 26	5.24
	27-47	4.98
	48- 79	5.67
	80- 145	6.18
	+ de 146	6.58

Tabla 10. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Afrontamiento de Evitación.

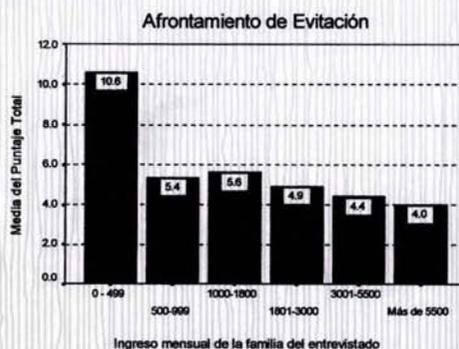


Figura 22. Puntajes obtenidos en Afrontamiento de Evitación.

Por otro lado, el indicador de Descarga Emocional muestra en la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas con un ingreso mensual entre los 0- 13 salarios mínimos y las personas entre 14- 26 salarios mínimos , así como las personas que cuentan con ingreso de 27- 47, de 48- 79, de 80- 145 y de más de 146 salarios mínimos mensuales con una $F= 4.359$ y un $\alpha=.001$ (Tabla 11 y Figura 23).

Diferencias entre grupos		Diferencias de las medias
0-13	14- 26	3.73
	27-47	3.17
	48- 79	3.76
	80- 145	3.66
	+ de 146	3.53

Tabla 11. Muestra las Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Descarga Emocional.

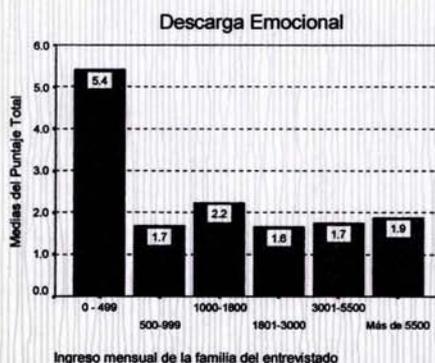


Figura 23. Puntajes obtenidos en Descarga Emocional por ingreso mensual.

Análisis por Delegaciones

El análisis de ANOVA por Delegaciones muestra las diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Afrontamiento Conductual, Búsqueda de Información y Resolución de Problemas. (Tabla 12).

Tipo de Afrontamiento	Diferencias entre grupos		Diferencias entre las medias	F	α
Afrontamiento Conductual	Álvaro	Benito Juárez	-5.95	6.850	.000
	Obregón	Coyoacán	-5.52		
Búsqueda de Información	Álvaro	Benito Juárez	-4.14	7.50	.000
	Obregón	Coyoacán	-3.86		
Resolución de Problemas	Álvaro	Benito Juárez	-3.07	5.128	.001
	Obregón				

Tabla 12. Muestra las Diferencias de las medias estadísticamente significativas por Delegaciones.

INDICADORES RELACIONADOS CON EVENTOS ESTRESANTES.

El área de eventos estresantes fue evaluada a través de la Escala de Salud y Vida cotidiana (HDL) incluyendo los indicadores de las siguientes subescalas: Eventos Negativos en la Vida (EN), Eventos de Salida (ES), Eventos Positivos de Cambio en la Vida (EP) y Ambiente Negativo en el Hogar (AN).

Análisis por Género

El indicador en el que se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje obtenido entre hombres y mujeres es el de Ambiente Negativo en el Hogar. Se encontró una $T = -3.002$ y un $\alpha = .003$, la mujeres presentan una media mayor (Figura 24).

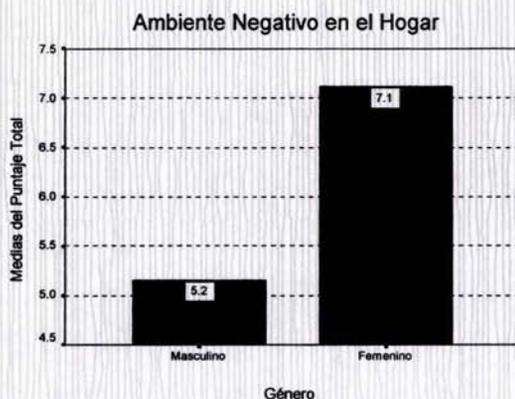


Figura 24. Puntajes obtenidos en Ambiente Negativo en el Hogar por Género.

Análisis por Grupos de Edades

Al realizar el análisis de ANOVA por Grupos de Edades se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Eventos Positivos de Cambio en la Vida y en Ambiente Negativo en el Hogar.

El indicador de Eventos Positivos de Cambio en la Vida muestra en la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 y el grupo 3, de igual manera se encontraron diferencias entre el grupo 1 y el grupo 4 con una $F = 8.921$ y un $\alpha = .000$ (Tabla 13 y Figura 25).

Diferencias entre grupos		Diferencias entre las medias
20- 29 años (Grupo 1)	40-49 años (Grupo 3)	.69
	50- 60 años (Grupo 4)	.82

Tabla 13. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Eventos Positivos de Cambio en la Vida.

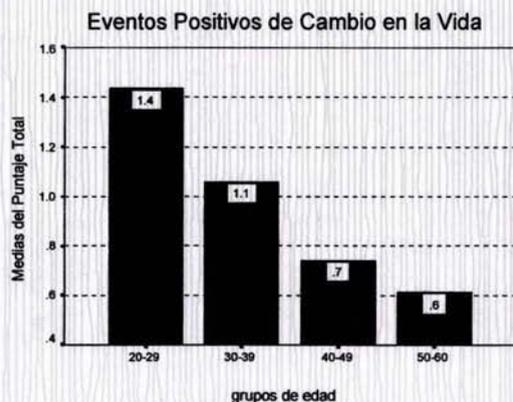


Figura 25. Puntajes obtenidos en Eventos Positivos de Cambio en la Vida por grupos de edad.

También se realizó la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe encontrando diferencias estadísticamente significativas para el indicador de Ambiente Negativo en el Hogar entre el grupo 2 y el grupo 4 con una $F=3.428$ y un $\alpha= .018$ con una diferencia en la media de 2.18 (Figura 26).

