



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

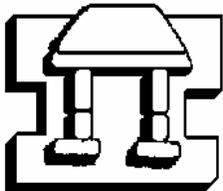
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
I Z T A C A L A**

**LA SALUD DE LOS JÓVENES EN EL
UMBRAL DEL SIGLO XXI.
ESTUDIO DE CASO: ESTUDIANTES DE
LA FES IZTACALA.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N :

**DAVID GRANADOS ESCAMILLA
JOEL CHÁVEZ GARCÍA**

ASESORA:
LIC. ROSA ISABEL GARCÍA LEDESMA
DICTAMINADORES:
LIC. ADRIÁN MELLADO CABRERA
MTRA. LAURA RUTH LOZANO TREVIÑO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO

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.

Agradecimientos:

David.

Dedicó este trabajo a todos los que me han apoyado en mi realización profesional.

A mis profesores que me enseñaron con su profesionalismo y dedicación.

A la UNAM por permitirme caminar en sus senderos de sabiduría y conocimiento.

A la AMAPSI por enseñarme que un modelo teórico no es todo en la psicología.

A mi mamá por su cariño y por todos los esfuerzos que hemos pasado para la culminación de este proyecto.

A Rosa, José Luis, María de la Luz, Lucio por su ejemplo y apoyo.

A José Guadalupe, Guadalupe, José Luis y Bertha por ser parte de mi familia.

A mis sobrinos, por su cariño y dejarme compartir con ellos su infancia.

A mis tíos, primos por su apoyo.

A la familia Torres Jiménez, por permitirme ser parte de ella.

A Tita por su amor, comprensión, y todo lo que hemos vivido juntos.

A Joel por compartir este proyecto y sobretodo por que aprendimos que la dedicación y perseverancia son cualidades que debemos poseer.

A Rosa Isabel por su conocimiento, cariño y capacidad para dirigir este proyecto.

A Adrián por su sabiduría, conocimiento, por sus consejos y sobretodo por lo que apporto a esta tesis.

A Laura Ruth por su dedicación, consejos y conocimientos para la realización de esta tesis.

Y a todas las amistades que he tenido, tengo y por las que todavía no conozco.

Gracias.

Agradecimientos.

Joel

Siempre es inconcluso mencionar a las personas en una sección como esta, no sólo porque las palabras no dicen todo lo que uno quiere sino porque siempre existe una deuda con aquellas a las que no nombramos, ya sea por espacio o porque no nos dimos cuenta de su relevancia, o bien, la memoria nos traiciona en el momento en que lo hacemos. Así es que todas aquellas personas que no se encuentren en la lista y me hallan conocido y que me tengan en su memoria o no, les doy las gracias, porque sé que me han dado algo, pequeño o grande, no importa, lo valioso es que ese se ha convertido en el material para ser lo que ahora soy. Gracias.

A la vida:

Por permitirme navegar en su insondable misterio y darme la oportunidad de ver el brillo de ella en los ojos de los "otros". Gracias vida por la "conciencia" ya que con ella puedo vivir lo que no es posible nombrar.

A mis padres:

Por su infatigable apoyo, por su ración diaria de esperanza, de sueños y trabajo. Por demostrarme día a día que los sueños ya son nuestros solo hay que trabajar para lograrlos. Padres, con el corazón abierto, gracias.

A la universidad:

Por haberme elegido entre miles de estudiantes y ofrecerme un camino con el que ahora alumbro mi vida.

A mis hermanos:

Licha, Pepé, Checo, Lupis, Jaime: porque me enseñaron que cada uno es un infinito de posibilidades y siempre le dieron un lugar a las que yo elegí, porque han enriquecido mi vida y me han permitido expandir mi percepción, gracias hermanos.

A mis sobrinos:

Brendis, Jaqui, Aylin, Karen, Richi, Isak: porque cada uno ha alimentado mi visión de la vida y me han enseñado que la psicología antes que ser una ciencia es una práctica humana. A cada uno de ellos por su magia, gracias.

A mis tías:

Emma y Carmelita, gracias tías por todo su apoyo.

A Azu:

Gracias por darme tu apoyo y hacer posible el termino de esta empresa. Gracias por tu compañía, tus palabras de aliento, tu saber y tu luz. Gracias.

A mis Asesores:

Gracias profesores por su guía, por su conocimiento, por su tiempo, por su paciencia y por permitir que esto fuera parte de su vida.

A mis maestros:

Juan José Joseff Bernal: gracias por mostrarme que la psicología valía la pena cuando yo ya no quería seguir. Si no te debo la vida, si te debo la psicología.

Rosa Isabel García Ledesma: Rosi, gracias por tu calidez humana, por enseñarme una parte de la psicología que desconocía y que gracias a tu persona aprendí: la psicología es un acto en el que nos implicamos y damos nuestras más grandes capacidades humanas. Gracias por darme la oportunidad de conocerme.

Irene Aguado: el psicoanálisis siempre difícil de roer, contigo siempre fue un viaje en el que el saber era fácil apropiárselo. Gracias maestra porque ahora sé que cualquier corriente se puede aprender.

Sergio López Ramos: Maestro gracias por enseñarme sobre el cuerpo, la psicología y el alma, por ser un maestro de la vida, antes que ser de psicología. Todos tenemos un camino, gracias por permitirme encontrarlo con su compañía.

Leonardo y Antonio Cue: Maestros gracias por ponerse a mi alcance y darme la oportunidad de caminar por un sendero que desde niño quise. Gracias por mostrarme la bioenergética y la psicología de nuestros ancestros, de mostrarme el misterio del nagual y enseñarme la posibilidad de ser un "otro". Gracias.

Alfredo Hernández Maqueda: Gracias por tu amistad, por tu compañía en un momento difícil de mi vida, por tu casa, por tu familia, por tu tiempo, por tu persona. Gracias.

Rosa Marta: Gracias por ser mi terapeuta y mi maestra al mismo tiempo, también eres parte de esto. Gracias.

Sus enseñanzas a veces no fáciles me las quedo rumiando para cuando la sabiduría llegue.

A mis amigos:

Rommel, Tonchi, Archi, Kristian, Israel, Marcos, Oscar... Por enseñarme la amistad y porque con muchos de los momentos que hemos compartido me han enseñado mi profesión.

A mis pacientes:

Sin ellos el conocimiento y la práctica sería inútil. Gracias a ustedes porque en algún momento ustedes se convierten en mis maestros.

A mis compañeros de carrera:

A todos ustedes que trabajamos juntos, que compartimos la institución, que descubrimos juntos, que nos confundimos juntos, que buscamos juntos, etc. Mil gracias: una para cada quien.

A David:

Gracias "Deyvid" por ser mi compañero en este trabajo, que no sólo es un trámite administrativo sino un tramo de nuestra vida. Gracias por tu empuje, tu empeño, por haber creído en esto y tu amistad. Gracias y felicidades.

A todos los que están y los que no están, y hasta a Pedro Vargas porque me permite decir: "Muy agradecido, muy agradecido, muy agradecido".

ÍNDICE

Páginas

Agradecimientos

Introducción.	1
1. La psicología social en el campo de la salud.	3
1. 1 Antecedentes Filosóficos.	4
1. 2 Desarrollo Científico.	5
1. 3 La Psicología en el Siglo XX	6
1. 4 El concepto de salud en la historia	11
1. 5 De la Psicología de la Salud a la Psicología Social de la Salud	17
2. Factores psicosociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad.	23
2. 1 Promoción de la Salud.	24
2. 2 Estilos de Vida.	25
2. 3 Apoyo Social.	27
2. 4 Estrés.	29
2. 5 Sexualidad.	31
2. 6 Creencias y Significados en Salud.	35
3. La salud de los jóvenes en el umbral del siglo XXI.	40
3. 1 Adolescencia /juventud.	40
3. 2 Los jóvenes adolescentes en México.	43
3. 3 Adolescencia / juventud y salud.	49
3. 4 Salud y factores de riesgo en la adolescencia / juventud.	51
3. 5 Factores psicosociales de riesgo de enfermedades del corazón o cardiovasculares.	56
3. 6 Factores psicosociales de riesgo de los tumores malignos.	57
3. 7 Factores psicosociales de riesgo de la diabetes.	58
3. 8 Factores psicosociales de riesgo de accidentes y seguridad personal.	60
3. 9 Factores psicosociales de riesgo de las enfermedades del hígado.	61
3. 10 Factores psicosociales de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares.	61
4. Metodología.	64
4. 1 Objetivo General.	65
4. 2 Objetivos Particulares.	65
4. 3 Preguntas de Investigación.	65
4. 4 Instrumentos.	67
4. 5 La importancia del SPSS en las ciencias sociales y de la salud.	68
5. Resultados	70
6. Análisis y Discusión	97
7. Conclusiones	110
8. Bibliografía	115
9. Bibliografía complementaria	121

Anexos	122
Tabla 1. Perfil general del área de condición física.	123
Tabla 2. Perfil general del área de historia familiar	125
Tabla 3. Perfil general del área de autocuidado y cuidado médico.	127
Cuestionarios de datos generales.	130
Significados en creencias y salud.	131
Evaluación de apoyo social.	132
Evaluación del estrés.	133
Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades.	134
Interpretación de de los resultados de diagnóstico.	137

Introducción

“Es común escuchar que México es un país de jóvenes, condición que se refrenda cuando consideramos que, de una población cercana a los 100 millones de personas, casi dos terceras partes son menores de 30 años (de la cual cerca de 35% se encuentran entre los 12 y 29 años de edad). Sin embargo, sabemos poco sobre cómo estos jóvenes construyen los sentidos de sus vidas, sus hábitos, prácticas sociales, expectativas y necesidades¹”. Con este argumento el director de Estudios Culturales de El Colegio de la Frontera Norte justifica la necesidad de la Encuesta Nacional sobre Juventud; y de la misma manera permite comenzar el discurso de una condición que determina la vida de los jóvenes en México: la salud.