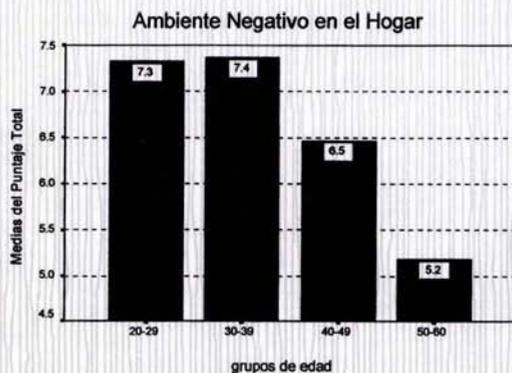


Figura 26. Puntajes obtenidos en Ambiente Negativo en el Hogar por grupos de edad.

Análisis por Estado Civil

El análisis de ANOVA por Estado Civil muestra que existen diferencias significativas en el indicador de Eventos Positivos de Cambio en la Vida.

Se realizó la prueba post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe y se encontró que en el indicador de Eventos Positivos de Cambio en la Vida, la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre las personas casadas y las personas solteras. Se observa una $F= 3.249$ y un $\alpha= .007$, con una diferencia en la media de $-.61$ (Figura 27).



Figura 27. Puntajes obtenidos en Eventos Positivos de Cambio en la Vida por estado civil.

Análisis por Escolaridad

El análisis de ANOVA por Escolaridad muestra las diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Eventos Positivos de Cambio en la Vida y en Ambiente Negativo en el Hogar (Tabla 14).

Indicador	F	Sig.
Eventos Positivos de Cambio en la Vida (EP)	3.341	.011
Ambiente Negativo en el Hogar (AN)	5.083	.001

Tabla 14. ANOVA de los puntajes obtenidos en los indicadores de EP y AN con respecto a la escolaridad.

Al realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe se encontró diferencias estadísticamente significativas para el indicador de Ambiente Negativo en el Hogar entre las personas con estudios profesionales y las personas sin estudios, las personas con estudios de primaria y las personas con estudios de secundaria, con una $F=5.083$ y un $\alpha=.001$ (Tabla 15 y Figura 28).

Diferencias entre grupos		Diferencias entre las medias
profesionales	Sin estudios	-4.98
	Primaria	-2.56
	Secundaria	-2.51

Tabla 15. Diferencias de las medias estadísticamente significativas para el indicador de Ambiente Negativo en el Hogar.

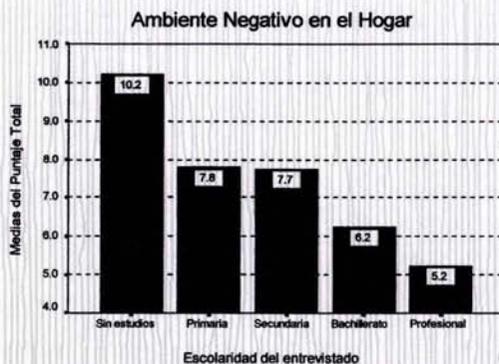


Figura 28. Puntajes obtenidos en Ambiente Negativo en el Hogar por escolaridad.

Análisis por Ocupación

El análisis de ANOVA por ocupación muestra que existen diferencias estadísticamente significativas en el indicador de Ambiente Negativo en el Hogar.

Al realizar la prueba Post Hoc por comparaciones múltiples de Scheffe se encontró que el indicador de Ambiente Negativo en el Hogar la diferencia estadísticamente significativa se presenta entre el grupo de personas que se dedican al hogar y las personas que tienen un empleo con una $F = 4.541$ y un $\alpha = .001$ con una diferencia en la media de 2.60 (Figura 29).

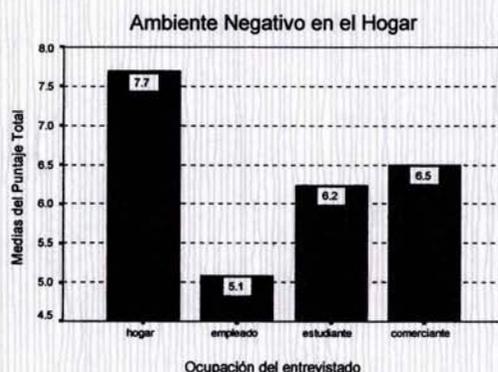


Figura 29. Puntajes obtenidos en Ambiente Negativo en el Hogar por ocupación.

Análisis por Ingreso Mensual

Al realizar el análisis de ANOVA por Ingreso Mensual se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de Ambiente Negativo en el Hogar, teniendo una $F = 5.572$ y un $\alpha = .000$, con una diferencia en la media de 4.45 (Figura 30).



Figura 30. Puntajes obtenidos en Ambiente Negativo en el Hogar por ingreso mensual.

Análisis por Delegaciones

El análisis de ANOVA por Delegaciones muestra las diferencias estadísticamente significativas en el indicador de Ambiente Negativo en el Hogar se observa una $F= 19.105$ y un $\alpha= .000$ (Tabla 16).

Indicador	Diferencias entre grupos		Diferencias entre las medias
Ambiente Negativo en el Hogar	Milpa Alta	Benito Juárez	6.99
		Coyoacán	4.18
		Iztacalco	5.11
		Álvaro Obregón	4.16
	Benito Juárez	Coyoacán	-2.80
		Álvaro Obregón	-2.83

Tabla 16. Muestra las Diferencias de las medias estadísticamente significativas por Delegaciones.

APOYO SOCIAL

Las dimensiones del apoyo social fueron evaluadas a través del cuestionario de Apoyo Social, el cual mide el número total de personas que conforman la red social del individuo y la satisfacción del mismo apoyo.

Red Social

El promedio de personas que fue reportado disponible en la red social del individuo, es decir con quienes se puede contar en tiempo de necesidad fue de cinco personas.