Este proceso se ha descuidado tanto en las políticas como en las investigaciones, es decir que socialmente no hay una legislación que permita pensar en la salud de los jóvenes y que este desinterés o hueco se extiende hasta los estudios científicos y sociales. No sólo debe de interesar la construcción de la identidad, la construcción de la familia propia, o su inserción en el ámbito laboral, se debe extender el interés en este proceso que se encuentra desarticulado de la preocupación de las instituciones encargadas de los lineamientos nacionales, y se perfila como un fenómeno que marcará también el futuro del país (si se quiere llamar la atención política) y la condición humana de los mexicanos (si se quiere llamar la atención de las ciencias humanistas, como la sociología, la filosofía, la psicología y la misma medicina).

Existe un fenómeno silencioso que no deja de avanzar y tatúa los años venideros de los jóvenes. El proceso salud enfermedad es un factor que acompaña a lo largo de la vida, el cual no se puede dejar de lado porque influye (como lo han demostrado las ciencias implicadas en el estudio de los padecimientos

¹ Valenzuela, J. (2002) **Jóvenes Mexicanos del siglo XXI**, En: Encuesta Nacional de Juventud 2000. Instituto Mexicano de la Juventud.

psicosomáticos) en las emociones y en la manera en cómo se desenvuelven y viven las personas (en este sentido un padecimiento que condiciona la calidad de vida). Este proceso silencioso es un pulpo compuesto por múltiples factores (creencias, estilo de vida, hábitos alimenticios, herencia, etc.) que se concatenan en uno solo y se constituye en un fenómeno que determina el futuro juvenil.

El presente trabajo es un acercamiento a esta preocupación que compartimos y que consideramos tema prioritario en las investigaciones juveniles, y en el campo de la salud desde la visión psicológica.

Con este propósito en el capítulo 1 se hizo una revisión de como la psicología social de la salud ha contribuido al proceso salud–enfermedad. En el capítulo 2 se desarrollaron categorías como: la promoción de la salud, estilos de vida, apoyo social, entre otros. En el capítulo 3 se presentan los índices de mortalidad causados por las enfermedades crónico degenerativas, así como, sus factores psicosociales de riesgo. En el capítulo 4 se encuentran la descripción de los instrumentos y el programa utilizado para la base de datos y el análisis de los resultados y el objetivo general. En los resultados se presenta el perfil general de salud de los estudiantes de la FES Iztacala. En el apartado de de análisis y discusión se encuentra la correlación de los factores psicolosicales de riesgo de las enfermedades crónico degenerativas con las prácticas y antecedentes de los jóvenes. Y por último en conclusiones exponemos los puntos nodales que nos permiten hablar sobre la condición juvenil entorno a su salud.

Apuntalamos a establecer un poco de tierra firme para poder seguir construyendo este conocimiento que sin duda será de gran beneficio para todos los habitantes de este México que nos toco construir, co-construir, disfrutar y padecer.

Capítulo 1

La psicología social en el campo de la salud.

La psicología ha tenido que pasar por un proceso de nacimiento y consolidación como ciencia, y en ese tránsito de madurez ha abierto campos de estudio para hoy día tener una amplia gama de inserción y conocimiento a pesar de ser una ciencia joven.

Históricamente, el campo de la psicología se ha dividido en varias áreas de estudio; no obstante, están interrelacionadas y frecuentemente comparten conceptos unas a otras, por ejemplo la psicología fisiológica, estudia el funcionamiento del cerebro y del sistema nervioso, mientras que la psicología experimental aplica técnicas de laboratorio para estudiar, la percepción o la memoria.

Así mismo los campos de aplicación de la psicología pueden describirse en términos del interés; por ejemplo, los psicólogos sociales, están orientados hacia la investigación de actitudes, opiniones y hábitos, para ello utilizan las encuestas de opinión, escalas de actitudes, cuestionarios de investigación, esto lo hacen en las instituciones gubernamentales, los centros de readaptación social y en la consultoría sobre procesos sociales. En síntesis están interesados en las influencias del entorno social sobre el individuo y el modo en que éstos actúan en grupo. Los psicólogos industriales estudian el entorno laboral de los trabajadores, sobre todo encargándose de la selección de personal, la capacitación, el desarrollo organizacional y la calidad total. La labor profesional del psicólogo educativo está en la orientación vocacional y educativa, la educación especial, la planeación y asesoría educativa, y la docencia. Así mismo el psicólogo clínico se orienta a los padecimientos leves que van desde desajustes emocionales hasta psicosis agudas (Zepeda, 1994).

Sin embargo sea cual sea la corriente teórica de la cual parta el oficio de hacer psicología recae el peso sobre el sujeto. El sujeto social, que traducido como actor social es la persona, y que vincula toda la amalgama de conocimiento que poseemos. Es el interés en la persona el que ha dado el pretexto para que la psicología haya vertido los tinteros y creado teorías sobre el comportamiento, tecnología del comportamiento, análisis del comportamiento y se haya inmiscuido en todos los ámbitos y procesos en los cuales, y con los cuales el ser humano hace su práctica de vida. Ningún campo se encuentra ya lejos de la psicología, que al igual que el universo se encuentra en expansión constante.

1.1 Antecedentes filosóficos

La psicología procede de muy distintas fuentes, sus orígenes como ciencia habría que buscarlos en los inicios de la filosofía, en la antigua Grecia. Platón y Aristóteles, como otros filósofos griegos, afrontaron algunas de las cuestiones básicas de la psicología que aún hoy son objeto de estudio: ¿Nacen las personas con ciertas aptitudes y habilidades, y con una determinada personalidad, o se forman como consecuencia de la experiencia? ¿Cómo llega el individuo a conocer el mundo que le rodea? ¿Ciertos pensamientos son innatos o son todos adquiridos? Tales cuestiones fueron debatidas durante siglos, pero la psicología científica como tal no se inicia hasta el siglo XVII con los trabajos del filósofo racionalista francés René Descartes y de los empiristas británicos Thomas Hobbes y John Locke.

Descartes afirmaba que el cuerpo humano era como una maquinaria de relojería, pero que cada mente o alma era independiente y única. Mantenía que la mente tiene ciertas ideas innatas, cruciales para organizar la experiencia que los individuos tienen del mundo. “Hobbes y Locke, por su parte, resaltaron el papel de la experiencia en el conocimiento humano. Locke creía que toda la información sobre el mundo físico pasa a través de los sentidos, y que las ideas

correctas pueden y deben ser verificadas con la información sensorial de la que proceden” (Blanco y de la Corte, 1996).

La corriente más influyente se desarrolló siguiendo el punto de vista de Locke. Sin embargo, ciertos psicólogos europeos que han estudiado la percepción sostendrían varios siglos después la idea cartesiana de que parte de la organización mental es innata. Esta concepción aún juega un papel importante en las recientes teorías de la percepción y la cognición (pensamiento y razonamiento).

1. 2 Desarrollo científico

Aparte de esta herencia filosófica, el campo que más ha contribuido al desarrollo de la psicología científica ha sido la fisiología, es decir, el estudio de las funciones de los diversos órganos y sistemas del cuerpo humano. El fisiólogo alemán Johannes Müller intentó relacionar la experiencia sensorial con las actividades del sistema nervioso y del entorno físico de los organismos, “pero los primeros representantes auténticos de la psicología experimental fueron el físico alemán Gustav Theodor Fechner y el fisiólogo, también alemán, Wilhelm Wundt. Ambos son considerados los padres de la actual psicología científica. Fechner desarrolló métodos experimentales para medir la intensidad de las sensaciones y relacionarla con la de los estímulos físicos que las provocaban, estableciendo la ley que lleva su nombre y que es, aún hoy, uno de los principios básicos de la percepción. Wundt, que en 1879 fundó el primer laboratorio de psicología experimental en la ciudad alemana de Leipzig, formó a estudiantes del mundo entero en la nueva ciencia” (Mueller, 1992).

Los médicos, preocupados por las enfermedades mentales, también contribuyeron al desarrollo de las modernas teorías psicológicas. Así, la clasificación sistemática de estas enfermedades, desarrollada por el pionero de la psiquiatría Emil Kraepelin, estableció las bases de los métodos de clasificación

aún en uso. Más conocido, sin embargo, es el trabajo de Sigmund Freud, quien elaboró el método de investigación y tratamiento conocido como psicoanálisis. En sus trabajos, “Freud llamó la atención sobre las pulsiones y los procesos inconscientes que determinan el comportamiento humano. Este énfasis en los contenidos del pensamiento y en la dinámica de la motivación, más que en la naturaleza de la cognición por sí misma, ejerció una influencia decisiva en el desarrollo de la psicología contemporánea” (Mueller, 1992).

1. 3 La psicología en el siglo XX

Hasta la década de 1960 la psicología estuvo imbuida de consideraciones de índole eminentemente práctica; los psicólogos intentaron aplicar los conocimientos que se derivaron de la investigación que se realizó por la psicología como ciencia, en la escuela y en los negocios, interesándose muy poco por los procesos mentales y haciendo hincapié exclusivamente en la conducta. Este movimiento, conocido como conductismo, fue en un primer momento liderado y divulgado por el psicólogo estadounidense John B. Watson.

La psicología actual todavía mantiene muchos de los problemas que se planteó originalmente. Por ejemplo, algunos psicólogos están interesados en la investigación fisiológica, mientras que otros mantienen una orientación clínica, y algunos, una minoría, intentan desarrollar un enfoque más filosófico. Aunque los psicólogos pragmáticos insisten aún en que la psicología debe ocuparse sólo de la conducta, olvidándose de los fenómenos psíquicos internos (que deben incluso ser rechazados por ser inaccesible su estudio científico), cada vez son más los psicólogos que están hoy de acuerdo en que la experiencia y la vida mental (los procesos psíquicos internos) son un objeto válido de estudio para la psicología científica. Esta vuelta al estudio de los fenómenos psíquicos internos, conocido como paradigma cognitivo, por oposición al paradigma conductista dominante en la psicología académica durante buena parte del siglo, comenzó a extenderse a mediados de la década de los años setenta.

La psicología social surgió de las primeras investigaciones realizadas por el hombre en sus relaciones con la sociedad. La mayoría de los problemas que ocupan a la actual psicología social fueron ya reconocidos como problemas por los filósofos sociales, mucho antes de que las cuestiones psicológicas formaran parte del campo de la ciencia. Las premisas formuladas por Aristóteles, Nicolás Maquiavelo, Thomas Hobbes y otros pensadores políticos a lo largo de la historia siguen hoy vigentes, aunque estén enunciadas de muy diversas formas.

La historia reciente de esta disciplina comienza en 1908 con la publicación de dos libros que llevaban en su título el término 'psicología social', y que examinaban el impacto de las variables sociales en el desarrollo y la conducta de los individuos. El primero estaba escrito por el psicólogo inglés William McDougall, y el segundo por el sociólogo estadounidense Edward Alsworth Ross. McDougall esbozaba una teoría controvertida sobre los instintos humanos, concebidos como amplias tendencias finalistas emergentes del proceso evolutivo. Por su parte, Ross se ocupaba de la transmisión de la conducta social de persona a persona, similar al contagio emocional que sucede en las masas, o a la sucesión de modas y caprichos sociales.

Otro libro de psicología social, publicado en 1924 por el psicólogo estadounidense Floyd H. Allport, que tuvo una importancia decisiva en el desarrollo de la psicología social como especialidad de la psicología general, extendía los principios del aprendizaje asociativo a un amplio espectro de comportamientos sociales. Se evitaban también las referencias a las misteriosas fuerzas sociales propuestas por Ross y a las elaboradas disposiciones instintivas empleadas por McDougall y sus seguidores para explicar la conducta social. Hasta finales de esa década, la psicología social continuó dedicada a la controversia entre los diferentes puntos de vista, mientras que el trabajo empírico —basado en la experiencia y la observación— de relevancia práctica o teórica era escaso. Existe en ella un compromiso que tiene como protagonistas a las personas concretas, en

su calidad de componentes de las estructuras sociales y partícipes de la cultura, y muestra una evidente preocupación por su salud, por su bienestar, por su felicidad, por su libertad y por las diversas formas que adquiriendo, su conciencia.

Comte intenta negociar la conciliación entre el orden y el progreso. Escribe sobre el espíritu positivo como la condición fundamental del progreso, y el progreso se convierte en el fin necesario del orden. La perspectiva de Comte era reorganizar la sociedad: ese fue el reto de espíritu positivo, es esa meta de la ciencia social, ese fue el objetivo de dos de sus más cualificados protagonistas Saint – Simón y Comte.

“Toda operación humana completa, desde la más simple a las más complicada, ejecutada por un solo individuo o por varios de ellos, se compone inevitablemente de dos partes, o dicho en otros términos, da lugar a dos tipos de consideraciones: una teórica y otra práctica; una conceptual y otra ejecutiva. La primera precede necesariamente a la segunda y la dirige. En otras palabras: no hay jamás acción sin especulación” (Comte, 1984; citado en Blanco y de la Corte, 1996). Y no solo eso, John Dewey marcaba que teoría y práctica son inseparables la una de la otra e inseparables ambas del contexto social y del valor en el que se desarrollan y se aplican (Fernández-Ríos, 1994).

Desde otra perspectiva Lev S. Vygotsky, maneja dos hipótesis a la hora de hablar de una ciencia general: a) todo concepto abstracto posee un determinado sedimento en la realidad concreta; aunque se trate del más abstracto, le corresponde cierto grado de realidad, y b) a su vez, todo hecho empírico encierra ya una abstracción primaria; dicho en otros términos, el material de que se sirve la ciencia no es un material puro, sino un material mediado.

La historia de la psicología social no puede ser entendida sin los problemas sociales que como sociedad hemos tenido, ya que lo individual influye en lo social

y viceversa. Desde esta perspectiva, una de las funciones de la psicología social es resolver los problemas sociales y procurar un bienestar para la sociedad.

“La psicología social, viene siendo un espacio científico que tampoco nos resulta indiferente; es un personaje que, tras los ropajes de que se adorna, encierran una cierta dosis de coherencia y unidad” (Blanco, 1988).

Aquí se mantiene la hipótesis de que son fundamentalmente cinco máscaras¹ que han llegado a utilizar los teóricos al momento de dar una definición acerca de lo que es y hace la psicología social. Una máscara que, como en la más pura tradición escénica, esconden un único personaje aunque nos presentan de él un perfil diferente.

Este personaje es la psicología social y las cinco máscaras son los principales autores que han contribuido para dar una definición y desarrollo. Este aporte que cada uno ha tendido es que lo individual converge en lo social y viceversa. Asimismo, como se apuntó más arriba, Allport, Mead, Lewin, McDougall y Tarde, han atribuido a los comportamientos y estructuras sociales, el contagio y conducta social, etc., a la influencia en las personas concretas.

A comienzos de los años veinte Bernard, (citado en Blanco, 1988), amplía tres definiciones de lo que sería la psicología social:

- a) El estudio de la conducta grupal en sus aspectos psicosociales de acuerdo con los modelos desarrollados por los teóricos de las masas.
- b) El estudio del desarrollo del individuo socializado bajo la influencia y el dominio de los instintos de acuerdo con los presupuestos teóricos de McDougall.

¹ En la introducción del libro del autor Amalio Blanco “Cinco tradiciones en la psicología social, menciona que tanto, Floyd Allport, George, H. Mead, Kurt Lewin, William McDougall y Gabriel Tarde; trataron de dar una definición cada uno desde su perspectiva, sin embargo, en ellos existe una coherencia y unidad en su aporte a la psicología social.

- c) El estudio del desarrollo del individuo bajo las presiones ambientales y el aprendizaje según la teoría de Cooley.

En ese mismo año English Bagby, (citado en Blanco, 1988), al hacer un somero repaso de las líneas maestras en la psicología social de los años veinte, descubre no menos de cuatro maneras de definirla:

- a) La psicología social como el estudio de los fenómenos de masa;
- b) La psicología social como el estudio de las reacciones a las personas consideradas como estímulos;
- c) El estudio de las reacciones a las situaciones en las que están incluidas otras personas;
- d) Finalmente, el análisis de los fenómenos y reacciones psicológicas de cualquier tipo que tiene relación con el bienestar psíquico (Blanco, 1988).

Entendiendo que lo psicosocial no es un conjunto de datos o un repertorio de hechos nuevos que suceden como consecuencia del maridaje entre el individuo y la sociedad, sino una nueva manera de enfrentarse a los datos, temas y preocupaciones de siempre, aquellos que se han interesado en el hombre desde el inicio de su peregrinar sobre la tierra, aquellos que están ya presentes en las tablas de la ley. Goldstein, 1980; (citado en Blanco, 1988) menciona, “la psicología social es una perspectiva o una filosofía sobre la interacción humana. No son actitudes, ni agresión, ni siquiera interacción, es un proceso.