Para realizar el análisis del número que compone la red social, la muestra se distribuyó en tres grupos según los rangos que se muestran a continuación:

Personas que componen la red social	n
0- 2 personas	247
3- 4 personas	32
5- 7 personas	10

En general, se realizó un análisis de ANOVA por datos sociodemográficos, el único rubro en el que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de la red social fue el de ocupación. Se observa una $F= 4.347$ y un $\alpha= .002$ (Tabla 17 y Figura 31). Se encontraron diferencias significativas por ocupación entre quienes cuentan con 5 a 7 personas en su red social y aquellos que reportaron tener 0 a 2 personas en su red social. Se observó una $F= 5.879$, un $\alpha= .003$ y una diferencia en la media de 1.18.

Diferencias entre grupos		Diferencias entre las medias
comerciante	hogar	1.75
	empleado	1.85
	estudiante	1.48

Tabla 17. Muestra las diferencias de las medias estadísticamente significativas por ocupación.

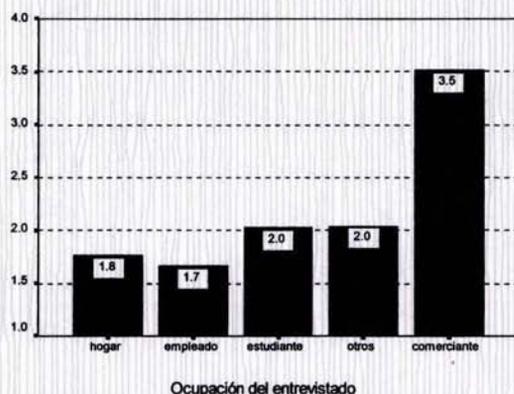


Figura 31. Medias del número que compone la Red Social de individuo por ocupación.

En el análisis de ANOVA realizado en los indicadores de salud, se encontraron diferencias significativas en el indicador de Autoconfianza entre quienes cuentan con 0 a 2 personas en su red social y aquellos que reportaron tener 3 a 4 personas en su red social. Se observó una $F= 7.087$, un $\alpha= .001$ y una diferencia en la media de 3.72.

En cuanto al análisis de ANOVA realizado en los indicadores de estrés, se observaron diferencias significativas en el indicador de Eventos Negativos entre quienes reportaron contar con 5 a 7 personas en su red social y aquellos que reportaron tener 3 a 4 personas en su red social, se cuenta con una $F= 3.033$, un $\alpha= .05$ y una diferencia en la media de 2.13.

Satisfacción del Apoyo Social

La satisfacción del apoyo social recibido indica que el 45.7% de la muestra la reportó como "muy satisfactorio", con el mismo porcentaje (45.7%) como "bastante satisfactorio". El calificativo "un poco satisfecho" recibió solo el 6.1%. Por otro lado encontramos porcentajes muy bajos para "un poco insatisfecho" y "bastante insatisfecho", con 1.7% y 0.3% respectivamente (Figura 32).



Figura 32. Distribución de la muestra según el grado satisfacción del apoyo social .

Correlations

		Afrontamiento Cognitivo Activo	Afrontamiento Conductual Activo	Afrontamiento de evitación	Análisis Lógico	Búsqueda de Información	Resolución de Problemas	Regulación afectiva	Descarga Emocional	Ambiente Negativo en el Hogar
Síntomas Físicos	Pearson Correlation	.079	-.007	.118(*)	.030	.070	-.038	.076	.070	.207(**)
	Sig. (2-tailed)	.177	.909	.044	.616	.235	.518	.197	.231	.000
	N	291	291	291	291	291	291	291	291	293
Condiciones Médicas	Pearson Correlation	.003	-.011	.158(**)	-.050	.041	-.051	.049	.032	.126(*)
	Sig. (2-tailed)	.965	.857	.007	.396	.491	.390	.406	.586	.031
	N	291	291	291	291	291	291	291	291	293
Humor Depresivo	Pearson Correlation	.017	-.092	.191(**)	-.008	.018	-.100	-.022	.147(*)	.292(**)
	Sig. (2-tailed)	.773	.118	.001	.893	.759	.090	.713	.012	.000
	N	291	291	291	291	291	291	291	291	293
Autoconfianza	Pearson Correlation	.131(*)	.115(*)	-.096	.206(**)	.033	.160(**)	.149(*)	-.110	-.124(*)
	Sig. (2-tailed)	.025	.050	.103	.000	.575	.006	.011	.061	.033
	N	291	291	291	291	291	291	291	291	293
Uso de Medicamentos	Pearson Correlation	.098	.111	.009	.091	.044	.100	.124(*)	-.054	.024
	Sig. (2-tailed)	.095	.058	.883	.123	.450	.089	.034	.355	.679
	N	291	291	291	291	291	291	291	291	293

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Tabla 17. Muestra las correlaciones entre los puntajes de los Tipos de Afrontamiento y los Indicadores de Salud

Correlations									
		Afrontamiento Cognitivo Activo	Afrontamiento Conductual Activo	Afrontamiento de evitación	Análisis Lógico	Búsqueda de Información	Resolución de Problemas	Regulación afectiva	Descarga Emocional
Red Social	Pearson Correlation	.104	.094	-.050	.123(*)	.058	.068	.079	-.094
	Sig. (2-tailed)	.076	.108	.395	.036	.320	.248	.180	.111
	N	291	291	291	291	291	291	291	291
Satisfacción del Apoyo Social	Pearson Correlation	.206(**)	.187(**)	-.078	.202(**)	.177(**)	.136(*)	.163(**)	-.017
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.186	.001	.002	.021	.005	.772
	N	291	291	291	291	291	291	291	291
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).					* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).				

Tabla 18. Muestra las correlaciones entre los puntajes de los Tipos de Afrontamiento y las dimensiones del Apoyo Social.

		Eventos Positivos	Eventos de Salida	Eventos negativos	Ambiente Negativo en el Hogar
Red Social	Pearson Correlation	.052	-.061	.051	.002
	Sig. (2-tailed)	.376	.299	.383	.978
	N	293	293	292	293
Satisfacción del Apoyo Social	Pearson Correlation	-.036	-.074	-.171(**)	-.210(**)
	Sig. (2-tailed)	.535	.206	.003	.000
	N	293	293	292	293
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

Tabla 19. Muestra las correlaciones entre los puntajes de los Indicadores de estrés y las dimensiones del Apoyo Social.