Sí la psicología social es un proceso, entonces se parte de definirla o entenderla como el estudio de factores que giran alrededor de lo individual y lo social. Estos factores se encuentran ligados, y permiten percibir al mundo de diferentes formas como una extensa gama de actitudes y comportamientos correlacionados en una historia y espacio particular. En este contexto la psicología social ha tenido una incursión importante en el ámbito de la salud, lo cual se abordará más adelante.

1.4 El concepto de salud en la historia

EL proceso salud enfermedad se ha encontrado inherente en la historia de la humanidad (Vega – Franco, 2002). En el antiguo Egipto la salud y la enfermedad solo eran manifestaciones de un drama metafísico originado por causas externas. Se creía que la enfermedad y la muerte eran debidas a fuerzas extrañas, mediadas por objetos inanimados, fuesen estos seres vivos o espíritus demoníacos. La salud estaba subordinada a la interacción armónica de las fuerzas de la materia y del espíritu, en tanto que la gravedad de la enfermedad dependía del grado en que la armonía era trastocada.

En las culturas mesopotámicas, prevalecía la idea de que las enfermedades eran el castigo que los dioses imponían a los hombres que transgredían sus normas, aunque también algunas enfermedades podían ser causadas por maleficio de alguna persona o por el capricho de demonios errantes. Para recuperar la salud era necesario restablecer la armonía entre el Dios ofendido y el hombre pecador, y según fuese la causa de la enfermedad del paciente era objeto de ritos religiosos o bien expuestos a exorcismos y magia.

En China la armonía del cuerpo y el espíritu se debe a dos elementos complementarios en el Tao: el yin y el yang. Del balance armónico de los atributos del yin (femenino, oscuro, pasivo, misterioso, demoníaco) y el yang (masculino, brillante, activo, claro, benéfico) depende la salud y la vida. Estos dos elementos se relacionan con cada una de las partes corporales mediante el k'í-hiue, el sistema que distribuye en el cuerpo el soplo de la energía vital (k'í) y la sangre (hiue); el k'í-hiue se vincula con elementos activos de la naturaleza, que a su vez tiene relación con los órganos, vísceras y emociones (tierra, bazo y estómago, ansiedad; agua, riñón y vejiga, miedo; fuego, corazón e intestino delgado, alegría; metal, pulmón e intestino grueso, tristeza; madera, hígado y vesícula biliar, coraje) manteniendo así la armonía con su medio externo, del equilibrio entre el yin y el

yang va depender que el hombre goce de salud o padezca alguna enfermedad (Marié, E. 1998)

En la India, la medicina Ayurveda (o saber sobre la longevidad), aún preserva la idea de que para entender las enfermedades es preciso reconocer que los elementos esenciales del cuerpo humano son los mismos del macrocosmos: éter (o vacío), viento, fuego, agua y tierra. La proporción de estos elementos en proporciones diferentes, es lo que da origen a los órganos corporales: el elemento que predomina en un órgano es el que define su función. Así, el éter predomina en los órganos huecos, como el intestino; el viento en los soplos que corren por el cuerpo; el agua en los líquidos corporales como la sangre; el fuego en el calor interno del cuerpo; y la tierra en los tejidos corporales y los músculos. Tres de estos elementos son los que desempeñan el papel más importante: el viento, el fuego y el agua; son los que sostienen las fuerzas que preservan la vida. Cuando en estos hay un desequilibrio o perturbación esto se traduce en tres desordenes o defectos (tridosha) que identifican a la enfermedad. En cambio la salud radica en la armonía de estos elementos.

En la cultura grecolatina, Pitágoras y sus ideas de que el número marca el límite, el orden y la armonía del cosmos las aplicó también a los seres humanos. Pensaba que todo es número, todo es armonía: los hombres, los miembros y los órganos corporales. La armonía del todo y sus partes es lo que genera en el hombre la vida y la salud; la desarmonía lleva a la enfermedad y a la muerte. Tenía el convencimiento de que la salud se encuentra en la medida, por lo que el precepto de mesura en todos los actos de la vida era una condición indispensable para conservar la armonía corporal, o para rescatarla si esta se llegara a perder.

En el último tercio del siglo VI A. C. Alcmeón de Crotona, estaba convencido también de que la salud del cuerpo y del espíritu dependía de la isonomía, entendida esta palabra como equilibrio, equidad, armonía, o en cierto sentido, la

democracia de las fuerzas humedo-seco, frío-caliente, amargo-dulce y de otras. La permanencia de una sola fuerza sobre la otra es causa del enfermar.

En la magna Grecia Empedocles señalaba que los principios elementales del Cosmos eran fuego, aire, tierra y agua, los que eran también sustancias esenciales en el cuerpo humano. En esta cosmogonía asigna al odio y al amor un papel esencial; creía que la mezcla íntima que une a los cuatro elementos se daba porque el amor ha dominado al odio. Pensaba que la esfera primitiva del amor es la que mantiene la cohesión y la armonía de las sustancias esenciales, pero cuando el nexo se pierde por predominio o por deficiencia (eklipsis) de alguna de ellas, la salud se altera.

Polibio incorporó la vieja creencia de la participación de los humores corporales en el proceso salud enfermedad; este protomédico pensaba que el cuerpo humano contiene sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra y que estos elementos (que difieren en su cualidad de calor, frío, sequedad y humedad) entran en su constitución y explican sus dolores y su salud. Si estas sustancias se encuentran en su correcta proporción en intensidad y cantidad, el cuerpo estará saludable; y la enfermedad aparece cuando la cantidad de alguna se excede o hay deficiencia en la proporción o se encuentra separada del cuerpo. De la armonía de los humores y de la relación con los elementos primarios de la naturaleza (aire, agua, fuego y tierra) es posible identificar si una persona goza de salud (eukrasia) o esta enfermo (diskrasia).

Los estoicos en voz de Marco Aurelio (siglo II D. C.), pensaban que la naturaleza del universo dispone que el hombre enferme, a pesar de que el médico lo pretenda guiar a la salud, lo que le pasa a cualquiera es porque se le ordena como a una más de las cosas subordinadas de la naturaleza. Había que aceptar con gusto lo que pasara ya que con ello se contribuía a la salud y bienestar del universo, quien era el administrador de todo.

En ese mismo siglo el médico griego, Galeno, reafirmó y divulgó la manera de pensar de Polipo, enriqueció con ideas originales la doctrina hipocrática y con experiencias propias acrecentó los viejos conocimientos de la escuela de Cos fundada por Hipócrates. Se le reconoce como padre de la anatomía, e iniciador de la fisiología, la osteología y la neurología. Descubrió que el cerebro recibía las impresiones de los nervios, determinó las funciones de los músculos, los riñones, y advirtió que el pulso indicaba en parte el estado de la salud. Afirmaba que la “anatomía era el único fundamento sólido para llegar a la patología”. Sus numerosos textos sobre higiene, medicina y cirugía, ejercieron una influencia significativa en el ejercicio de la medicina por 1500 años, cimentando la identidad de la medicina occidental (Cumbre, 1978)

Durante la edad media al desaparecer el imperio Romano de Occidente, médicos árabes, persas y judíos, resguardaron e impulsaron los conocimientos de la medicina griega. Fue en esta época en la que ejerció mayor influencia la teoría de los humores. Los médicos árabes y judíos continuaron siendo líderes en la medicina occidental hasta la fundación de la escuela (médica) de Salerno, la que retomó la idea grecolatina de fomentar la salud mediante preceptos higiénicos, lo cual divulgó en un manual de salud conocido como *Régimen Sanitatis Salernitanum*, publicado por primera vez en el siglo *XIII*. Sin embargo todas las calamidades ocurridas durante este tiempo (el régimen feudal, las epidemias recurrentes, las guerras, el hambre y otros infortunios) contribuyeron a la expansión del cristianismo y con ello nació la firme creencia de que la salud, el bienestar, la infelicidad y que todo lo concerniente al hombre es designio de Dios. Entre 1453 y 1789 los historiadores identifican la edad moderna. Durante esta época el saber y el ejercicio de la medicina continuaron sustentados en las ideas de Hipócrates y Galeno.

Paracelso (1492-1541) intuyó otros horizontes en la medicina después de observar cierta analogía entre los procesos fisiológicos y patológicos con algunas reacciones químicas observadas en su rudimentario laboratorio alquimista. Se

preguntaba si era posible explicar los mecanismos de las enfermedades en términos químicos, y desarrollo una teoría. Creía que en los órganos corporales se encontraban tres principios físicos: el combustible, el incombustible y el volátil. A estos principios les dio el nombre simbólico de azufre (porque arde), sal (porque permanece en cenizas) y mercurio (porque echa humo). Supuso que estas sustancias eran los elementos químicos que integran el cuerpo humano, pero además supuso la existencia de un principio vital al que llamó *archaeous*. Estaba convencido que para que el hombre recupere o conserve su salud es preciso un alquimista hábil que separe los principios buenos de los malos que hay en el medio ambiente (*ens veneni*), pero además requiere contar con la ayuda de los astros (*ens astrale*), con la constitución natural (*ens naturale*) de cada ser humano y con su espíritu (*ens spirituale*), todo esto en consonancia con el pensamiento escolástico que dominó el pensamiento durante el medioevo: con la anuencia de Dios (*ens Dei*) de quien depende la alquimia de la salud que preserva la vida.