Correlations								
		Condiciones Médicas	Síntomas Físicos	Humor Depresivo	Síntomas por Fumar	Síntomas por Beber	Auto confianza	Uso de Medicamentos
Satisfacción del Apoyo Social	Pearson Correlation	-.078	-.084	-.199(**)	-.005	.030	.087	-.078
	Sig. (2-tailed)	.184	.150	.001	.937	.616	.138	.185
	N	293	293	293	263	283	293	293
Red Social	Pearson Correlation	.042	.089	.043	.100	.118(*)	.139(*)	.075
	Sig. (2-tailed)	.474	.129	.459	.105	.047	.017	.200
	N	293	293	293	263	283	293	293
** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

Tabla 20. Muestra las correlaciones entre los indicadores de Salud y las dimensiones del Apoyo Social

CONCLUSIONES

El presente estudio describe e identifica algunos factores psicosociales que ayudan o afectan el bienestar individual en relación con su entorno en diferentes delegaciones del Distrito Federal. Los factores que se describen son los que se encuentran relacionados directamente con las habilidades de afrontamiento, la presencia de eventos estresantes y las características del apoyo social.

En los indicadores relacionados con la Salud, se observa que quienes reportan mayor puntaje de Condiciones Médicas, Síntomas Físicos, y Ambiente Negativo son las mujeres en comparación de los hombres. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en la manera en que utilizan sus habilidades de afrontamiento. Asimismo, es importante señalar en cuanto a la ocupación, que son las mujeres quienes se dedican al hogar y son las que reportan mayor Ambiente Negativo en el Hogar, así como mayor Humor Depresivo y una red social menor a comparación de las personas que se dedican a otras actividades como trabajar o estudiar. Esta observación nos lleva a resaltar los factores de riesgo en el hogar, que pudieran afectar no solo la salud física y mental del individuo sino también impedir un adecuado desarrollo integral de la familia.

En general las Condiciones Médicas, Síntomas Físicos y Humor Depresivo se encuentran correlacionados significativamente con el Afrontamiento de Evitación, esto se explica debido a que la Evitación puede afectar en varios momentos del continuo salud- enfermedad. Por un lado puede influenciar negativamente la salud cuando incluye el uso excesivo de alcohol, tabaco o de actividades de alto riesgo y además tiende a alargar la duración de cualquier evento estresante. Por otro lado, el Afrontamiento de Evitación impide conductas adaptativas en personas que se encuentran padeciendo una enfermedad (Folkman, Lazarus, Gruen and De Longis 1986; Mc Cracken and Semenchuk, 1995; Schwartz, C. E., Peng, Ch- K., 1998). La explicación anterior muestra por qué el Afrontamiento de Evitación es considerado como inefectivo para eliminar un estresor o para resolver un problema, pues es común que las

personas que evitan un estresor desde un principio terminan experimentado ese estresor por un periodo largo de tiempo (Harnish, Aseltine and Gore 2000).

En cuanto a los grupos de edad es importante notar cómo los adultos agrupados entre 40 y 60 años presentan mayores Condiciones Médicas y por otro lado reportan pocos Eventos Positivos de cambio en la vida y poco Ambiente Negativo en el Hogar. Esta información sugiere que las fuentes de estrés comienzan a cambiar a lo largo de la vida (Folkman y Lazarus, 1980). En este caso podemos considerar que al incrementar la edad no sólo dejan de preocuparse por su vida familiar, sino que ahora comienzan a preocuparse por problemas de salud.

Las personas con menos ingresos mensuales reportaron mayor Afrontamiento de Evitación y mayor Descarga Emocional, por lo tanto se puede observar que se reporta Ambiente Negativo en el Hogar.

Las personas reportadas sin estudios y con estudios de primaria reportaron mayores índices de Condiciones Médicas, y fuera de lo esperado, reportaron altos índices de Autoconfianza (Billings and Moos, 1980). Aquellas personas con estudios de primaria reportaron mayor índice de Humor Depresivo que el resto. Es importante señalar que las personas con escolaridad de bachillerato y profesional utilizan menos Afrontamiento de Evitación y reportan mayores Eventos Positivos de Vida y menor Ambiente Negativo en el Hogar, lo cual se ve reflejado en menores índices de Condiciones Médicas y Humor Depresivo. Lo anterior nos indica que el mayor nivel de escolaridad es un factor protector o puede ser considerado como un factor relacionado con un nivel de salud adecuado (Adler, et al. 1994).

Se reporta una correlación baja pero significativa entre Escolaridad y búsqueda de información, también una correlación negativa entre Escolaridad y Afrontamiento de Evitación y Ambiente Negativo en el Hogar. Estos resultados son consistentes con aquellos reportados por Billings and Moos (1980) en los que indican correlaciones parciales entre personas que a mayor educación tenían mayor probabilidad de usar Afrontamiento Cognitivo

Activo y conductas relacionadas a la solución de problemas y menor uso de Afrontamiento de Evitación.

Adicionalmente, hay que recordar el estudio realizado por Adler et al. (1994) el cual reporta que el nivel socioeconómico (ingreso económico, escolaridad, ocupación) se correlaciona con los niveles de salud, en este caso los resultados son consistentes en relacionar los niveles bajos en los indicadores socioeconómicos con mayor Afrontamiento de Evitación, Ambiente Negativo en el Hogar y por consiguiente un mayor puntaje en Condiciones Médicas.

La Autoconfianza es reportada como mayor, para personas empleadas que para personas que estudian o se dedican al Hogar. Se encontró que la Autoconfianza se encuentra correlacionada baja pero significativamente con el Afrontamiento Cognitivo y el Afrontamiento Conductual así como con el número de sujetos de una red social. Además se encontraron correlaciones moderadas entre la Autoconfianza y el Análisis Lógico, como estrategia de Afrontamiento. En resumen, la Autoconfianza puede ser considerada no solo como un factor de resistencia al estrés (Holahan y Moos ,1990) sino también como un factor que afecta los procesos de evaluación del estresor y de Afrontamiento (Folkman, et al. 1986).

En cuanto al apoyo social las personas que reportaron mayor número de personas en la red social tuvieron un puntaje mayor en Autoconfianza y menor en Eventos Negativos. Lo anterior puede relacionarse con los resultados de Sarason, Levine, Basham y Sarason, (1983) quienes encontraron que las personas con mayor apoyo social parecían experimentar mayor número de eventos positivos en sus vidas, tener mayor autoestima y tener un punto de vista más optimista de la vida en comparación con personas con menor apoyo social.

A reserva de que algunos autores consideren el apoyo social como una fuente de estrés o como una protección contra él; en este caso se encontró una correlación negativa entre Eventos Negativos, Ambiente Negativo en el Hogar y la Satisfacción del Apoyo percibido,

como lo mencionan Lin et al. (1979) y Gore, (1978) se puede notar que bajos niveles de apoyo social se encuentran asociados con índices significativos de estrés. Adicionalmente, como en este caso, Sarason, et al. (1983) encontró que el apoyo social se encontraba relacionado negativamente con variables que denotan malestar psicológico.

APORTACIONES Y LIMITACIONES

Como se mencionó en el método, otras variables fueron medidas de los datos socioeconómicos, pero no todas se incluyeron en el análisis. Dicha información no debe dejarse de lado ya que puede considerarse valiosa para estudios posteriores.

También sería importante señalar que la falta de resultados significativos por género, edad y estado civil en relación a los eventos estresantes, tipos de afrontamiento y apoyo social pudieron ser causados por el sesgo en la población, en donde tres cuartas partes de los datos recolectados provenían de mujeres. Esto lleva a replantear el método utilizado para que en un futuro se tuviera una muestra más significativa de la población.

Cabe señalar en cuanto a la medición de indicadores de salud, que los índices utilizados fueron mediciones indirectas de la salud, puesto que en realidad consideraban las desviaciones en el estado de salud y no la salud misma. De este modo, la orientación del estudio aunque puede ser considerada patológica (ya que se consideró la medición de la enfermedad como falta de salud), fue dirigida a investigar los factores que puedan predecir el movimiento hacia la salud así como a la enfermedad en un continuo de salud. (San Martín y Pastor, 1988; Holahan & Moos 1990)

Dado que la investigación se basó en sujetos que debían responder a cuestionarios, surge otro problema de la aproximación indirecta en esta investigación. Como los datos dependen de autoreportes y no de una observación directa de la conducta, interfieren la memoria y retrospectiva de las personas. Folkman y Lazarus, (1980) han dado la pauta para minimizar estos problemas al preguntar a las personas qué es lo que hacen o piensan en episodios

recientes. Aparte, Sarason, Sarason y Shearin (1986) encontraron que los autoreportes de disponibilidad y satisfacción del apoyo social son estables a través del tiempo.

Una limitación importante del trabajo es la falta de comprobación de la validez de los resultados para la obtención de datos de salud que permitan generalizar la información obtenida a través de tiempo. Pudo ser conveniente en este caso, realizar análisis de regresión que permitiera obtener un valor predictivo de los datos recolectados.

Por otro lado, son estudios de tipo longitudinal los que permiten interpretar más fácilmente las relaciones entre los indicadores de funcionamiento de salud y permiten inferencias causales más fuertes que los estudios con un diseño de tipo transversal (Williams, et al 1981)

Sin embargo, este análisis es un indicio que puede ayudar a aclarar el mecanismo de cómo se encuentra relacionado el apoyo social y los estilos de afrontamiento con la salud, si consideramos estos resultados como parte de un proceso de investigación para la identificación de factores protectores y factores de riesgo ante el manejo del estrés en los diferentes estilos de vida.

La importancia de la realización del presente trabajo es que rebasa el nivel de suposición sobre el cual en ocasiones se llegan a basar los programas de salud dirigidos a comunidades. Por el contrario permite un conocimiento profesional en donde se consideran tanto los recursos de la comunidad como las problemáticas de salud específicas, lo cual debe ser considerado para la creación de estrategias de prevención que pretendan ser eficaces.

El nivel comparativo que brinda este estudio ha de ser considerado no sólo como antecedente de los Programas de Salud sino también como referencia para estudios posteriores, ya que es una base a partir de la cual se pueden planear diagnósticos más

refinados que lleven a acciones anticipatorias y preventivas de intervenciones tempranas del psicólogo en conjunto con otros profesionales de la salud.

Cabe mencionar como información actualizada que si bien este estudio abarcó sólo un momento del Diagnóstico Comunitario, a partir de los datos obtenidos se plantearon desde una perspectiva preventiva diversas maneras de abordar la problemática de salud en algunas delegaciones del Distrito Federal. En conjunto con otras investigaciones realizadas durante el Programa de Internado, se hicieron propuestas de intervención psicológicas ante las autoridades sanitarias del D.F. y se lograron aplicar programas de acción dependiendo del área urbana o comunidad y los recursos con los que se contaba en cada entidad delimitada geográficamente. Principalmente se desarrollaron como programas preventivos Talleres de Manejo y Autocontrol de Estrés, y Talleres de Entrenamiento a Padres en la crianza de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuña, L. y Bruner, C. A. (1999). Estructura Factorial del Cuestionario de Apoyo Social de Sarason, Levine, Basham, y Sarason en México. Revista Mexicana de Psicología. 16 (2): 267- 279.
- Adler, N.E, Boyce, T., Chesney, M.A., Cohen, S. (1994). Socioeconomic status and health. American Psychologist. 49(1) 15-24
- Aduna, M. A. P. (1998). Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio experimental. Tesis de Maestría. México: Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Alma Ata. (1978). Atención primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Sep 2-6.
- Álvarez, A. R. (1995). Educación para la salud. México: Manual Moderno.
- Ayala, V. H. (1998). Manual de entrenamiento a padres. México: Ed. Porrúa.
- Ayala, V. H., Barragán, T. L., Cruz, G. B. y Fulgencio, J. M. (1998). Manual de autocontrol del estrés. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Ayala, V. H., Cárdenas, L. G., Echeverría S. L. y Gutiérrez L. M. (1998). Manual de autoayuda para personas con problemas en su forma de beber. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Bayés R. (1983). Aportaciones del conductismo a la salud mental comunitaria. Estudios de Psicología. 13, 92- 110.