Claudio Bernard introdujo la medicina al mundo de la ciencia. Entre sus reflexiones sobre “el estudio a la medicina experimental” señala que la condición necesaria para la vida (sana) no se encuentra ni en el organismo ni en el ambiente externo, sino en ambos. Considera que la salud del hombre depende de una relación necesaria de intercambio y equilibrio, al interactuar con fuerzas físicas, objetos materiales, sustancias químicas y seres biológicos del ambiente externo. La salud depende del funcionamiento armónico de los órganos y los sistemas corporales.

El fisiólogo Walter B. Cannon en los años treinta del siglo XIX llamó homeostasis biológica a la relativa estabilidad del medio interno descrita por Bernard, extrapoló este concepto denominándolo homeostasis social; pensaba que en ella la salud depende del equilibrio armónico de todos los elementos que dan cohesión a la sociedad.

Bernard omite destacar la importancia que tiene la estructura política en la salud de la población: en ella recae la responsabilidad de procurar el bienestar de la

sociedad, tal como Rudolf Virchow afirma (el estado) debe de ayudar a todos una vida sana. Eso se desprende de la concepción de Estado como unidad moral de todas las personas que lo constituyen y de la obligación de solidaridad universal. Ya en una época más reciente, en 1938, Perkins tal vez inspirado en los conceptos de Bernard define la salud como un estado de relativo equilibrio de la forma y función corporal, que resulta del ajuste dinámico del organismo ante las fuerzas que tienden a alterarlo; no es el resultado de la interrelación pasiva entre las sustancias del organismo y los factores que pretenden romper la armonía con el medio externo, sino la respuesta activa de las fuerzas corporales que funcionan para establecer los ajustes para preservar la vida.

En 1941 para Sigerist la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo.

Sampar propone en 1946 una definición de salud a la OMS y que aparece en su carta constitutiva: “es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad o invalidez”. Veinte años después el médico y filósofo Canguilhem agrega algunos conceptos de lo que para el es la salud: la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas,... es el conjunto de seguridades en el presente y aseguramientos para el futuro en lo biológico y lo psicológico, para regular las posibilidades de reacción del individuo. Señala que el hombre sano mide su salud por su capacidad para superar las crisis orgánicas e instaurar un nuevo orden. El hombre solo se siente en buen estado de salud tal es la salud -cuando más que normal- es decir, adaptado al medio ambiente y a sus exigencias, se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida. La salud es una manera de abordar la existencia, y sobre esto versa la observación del médico.

En 1997 la OMS convocó a una reunión para la promoción de la salud en el siglo XXI, que tuvo lugar en Jakarta, en ella se establece que los requisitos para la salud (de la población) son: “paz, vivienda, educación, seguridad social, relaciones sociales, alimentación, ingreso económico, empoderamiento de la mujer, un ecosistema estable, uso de recursos sostenibles, justicia social, respeto por los derechos humanos y equidad”.

La incursión de la psicología en el campo de la salud no es reciente, si voltea la mirada a ese recuento histórico sobre el concepto de salud queda de manifiesto que en las antiguas culturas tenía un lugar el ámbito psicológico en la salud, tal es el caso de postura de los chinos, de Hipócrates, de Empedocles, que mencionaban las emociones en su concepto médico.

Al adoptar la definición de la OMS como la reguladora de lo que se entiende por salud, la psicología ha encontrado un lugar al ser encargada del saber mental, y que si bien es cierto durante mucho tiempo estuvo supeditada al modelo médico para tener ingerencia dentro del campo, al entrar dentro de la legislación sobre salud, no es necesario continuar con un modelo biomédico sino multicausal, un modelo biopsicosocial que de cuenta de la salud en un espectro mayor, lo cual se abordará a continuación.

1. 5 De la Psicología de la Salud a la Psicología Social de la Salud

La psicología facilitó su entrada al campo médico al cambiar el modelo y concepto sobre salud. De esta forma no sólo ha tenido que ver con la manera de hacer psicología sino también un cambio en la manera de hacer la lectura de la enfermedad, una lectura distinta a la del modelo biológico que implica no sólo el equipo biológico sino también una serie de comportamientos, actitudes, competencias individuales; y en el campo social todos aquellos elementos que se van entretejiendo y conforman el estilo de la sociedad y la cultura, hasta llegar al medio ambiente particular en el que se desenvuelve la persona. El inicio de la

transformación del modelo biológico al modelo biopsicosocial se inicia con el concepto de “rol del enfermo” de Parsons, éste representa el primer cuestionamiento sistemático del modelo biomédico, pues si para este implica siempre un proceso fisiológico, para Parsons ésta es sobre todo un proceso social. Si bien es cierto el modelo normativo de Parsons no podía explicar las variaciones individuales ante la enfermedad, no era aplicable a determinadas enfermedades y sus expectativas no resultaron ser tan universales como pretendía, después de Parsons la enfermedad ya no podía ser un mero reflejo de una disfunción orgánica.

La evolución del modelo biopsicosocial ha sido fruto de múltiples trabajos que han asentado las bases para definir un camino concreto y cada vez más rico en la manera de acercarse al fenómeno salud-enfermedad. Al caracterizar Parsons la enfermedad como una desviación social, al considerar Mechanic la enfermedad como un proceso dinámico de adaptación del individuo a las distintas dimensiones amenazantes implicadas en ella, al analizar Pilowsky el papel del grupo en la definición de enfermedad, al proponer McHugh y Vallis los procesos de atribución y comparación social como determinantes de la experiencia de enfermedad (illness), al definir Leventhal como un sujeto activo orientado a la resolución de sus problemas de salud, van configurando una visión en donde la salud también es un problema multicausal en el que existen estrechas relaciones entre los diferentes determinantes de la salud (citados en León y Medina, 2002).

En la actualidad la psicología se ha caracterizado por la búsqueda continua de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica, de una parte, y sus extensiones al ámbito de la salud, de otra; muestra de ello es el auge de la investigación básica en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología y de sus extensiones a la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad. Además, el momento se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la psicología, especialmente de la psicología social y comunitaria, para aportar a una línea de

gran actualidad, englobada en la denominación genérica de Psicología Social de la Salud; la meta más importante de esta línea es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para promover la salud y para prevenir las enfermedades, por lo cual tiene una gran relevancia si se toma en cuenta el riesgo que representan los estilos de vida inadecuados en el contexto actual de morbilidad de nuestra población. Así mismo, la psicología le ha interesado analizar las interacciones de los fenómenos afectivos y conductuales con la salud.

Es así como surge el nuevo campo de la Psicología de la Salud, con un horizonte de estudio y de aplicación más amplio que el de la medicina comportamental. Suele atribuirse a Joseph Matarazzo el uso original del término en 1982, con su tradicional definición de psicología de la salud como el "conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias" (Matarazzo, 1982).

La psicología de la salud constituye, en últimas, el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos (Flórez, 2001).

El desarrollo económico y social, aunque ha beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, también ha impuesto condiciones negativas, muchas de orden psicosocial: los riesgos mentales, los estilos de vida inadecuados, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro

ambiental, e incluso la inequidad en el acceso a las oportunidades de realización personal, son aspectos que coexisten con el desarrollo de nuestras sociedades. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y su aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

Así pues, entre la psicología y la medicina se ha producido una fusión que incluye todos los aspectos de la asistencia sanitaria, incluidos la aparición de la enfermedad, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación. La salud y el bienestar son términos que ahora compiten directamente con la enfermedad y el malestar en la atención pública (Maddaleno; Munist; Serrano; Silver; Suarez; Yones, 1996)

Lo anterior se fundamenta y se desarrolla a partir de que la Organización Mundial de la Salud en su carta magna define a la salud como “un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia” (Carta magna, 1964).

En esta definición se puede observar que existen elementos psicológicos y ambientales que anteriormente no se manejaban y que además les daban mayor importancia al aspecto biológico como fuente principal al proceso de salud-enfermedad. Otro de los avances que se tienen en el campo de la Psicología de la Salud, es la incorporación de elementos de la Psicología Social, y como lo mencionan Rodríguez y García (1996)², “La psicología social de la salud es la

² Estos autores en su artículo “*Psicología social de la salud*” nos dicen que la conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social, por lo que “un abordaje psicológico puramente individual probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad. Comprender todos estos aspectos nos proporciona herramientas para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma, evitando la aparición de concomitantes psicosociales negativos, y mejorando su tratamiento y la recuperación, y facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria (Rodríguez y García, 1996).

aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de la salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco”.

Aplicar la Psicología Social al campo de la salud significa el estudio de la conducta salud/enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, técnicas diagnósticas y de intervención estresantes, organizaciones de cuidado de salud, etc. Actividades como la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud son el resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de la salud.