- Bayés R. y Ribes. E. (1992). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA. En J. Piña (Ed.) Psicología y Salud. Aportes del Análisis de la Conducta. (p.p.1- 21). Universidad de Sonora.
- Billings, A.G. and Moos, R.H. (1980). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. Journal of Behavioral Medicine. 4 (2): 139- 157.
- Cohen, S. and Hoberman, H.M. (1983). Positive Events and Social Supports as Buffers of Life Change Stress. Journal of Applied Social Psychology, 13 (2): 99-125
- Cohen, S. and Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. Psychological Bulletin, 98 (2): 310- 357.
- Darley, J.M., Glucksberg, S. y Kinchla, R. (1990). Psicología México: Prentice Hall.
- Dolbier, C. L. (2000). The Development and Validation of the Sense of Support Scale. Behavioral Medicine. <http://www.findarticles.com>.
- Dooley, D., Catalano, R. and Brownell. (1986). The Relation of Economic Conditions, Social Support, and Life Events to Depression. Journal of Community Psychology. 14 (april): 103-119.
- Duran- González, L.I., Hernández- Rincón, M. y Becerra- Aponte, J. (1995) La formación del Psicólogo y su papel en la Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México. 37 (5): 462-471
- Endler, N. S. and Parker J. D. A. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. Journal of Personality and Social Psychology. 58(5): 844- 854.

- Engel, G.L. (1980). The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. The American Journal of Psychiatry. 137(5): 535-543
- Fawcett, S. B. y Nagy, J. (1995). Construcción de capacidades para el cambio en la comunidad. Community Tool Box. Cap. 1 Secc. 2. <http://ctb.lsi.ukans.edu/>
- Folkman, S. (1984). Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis. Journal of Personality and Social Psychology. 46 (4): 839- 852.
- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1984). An Analisis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. Journal of Health and Social Behavior. 21 (september): 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R.J. and DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. Journal of Personality and Social Psychology. 50 (3): 571- 579.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. Journal of Health and Social Behavior. 19 (june): 157-165.
- Harnish, J. D., Asetline, Jr.R.H. and Gore, S. (2000). Resolution of Stressful Experiences as an Indicator of Coping Effectiveness in Young Adults: an Event History Analysis. Journal of Health and Social Behavior, 41 (june): 121-136.
- Hernández, F y Noyola, I. (1997). Salud Pública. El milagro invisible. Colección de oro para el Profesional de la Salud Pública, vol. 1
- Holahan, C.J. and Moos, R.H. (1990). Life Stressors, Resistance Factors, and Improved Psychological Functioning: An Extension of the Stress Resistance Paradigm. 58(5): 909-917.

- Kouzis, A. and Eaton, W. (1998). Abscense of social networks, social support and health services utilization Psychological Medicine 28, 1301-1310.
- LaRocco, J.M., House, J.S. y French, J.R.P. Jr. (1980). Social Support, Occupational Stress, and Health Journal of Health and Social Behavior 21 (september): 202-218.
- Lin, N., Ensel, W.M., Simeone, R. S., Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. Journal of Health and Social Behavior. 20 (june): 108- 119.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. American Psychologist. 35(9): 807-817
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic, Scientific, and Professional Psychology. American Psychologist. 37 (1): 1-14.
- McCracken, L. M. and Semenchuk, E. M. (1995). Cross- sectional and longitudinal analyses of coping responses and health status in persons with systemic lupus erythematosus. Behavioral Medicine 20 (4):179-187.
- McFarlane, A. H., Norman, G. R., Streiner, D. L. and Roy. R. G. (1983). The Process of Social Stress: Stable, Reciprocal, and Mediating Relationships. Journal of Health and Social Behavior. 24 (june): 160-173.
- McKay, M., Davis, M. and Fanning, P. (1981) Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1985). Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martínez Roca.

- Montero M. (1984). La Psicología Comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. Revista Latinoamericana de Psicología. 16 (3), 387- 400. Venezuela.
- Morales Catalayud, F . (1997). Introducción a la Psicología de la Salud. México
- Pearlin, L.I. and Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior. 19 (march): 2-21.
- Rodríguez Ortega, G. (1998). La Psicología de la salud en América Latina. México: Miguel Ángel Porrúa. Facultad de Psicología UNAM.
- Rodríguez Ortega, G. (1999). Intervenciones psicológicas en pacientes con dolor de espalda crónico. México: Miguel Ángel Porrúa. Facultad de Psicología UNAM.
- Rodríguez Ortega, G. (1998). Automanejo del dolor de cabeza crónico. México: Miguel Ángel Porrúa. Facultad de Psicología UNAM.
- Rusiñol, J., Gómez, J., De Pablo, J. y Valdés, M. (1993). Relación entre estrategias de Afrontamiento y la Ansiedad ante la situación de examen. Revista de Psicología General y Aplicada. 46 (1): 71-74.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Bashman, R.B. y Sarason, B.R. (1983). Assesing Social Support: The Social Support Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology. 44(1) 127-139.
- Sarason, I.G., Sarason, B.R. and Shearin, E.N. (1986). Social Support as an Individual Difference Variable: Its Stability, Origins, and Relational Aspects. Journal of Personality and Social Psychology. 50 (4): 845- 855.
- San Martín, H y Pastor, V. (1986). Salud comunitaria, teoría y práctica. México.