Reynoso - Erazo y Seligson (2002) describen como la “labor del psicólogo ha venido involucrándose en el ámbito de la salud”, estos autores han realizado investigaciones y han encontrando relaciones entre una serie de conductas cotidianas, actitudes y creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedades (los llamamos estilo de vida) y la aparición de enfermedad. La demostración de este tipo de relaciones permite al psicólogo y a otros miembros del equipo de salud plantear las alternativas de intervención en tres niveles:

- ⊗ Previniendo la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos mediante la educación y el fomento de prácticas saludables.
- ⊗ Previniendo la aparición de problemas en sujetos aparentemente sanos identificados en estado de riesgo a través de intervenciones específicas.
- ⊗ Interviniendo para cambiar estilos de vida, particularmente en aquellas condiciones que generen estrés³.

³ Este esquema de trabajo se puede observar en los de Centros de Integración Juvenil, A. C. el cuál ha venido realizando una labor en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la farmacodependencia, donde dicho abordaje va desde el incrementar los factores protectores (autoestima, asertividad, afrontamiento del estrés, habilidades sociales y apego escolar), a la par de atender los aspectos emocionales y orgánicos con un equipo multidisciplinario en el que destacan, psicólogos, médicos, psiquiatras y trabajadores sociales para dar una mejor solución al problema de salud pública y mental en el marco de las adicciones.

Si se considera que algunas enfermedades crónico-degenerativas se establecen como consecuencia de un estilo de vida inadecuado es fácil suponer que la curación y la rehabilitación de la persona no será alcanzada sólo con la hospitalización y una serie de indicaciones médicas (no fumar, no beber, practicar ejercicio, no estresarse, cambiar de dieta, etc.), se hace fundamental entonces contar con el apoyo de una disciplina que de manera sistemática proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar estas conductas, es decir, su estilo de vida, decrementando tanto la morbilidad como la mortandad; así, los programas enfocados a la reducción de estrés, fortalecimiento de la adherencia terapéutica, mejoramiento o mantenimiento de nuevas condiciones de vida en el caso de enfermedades crónicas y en el manejo de la depresión, son áreas que el psicólogo puede trabajar en los escenarios de atención a la salud.

Esto se puede encontrar en los actuales centros de salud que han adoptado mayoritariamente los enfoques holísticos⁴. En la mayoría de los centros, es posible encontrar programas que animan a los pacientes a utilizar diversas estrategias psicológicas que incluyen el manejo de estrés, la relajación, el biofeedback, la fantasía guiada y la hipnosis para controlar trastornos y enfermedades como la migraña, hipertensión, el colon irritable, las enfermedades coronarias y el cáncer, entre otras.

En el siguiente capítulo se abordarán algunos conceptos que tienen una relevancia en el proceso salud-enfermedad: como es el estrés, los estilos de vida, y el apoyo social entre otros.

⁴ El trabajo que se realiza en estos centros es que existe un grupo de especialistas (Médico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social, entre otros) para el tratamiento de la enfermedad de una persona.

Capítulo 2

Factores psicosociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

La psicología ha incursionado al campo de la salud desde un enfoque diferente a como la ha tratado durante varios años la medicina. Este enfoque se puede diferenciar por que retoma elementos del propio sujeto, como las emociones, lo social, la historia familiar, y también las creencias y estilos de vida que favorecen al proceso salud-enfermedad. Categorías en las cuales se puede hacer más específico el estudio de este proceso, en donde lo social y lo psicológico tienen un papel importante para la prevención, el mantenimiento, y la promoción de la salud y no solamente su cura.

En la conferencia de Ottawa celebrada en el año de 1986, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud definen a la Promoción de la Salud como la forma de “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Y por tanto poder alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. Para que un individuo o un grupo pueda ser capaz de identificar, realizar y satisfacer sus necesidades y aspiraciones, y pueda cambiar o adaptarse al medio ambiente donde interactúa.

Actualmente la Organización Mundial para la Salud ha difundido la definición de salud (2000) como: “El estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición se encuentra vigente desde hace más de un cuarto de siglo y supone la posibilidad de distintas disciplinas con un objetivo común.

Así ambas organizaciones ven en la promoción de la salud una forma integral, para favorecer al individuo y que puede ver a su cuerpo como un todo. Desde lo

físico, mental y social, lo cual va a permitirle una calidad de vida y al mismo tiempo vida saludable. En éste contexto entonces la promoción de la salud, no es nada más el proporcionar los medios necesarios para mejorar la vida, sino que va más allá, que el sujeto haga una reflexión acerca de su estado de salud. Por ello es importante señalar en que consiste la promoción de la salud, y como esta influye en el desarrollo de salud-enfermedad.

Es importante especificar que dentro de la promoción de salud existe una infinidad de mecanismos para la protección del proceso salud – enfermedad, como lo son la educación para la salud, acción comunitaria, reorientación de los servicios sanitarios, etc., sin embargo, en este trabajo sólo se retomaron los factores psicosociales por ejemplo, el estrés, el apoyo social, los estilos de vida, creencias y significados en salud, entre otros; los cuales influyen directamente en las enfermedades crónico degenerativas.

2. 1 Promoción de la Salud

La promoción es un concepto relacionado con la salud, que implica no sólo la protección y mantenimiento de ésta, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad. Por tanto, la promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos saludables, aumentadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales, de la persona. En ese sentido, “en el campo de la salud, los comportamientos preventivos tienen como objetivo la disminución de la incidencia de enfermedades (prevención primaria), la disminución de la prevalencia, acortando el período de duración de la enfermedad (prevención secundaria) o la disminución de las secuelas y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria)” (Rodríguez y García, 1996).

La promoción de la Salud se relaciona estrechamente con la Educación para la Salud, o Educación Sanitaria. La Educación para la Salud es un campo de

investigación y aplicación que ofrece enormes posibilidades a la Psicología Social de la Salud. “La Educación para la Salud, puede entenderse como una combinación de cuatro pasos: análisis del problema, identificación de los determinantes de la conducta, intervención comportamental y evaluación.” (Rodríguez y García, 1996).

Entonces la promoción de la salud, es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud. “Desde ésta postura la salud se considera no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente. (OPS, 1996)¹

Con esta perspectiva la promoción de la salud es un tema prioritario en la Psicología, y se refiere al desarrollo y fortalecimiento de aquellas conductas y estilos de vida que conducen a lograr un estado de vida saludable. El estilo de vida y calidad de vida determina cómo se siente la persona en términos de salud. En el siguiente apartado se desarrollará el concepto de estilos de vida y como ha influido en el proceso salud enfermedad.

2. 2 Estilos de Vida.

Hoy en día existe un concepto que se relaciona y tiene que ver con el proceso salud-enfermedad: los estilos de vida, “cada vez es mayor la evidencia que tiene el peso que ejerce nuestra conducta, nuestros estados psicológicos y el contexto en el que vivimos sobre nuestra salud. La salud de los individuos depende en gran medida de comportamientos tales como adoptar hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etc.”, (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984; citados en Oblitas y Becoña, 2000).

¹ OPS, (1996). Promoción de la salud: Una antología. Washington, D. C. Pág. 384.

Este concepto se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. La Organización Panamericana de la Salud se refiere a los estilos de vida como “el proceso por el cual los individuos identifican, manifiestan sus problemas, reaccionan frente a ellos e intentan resolverlos” (OPS, 1996).

En este concepto se pone en juego la individualidad del sujeto ya que a partir de sus hábitos alimenticios, ejercicio físico, comportamiento, va a depender el proceso salud-enfermedad, y el mantenimiento del mismo, o sea, es la forma de actuar, y no tener nada más la información de lo que puede pasar si no tienen estilos de vida saludables.

En las investigaciones que se han realizado con respecto al seguimiento de cómo influyen los estilos de vida se ha observado una clara relación entre la prolongación de vida y las siguientes siete conductas de salud (OPS, 1996):

1. Dormir siete a ocho horas diarias.
2. Desayunar casi todos los días.
3. Realizar tres comidas al día.
4. Mantener el peso corporal dentro de los límites normales.
5. Practicar ejercicio físico regularmente.
6. Uso moderado de alcohol o no beberlo.
7. No fumar.

En ese sentido la promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran la salud de los individuos. Y como lo señala McAlister (1981) las conductas saludables son acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y

fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico, psicológico y social. Por ello es importante destacar tanto la importancia y el impacto que tienen los estilos de vida en el bienestar tanto físico, psicológico y social del sujeto, y poder construir redes sociales para promover estos estilos de vida en la población juvenil.

2. 3 Apoyo Social

Dentro del campo de la psicología se ha introducido un concepto, el cual ha aportado un elemento más al proceso salud-enfermedad, este se conoce como: apoyo social; el cual se entiende como la asistencia disponible a las personas y los grupos dentro de sus comunidades que puede servirles de ayuda tanto para desarrollar la capacidad de afrontar problemas, como de elemento amortiguador de los sucesos vitales negativos y otras causas de estrés.

Asimismo, el apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psíquicos. “Las investigaciones sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social, presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social. También han arrojado indicios que personas con pareja estable, amigos y familia que le proporcionen recursos materiales y psicológicos tienen mejor salud que aquellos con un contacto social pobre”. El apoyo social ha sido definido como la unión entre individuos o entre individuos y grupos, que mejorara la competencia adaptativa para enfrentar los desafíos, tensiones y privaciones a corto plazo (Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998).

Para Cohen y MacKay, 1984 (citados en Buendía, 1999), “por apoyo social se han entendido todos aquellos mecanismos a través de los cuales las relaciones interpersonales pueden proteger a un individuo de la patología inducida por el estrés. En ese sentido estos autores reconocen tres mecanismos de apoyo social: 1) apoyo social psicológico o apoyo emocional que se ha definido como

sentimientos de ser amado, poder confiar en alguien y tener la disponibilidad de alguien con quien hablar. Referido a la provisión de información o afectividad; 2) El apoyo tangible o instrumental se ha definido como prestar ayuda directa o servicios (ayudas domésticas, prestar objetos o dinero, cuidar de los niños, etc.). Se relaciona con el bienestar, porque disminuye las sobrecargas de tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo; y 3) El apoyo informacional es un proceso a través del cual las personas buscan información, consejo y/o guía que les ayude a resolver sus problemas, sin tener ese contacto afectivo que se presenta en el apoyo emocional.

De esta manera, se distinguen sistemas de apoyo "formal" compuestos, entre otros, por las intervenciones médicas, las intervenciones en crisis y los sistemas de rehabilitación psicosocial; y sistemas de apoyo "informal", que abarcan diversas redes sociales que emergen de forma natural, como las familiares, religiosas, de ocio y laborales. De aquí se desprenden los tipos de apoyo social que facilitan el proceso salud-enfermedad (Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998):

Apoyo Psicológico cotidiano: es aquél que ocurre en la interacción habitual y en la integración de la persona en el ambiente social. Comprende las expresiones de simpatía, cariño, comprensión, reconocimiento de estimación y valoración, retroalimentación, etc.; de parte de los amigos, conocidos, familiares, compañeros, etc.

Apoyo Psicológico en crisis: ocurre cuando la persona está afectada por una situación conflictiva o estresante (duelo, pérdida, enfermedad, etc.). Se visualiza a través de las conductas de amigos o parientes que incluyen la posibilidad de compartir y conversar acerca de los problemas o angustias que le genera el evento de vida negativo, como así también, el dar consejos o indicaciones tendientes a la búsqueda de soluciones.

Apoyo Instrumental cotidiano: son todas las acciones de ayuda material o tangible ejercidas hacia la persona en situaciones diarias pero que a la vez, no tienen mayores consecuencias.

Apoyo Instrumental en crisis: es aquella asistencia material o tangible que ocurre cuando la persona se enfrenta a situaciones críticas que esencialmente requieren soluciones materiales.

De acuerdo con lo anterior, el apoyo social es una condición que resulta favorable para el mantenimiento de la salud, que protege de la aparición de trastornos físicos y psíquicos posibilitando el equilibrio de salud-enfermedad.

Las investigaciones sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presentan síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social. Asimismo, se ha determinado que los diferentes sistemas de apoyo social pueden aminorar el impacto de la enfermedad, encontrándose que la estabilidad de los vínculos sociales y comunitarios facilita la resistencia a la enfermedad y tienen un efecto de reducción de las quejas relacionadas con la salud, mientras que el apoyo social limitado o escaso se asocia con frecuentes visitas al médico, mayor número de quejas sobre la salud y mayor número de enfermedades como consecuencias de la ocurrencia de eventos estresantes (Buendía, 1999).

De la misma forma, es importante contemplar el papel del apoyo social sobre las enfermedades crónicas (por ejemplo, la diabetes), el cual favorece la adherencia al tratamiento y mantiene en niveles aceptables las medidas bioquímicas. En el siguiente apartado se revisará otro de los conceptos que tiene una importante relevancia tanto en la salud, como en la psicología: el estrés.

2. 4 Estrés

En las investigaciones acerca del estrés a nivel fisiológico y psicológico, se destaca que es un proceso que forma parte ineludible y necesaria para la vida del ser humano y otros organismos complejos, para darse cuenta de las presiones medioambientales, y así responder a las oportunidades y exigencias que demandan la coordinación de lo fisiológico y lo psicológico.

Así, el término estrés se refiere a cualquier exigencia o estímulo que produzca un estado de tensión y que pida un cambio adaptativo. Estos estímulos pueden ser de muchos tipos; un examen, una boda, una separación matrimonial, la muerte de un familiar o ser querido, un viaje, etc. El estrés es la respuesta inespecífica del cuerpo a la demanda, ya tenga por resultado condiciones agradables o desagradables.

En el estrés están involucrados dos procesos en los cuales ciertos estímulos pueden ser agradables o desagradables, cuando el síndrome de adaptación general es provocado por experiencias placenteras se le llama eustrés. Cuando la causa son sensaciones desagradables se le nombra distrés.

Por otro lado, Pérez (1990) define al estrés como “la respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda exterior”. Pero no solamente el estrés se produce en el exterior sino también en el interior, del organismo como tal. Esto se puede observar en el momento que los estímulos internos como las enfermedades o los conflictos emocionales son también fuerzas que pesan sobre el organismo, exigiéndole ciertas adaptaciones o respuestas al medio en el que se desenvuelve.

Otra manera de ver el estrés es como respuesta fisiológica, cuando el organismo se encuentra en una situación de tensión, el cuerpo está padeciendo estrés, esta situación implica cambios fisiológicos y motores, las respuestas pueden ser el movimiento más rápido, la presión arterial aumentando, entre otros cambios que son de tipo emocional y conductual. A nivel fisiológico se destacan la función y división del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) es el simpático y el parasimpático. Los cambios que provoca el estrés en el sistema simpático son: aumento del ritmo cardíaco, respiración rápida, tensión muscular, glucosa en la sangre. Dicha reacción se presenta cuando existe una amenaza medioambiental. La actividad del sistema parasimpático tiene las siguientes características: mantiene proporción basal del corazón, la respiración y el metabolismo relajada en condiciones

normales. Sin embargo, es importante destacar que ambos sistemas son un mismo proceso que sirve a la preparación del organismo para que responda en las condiciones internas como externas (Kenny, y et al. 2000).

Como se puede observar el estrés se encuentra estructurado por factores internos y externos que van del ámbito personal al social y ambiental, presentándose tres momentos: la primera es la reacción de alarma, la segunda estado de resistencia y por último la fase de agotamiento. En la actualidad ha adquirido una condición natural² dentro del humano, algo que es necesario para la vida. Porque es un estado que se crea en el organismo para responder al medio interno o externo, adaptándose a la vida cotidiana y al mismo tiempo poder ser flexibles a los cambios circunstanciales y no canalizarlo en una enfermedad o en un estado de irritación.

2. 5 Sexualidad

La sexualidad es un elemento inherente al ser humano desde el momento de la concepción hasta la muerte. Es parte integrante de la personalidad, siendo la función orgánica que repercute en el contexto social en que está inmersa y se desarrolla. La sexualidad de los seres humanos constituye un todo con la vida misma. La palabra sexo, por otro lado, tiene aún otro significado y una connotación diferente que la palabra sexualidad. Gotwald (1985) menciona que la palabra sexo y sexualidad significan dentro de nuestra sociedad cosas muy diferentes, esto a raíz de la educación y cultura sexual que cada individuo se ha forjado a lo largo de su vida. Por ejemplo, la mayor parte de las personas, responden a la palabra sexualidad usando términos que connotan sentimientos entre personas como amor, comunicación, unión, compartir, tocar, cuidar, sensualidad y erotismo, al definir la palabra sexo mencionan términos que indican

² La condición de natural se refiere a la manera en que el contexto del México moderno exige a sus habitantes, y en particular a sus jóvenes de responder de una manera que les genere angustia. Los jóvenes se encuentran en una sociedad que demanda y exige pero no ofrece ni permite la construcción de alternativas. Para mayor profundidad revisar el capítulo 3.

“hacer” algo, como cópula, orgasmo, vagina, pene, genitales y “hacer el amor”. El desempeño y los sentimientos al incluir partes del cuerpo son parte del terreno de la sexualidad.

La OMS en 1974 define a la salud sexual como la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en forma que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.

Para Moncada (1987) la sexualidad es el representante psicosomático de un impulso dependiente de la producción de hormonas sexuales, al buscarse los sexos obedecen a sus necesidad de satisfacción sexual, satisfacción que se presenta como el acto sexual a sus imitaciones. En la vida humana la sexualidad implica también el nacimiento de una tensión psicosomática, desencadenada por una fuente endógena de estímulos.

En un principio la sexualidad ha surgido como, una necesidad de reproducción y de tener un placer a través de este acto sexual, aspectos que podrían ser los orígenes biológicos de la sexualidad. En ese sentido la sexualidad no es sólo un acto físico sino que implica también las emociones y sentimientos puesto que dentro de una relación estos aspectos se conjugan.