- San Martín, H. (1989). Manual de salud pública y medicina preventiva. Barcelona:Masson.
- Schaefer, C., Coyne, J.C. and Lazarus, R.S. (1981). The Health- Related Functions of Social Support. Journal of Behavioral Medicine. 4 (4): 381- 406.
- Stam, J. H. (2000). Theorizing health and illness: functionalism, subjectivity and reflexivity.Journal of health psychology 5(3) 273-283.
- Swartz, C. E.; Peng, Ch- K; et al. (1998). Self Reported Coping Behavior in Health and Disease: Assessment with a card sort game. Behavioral Medicine, 24 (1): 41-44.
- Taylor, S. E. (1986). Health psychology. New York: Random House.
- Valderrama I. P. , Carbellido, V. S. y Domínguez-Trejo, B. (1995). Ansiedad y estilos de Afrontamiento en Mujeres con Cáncer Cervicouterino. Revista Latinoamericana de Psicología. 27 (1): 73- 86.
- Vega F.L. y García M.V. (1987). Bases esenciales de la salud pública México: La prensa Médica Mexicana.
- Wheaton, B. (1985). Models for the Stress-Buffering Functions of Coping Resources. Journal of Health and Social Behavior. 26 (december): 352- 364.
- Williams, A. W., Ware, J. E. Jr. and Donald, K. A. (1981). A model of Mental Health, Life Events, and Social Supports Applicable to General Populations. Journal of Health and Social Behavior. 22 (december):324-336.

ANEXO

Cuestionario socioeconómico

Nombre: _____

Dirección: _____

Datos personales

1. Edad: _____

2. Género: F M

3. Estado Civil:

Casado

Soltero

Divorciado

Separado

Viudo

Unión libre

4. Escolaridad:

Sin estudios

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Profesional

5. Ocupación: _____

Datos familiares

6. ¿Cuántos miembros conforman la familia? _____

7. Señale el ingreso mensual promedio de la familia :

Menos de \$500

De \$500 a \$999

De \$1000 a \$1800

De \$1801 a \$3000

De \$3001 a \$5500

Más de \$55001

8. La casa que habitan es:

Propia

Prestada

Rentada

Otro

9. ¿Con cuantas habitaciones cuenta su casa? _____

10. Indique con cuales de los siguientes servicios cuenta su casa:

<i>Servicios</i>	<i>Si</i>	<i>Servicios</i>	<i>Si</i>
Luz eléctrica		Servicio domestico	
Techo de concreto		Reproductor de CD	
Regadera		TV por cable	
Calentador		Antena parabólica	
TV a color		Teléfono	
Secadora		Teléfono celular	
Lavadora de ropa		Seguro de auto	
automovil		Seguro de vida	

11 ¿Con que instituciones o servicios educativos, de salud, recreativos cuenta su comunidad?

<i>Servicios</i>	<i>Si</i>	<i>Servicios</i>	<i>Si</i>
Mercado		Tiendas de autoservicio	
Deportivo		Fabricas	
Biblioteca		Transporte	
Escuelas		Tienda de abarrotes	
Centros de salud		Bancos	
Parques		Canchas	
Centros comerciales		Farmacia	
iglesia		otros	

12 ¿Qué problemas detecta dentro de su comunidad?

Falta de recolección de basura	Desechos industriales	Delitos contra la salud
Heces fecales en la vía publica	Accidentes automovilísticos	Prostitución
Ruido de fabricas o automóviles	Despojo	Pandillerismo
Desechos tóxicos	Fraude o estafa	Embarazo adolescente
Basura domestica	Asalto domiciliario	Ingesta de drogas
Falta de botes de basura	homicidio	Ingesta excesiva de alcohol

Questionario de Salud y Vida Cotidiana

Instrucciones específicas: Marque con una x aquella enfermedad que haya padecido en los últimos 12 meses. (Sí: 1; No: 2)

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Anemia | 8. <input type="checkbox"/> Problemas con la espalda |
| 2. <input type="checkbox"/> Asma | 9. <input type="checkbox"/> Problemas con el corazón |
| 3. <input type="checkbox"/> Artritis o reumatismo | 10. <input type="checkbox"/> Presión alta |
| 4. <input type="checkbox"/> Bronquitis | 11. <input type="checkbox"/> Problemas del riñón |
| 5. <input type="checkbox"/> Cáncer | 12. <input type="checkbox"/> Úlceras |
| 6. <input type="checkbox"/> Problemas crónicos del hígado | |
| 7. <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| | |
| 13. <input type="checkbox"/> Ha sentido debilidad | 19. <input type="checkbox"/> Ha sentido acidez estomacal o indigestión |
| 14. <input type="checkbox"/> Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo | 20. <input type="checkbox"/> Ha sentido escalofríos |
| 15. <input type="checkbox"/> Ha sentido que el corazón le late fuertemente | 21. <input type="checkbox"/> Ha sentido manos temblorosas |
| 16. <input type="checkbox"/> Ha sentido poco apetito | 22. <input type="checkbox"/> Ha tenido dolor de cabeza |
| 17. <input type="checkbox"/> Se ha sentido inquieto | 23. <input type="checkbox"/> Ha tenido estreñimiento |
| 18. <input type="checkbox"/> Se ha sentido preocupado | 24. <input type="checkbox"/> Ha sufrido de insomnio |
| | 25. <input type="checkbox"/> Diarrea constante |
| | |
| 26. <input type="checkbox"/> Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad | 29. <input type="checkbox"/> Ha sentido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo |
| 27. <input type="checkbox"/> Ha sentido que se preocupa demasiado | 30. <input type="checkbox"/> Ha sentido que nada le sale bien |
| 28. <input type="checkbox"/> Ha sentido que su memoria no esta del todo bien | 31. <input type="checkbox"/> Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena |

Instrucciones específicas: En el siguiente listado se dan algunos adjetivos que las personas usan para describirse a si mismas. Por cada adjetivo, indique ¿cuál es el que lo describe mejor?

NO ME DESCRIBE NADA	ME DESCRIBE POCO	ME DESCRIBE ALGO	ME DESCRIBE BIEN	ME DESCRIBE EXACTAMENTE
0	1	2	3	4

Agresivo _____
 Ambicioso _____
 Seguro de si mismo _____
 Calmado _____
 Confiado _____

Dominante _____
 Accesible _____
 Activo _____
 Feliz _____
 Extrovertido _____
 Exitoso _____

Instrucciones específicas: Indique por favor ¿Cuál de las siguientes formas de actuar, que a continuación le mencionaremos emplea usted para tratar de resolver un problema muy importante?

No	SÍ, 1 Ó 2 VECES	SÍ, ALGUNAS VECES	SÍ, FRECUENTEMENTE
0	1	2	3

Cuando tengo un problema muy fuerte...

1. Trato de saber mas sobre la situación.
2. Hablo con mi pareja o con otros parientes acerca del problema.
3. Hablo con algún amigo acerca del problema.
4. Hablo con algún profesional, abogado o cura.
5. Rezo por una guía o para darme valor.
6. Me preparo para el peor de los casos.
7. Dejo de preocuparme y pienso que todo saldrá bien.
8. Me desquito con otras personas cuando me siento enojado o deprimido.
9. Trato de ver el lado bueno de la situación.
10. Me ocupo con otras cosas para no pensar en lo sucedido.
11. Formulo un plan de acción y lo llevo a cabo.
12. Considero varias alternativas para manejar el problema.
13. Me guío por experiencias pasadas.
14. Dejo de expresar mis sentimientos.
15. Tomo las cosas como vienen, paso a paso.

16. Trato de ver las cosas objetivamente.
17. Pienso sobre la situación para tratar de entenderla mejor.
18. Me digo cosa para ayudarme a sentirme mejor.
19. Intento no precipitarme, actuando impulsivamente.
20. Me olvido del problema por un tiempo.
21. Se que tengo que hacer y me esfuerzo por que las cosas funcionen
22. Evito estar con la gente en general.
23. Me propongo que la próxima vez las cosas serán diferentes.
24. Me niego a creer lo que esta sucediendo.
25. Lo acepto y pienso que no puedo hacer nada.
26. Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares.
27. Negocio para rescatar algo positivo dela situación.

Intento reducir la tensión:

28. Tomando más.
29. Comiendo más.
30. Fumando más.
31. Haciendo más ejercicio.
32. Tomando tranquilizantes.

Instrucciones específicas: Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo, ordenado- desordenado, si su hogar esta muy ordenado, me indicara el numero 4, si esta muy desordenado, me señalara el numero 0. Por otra parte si esta entre muy ordenado o muy desordenado usted me indicara el 3, 2 ó 1 según el grado que usted considere describe mejor su hogar.

Ordenado	4	3	2	1	0	Desordenado
Limpio	4	3	2	1	0	Sucio
Confortable	4	3	2	1	0	No confortable
Tranquilo	4	3	2	1	0	Oscuro
De buen tamaño	4	3	2	1	0	Pequeño

Cuestionario De Apoyo Social

Instrucciones:

Las siguientes preguntas son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte, liste a las personas con las que cuenta o confía, excluyéndose a usted mismo, para ayudarle o apoyarle en la forma como describe cada pregunta. Mencione el tipo de relación que tienen con usted. No liste más de 9 personas por pregunta.

En la segunda parte, indique el nivel de satisfacción que usted tiene con el apoyo de todas las personas en general que menciona en cada situación.

Si usted no cuenta con apoyo para alguna de las preguntas, indique la palabra "nadie", pero aun así evalúe el nivel de satisfacción.

EJEMPLO:

¿En quien confía para contarle información que pudiera meterlo a usted en problemas?

- | | | |
|------------|-------------|----|
| 1) hermano | 4) amigo | 7) |
| 2) amigo | 5) empleado | 8) |
| 3) papá | 6) | 9) |

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

- | | | |
|--------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1) muy insatisfecho | 3) un poco insatisfecho | 5) bastante satisfecho |
| 2) bastante insatisfecho | 4) un poco satisfecho | 6) muy satisfecho |

PREGUNTAS:

1. ¿En quién puede realmente confiar cuando necesita alguien que lo escuche? ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?
2. ¿Con quién podría contar para ayudarlo, si se peleara con un muy buen amigo y le dijera que no lo quería volver a ver?
3. ¿En la vida de quienes cree usted que es una parte importante o integral?
4. ¿Quién cree que lo ayudaría se acabara de separar de su esposo(a) o novio(a)?
5. ¿Quién cree que lo ayudaría en una situación de crisis, aun cuando implicara un esfuerzo para ellos?
6. ¿Con quién puede hablar francamente, sin necesidad de cuidarse de lo que dice?
7. ¿A quién lo ayuda a sentir que usted tiene algo positivo que contribuir a los demás?
8. ¿En quién puede confiar para distraerlo de sus preocupaciones cuando esta estresado?
9. ¿Con quién puede realmente contar cuando necesita ayuda?
10. ¿En quién podría realmente confiar para ayudarlo si lo hubieran expulsado de la escuela o despedido de su trabajo?
11. ¿Con quién puede ser totalmente usted mismo?
12. ¿Quién siente que realmente lo aprecia como persona?
13. ¿Con quién puede realmente contar para darle consejo útiles que eviten que usted cometa errores?
14. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo abiertamente y sin críticas cuando habla usted de sus sentimientos mas íntimos?
15. ¿Quién lo apoya cuando necesita que lo consuelen o lo apapachen?
16. ¿Quién lo ayudaría si un buen amigo suyo hubiera tenido un accidente y estuviera grave en el hospital?
17. ¿Con quién puede realmente contar para hacerlo sentir mas relajado cuando esta bajo presión o esta tenso?
18. ¿Quién le ayudaría si un miembro cercano de su familia muriera?
19. ¿Quién lo acepta totalmente, incluyendo sus mejores y sus peores aspectos?

20. ¿Con quién puede realmente contar para cuidarlo o apoyarlo, independientemente de lo que le este sucediendo?
21. ¿Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando esta muy enojado con alguien mas?
22. ¿Con quién puede realmente contar para decirle, de forma amable, y razonada, aquellos aspectos en los que necesita mejorar?
23. ¿Con quién cuenta para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente muy deprimido?
24. ¿Quién siente usted que realmente lo quiere profundamente?
25. ¿Con quién puede contar para consolarlo cuando se siente muy alterado o preocupado?
26. ¿En quién puede realmente confiar para apoyarlo cuando tiene que tomar decisiones importantes?
27. ¿Con quién puede contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando esta muy irritable?