Para definir el concepto de sexualidad como lo menciona Álvarez (1986) es necesario tomar en cuenta otros conceptos como el de sexo de asignación que continuación se hará mención.

El sexo se considera como la serie de características físicas determinadas genéticamente que colocan a los individuos de una especie en un punto continuo, que tiene como extremos a los individuos reproductivamente complementarios. El sexo de asignación es el que aún antes del nacimiento las personas cercanas al nuevo individuo que va a nacer adoptan una serie de actitudes hacia el nuevo ser, que depende en gran medida de si este es de sexo femenino o masculino. Estas

actitudes, procesos y situaciones diferenciales predominan desde muy temprana edad.

Con los conceptos vertidos anteriormente el punto donde se reúnen el sexo (biológico), el sexo de asignación (social) y la identidad de género (psicológico) surge el concepto de sexualidad. Hablar de sexualidad es hablar del ser humano integral y en su totalidad. Es hablar del ser biológico, del ser Psicológico y lo del ser social. La sexualidad no constituye simplemente una respuesta física, sino una afirmación madura de amor. La sexualidad no puede carecer de la influencia positiva de la personalidad total, ya que si carece, puede ser monótona, aburrida, carente de estímulo y posiblemente exenta de toda existencia y materialización (Masters y Jonson, 1975).

La sexualidad, en una relación así determinada, se manifiesta bajo tres formas: Primera, cada compañero confirma que el otro es admirado, deseado y apreciado como ser humano capaz de sexo. Segunda, cada uno confirma que el compañero no es un monstruo sexual en sus deseos y ejecución sexuales, que cada uno comparten en la universalidad del sexo. Tercera, se les asegura que lo que comparten sexualmente es especial y único (Masters y Jonson, 1975).

El funcionamiento sexual se encuentra involucrado con el estado de salud física, mental y social que al ignorarlo refleja una inadecuada atención de la salud. En ese sentido, descuidar la función sexual es no tomar en cuenta que ésta es parte del funcionamiento integral del individuo. Como lo señala el informe de la OMS en 1974, los problemas de sexualidad humana tienen mayor importancia y transcendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas.

Asimismo, la OMS considera que se requieren tres elementos básicos para conseguir una salud sexual:

1. La posibilidad de disfrutar una actividad sexual reproductiva equilibrando una ética personal y social.
2. El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas o culpas, sin mitos y falacias, en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran en las relaciones sexuales.
3. El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos enfermedades o alteraciones que lo entorpezcan.

Lo anterior conduce a la satisfacción de los sujetos y en disfrutar el placer que conlleva la sexualidad para el desarrollo de los mismos. En esa perspectiva cuando no es disfrutado ese placer se presentan una serie de insatisfacciones y por consecuente el proceso salud-enfermedad se ve afectando. En esa perspectiva se perjudica considerablemente en primera instancia lo emocional, la relaciones interpersonales entre otros aspectos relevantes en la vida psicosocial de los sujetos, y sobre todo cuando se trata de jóvenes los cuales se encuentran en la construcción de su personalidad y su proyecto de vida.

En la investigación de Fleiz, Villatoro, Medina, Alcántar, Navarro, y Blanco, (1999) sobre “El conocimiento de la sexualidad y conducta sexual de estudiantes de la Ciudad de México” demuestran lo siguiente: el tópico de la sexualidad y la salud reproductiva ha cobrado un interés entre los profesionales dedicados a la salud pública y mental, ya que se ha encontrado que la edad en promedio entre hombres y mujeres en tener relaciones sexuales esta entre los 15 y los 19 años y desafortunadamente con pocos conocimientos sobre la sexualidad.

También se encontró que la mayoría de los adolescentes utilizan anticonceptivos siendo el condón el más utilizado, sin embargo, el 22% de los adolescentes sexualmente activos no usa ninguno quedando en riesgo de embarazar (o quedar embarazada) o de ser contagiada (o) por alguna enfermedad de transmisión sexual (Fleiz, Villatoro, Medina, Alcántar, Navarro, y Blanco, 1999).

2. 6 Creencias y Significados en Salud

Como se abordó en el capítulo 1, el concepto de salud ha estado permeado por el medio ambiente en el sentido que la salud está sujeta a los elementos (fuego, tierra, aire, agua) que lo componen, y el ser humano llega a ser una representación microcósmica de éste, sujetando el concepto y al ser humano a un equilibrio que se traduce en salud. Se observo como la salud ha estado sujeta a fuerzas superiores, llámese universo (en el caso de marco Aurelio), demonios o maleficios (en la concepción egipcia), o bien por un designio de Dios (visión cristiana, o el ens Dai de Paracelso). Casi todas las grandes culturas coinciden en señalar como elementos primigenios del organismo: el agua, el fuego, el aire (viento) y la tierra unidos por la armonía del yin y el yang (China), el equilibrio de fuerzas vitales (India) y la equidad (isonomia) entre las sustancias que integran la materia humana (Grecia).

Asimismo, en la actualidad existen otros elementos que se van vinculando al proceso salud enfermedad, por ejemplo, el Estado, los medios de comunicación, etc., como principales promotores de la salud dentro de la población. La noción de homeostasis social deja ver un intento por llevar la salud a una visión de población, permite especificar la importancia que representaba ya el entendimiento del comportamiento social y su implicación en la salud. Esto permite entender el por qué la conceptualización histórica de la salud tiene una implicación directa de vivir, de pensar y hacer la salud.

En México en cuestión de salud se tiene una limitada perspectiva acerca de lo que es prevención, esto se observa en diferentes niveles institucional, social e individual. Porque el primero se ha preocupado más por atender la enfermedad que esta presente en la población y cuenta con un número considerable de campañas para prevenir las enfermedades que tiene un alto índice de mortalidad en el país. A nivel social se le ha dado una gran importancia a los medicamentos que tiene una influencia inmediata para aliviar el dolor, con el fin de ya no acudir al

médico y con ellos no perder más el tiempo y poder ser más funcionales, claro ejemplo, está el momento de ver cómo algunos laboratorios anuncian sus productos de manera discriminada en la televisión y radio, presentándolos como la panacea de combatir y aliviar la enfermedad que la población padece. Ambos niveles convergen en un sujeto particular influyendo en el proceso salud-enfermedad, encontrándose dentro de las prácticas cotidianas para mejorar su estilo de vida y de salud. Esto hace voltear la mirada a los elementos que se pueden encontrar en ellos y tener un marco de referencia, encontrando explicaciones para tratar de entender cuáles son las creencias y los significados en salud que se tiene en la población y cómo esto repercute en poder tener un cuerpo escultural tanto para hombres como para mujeres, ya que el aspecto físico ha cobrado una importancia increíble y hoy en día estar saludable es “verse bien”, demasiados productos light, clínicas para bajar de peso, las altas tasas de bulimia y anorexia son muestra de estos niveles.

Estas creencias tiene mayor impacto en la gente joven, la propaganda publicitaria y la moda han hecho de este “verse bien” toda una forma de explotación y una manera de conceptualizar el modo de vivir y no la salud de la juventud³.

Es usual observar como la gente define la salud como la simple ausencia de enfermedad: como si en esto estuviera arraigada la idea de una vivencia fugaz dentro de una secuencia continua de padecimientos, o bien que su percepción fuese achaque de experiencias colectivas de épocas pretéritas. Se antoja pensar que la gente siente la salud de la misma manera que algunas personas advierten la libertad al ser sometidas a la esclavitud. Como ejemplo es lo que menciona Henri-Francois Becque, (citado en Vega-Franco, 2002) acerca de que "La libertad y la salud son condiciones semejantes: el hombre sólo percibe su presencia cuando están ausentes". En cambio, quienes reflexionan acerca de su entorno y

³ Los mexicanos han visto reducido su nivel de ingresos por lo que han tenido que prescindir de algunos de sus productos favoritos: cigarrillos, bebidas, calzado y cuidados médicos. Ya no se gasta tanto en alimentos, vestido y limpieza del hogar, sino en vivienda, transporte, educación esparcimiento y cuidado personal. Guillen, G. 11 de Julio del 2001, El Universal.

expresan los sentimientos de su mundo interior, definen la salud por el desmedro de sus capacidades. Tal parece que la capacidad de sentir y razonar acerca del ambiente y las circunstancias que transcurren en nuestra vida cotidiana permiten dar a la salud un significado diferente, aunque esta apreciación puede ser sólo una interpretación parcial y personal de lo que para algunos es un proceso interminable de enfermedad que se alterna con espejismos de salud.

Cuando la enfermedad está ausente, la sabiduría no puede revelarse, el arte no se manifiesta, la fuerza no lucha, el bienestar es inútil y la inteligencia no tiene aplicación, por que mientras la gente considere a la salud como algo que se manifiesta solamente en lo físico, se resta importancia a lo social y psicológico; demostrando en esta percepción una creencia limitada de lo que significa tener salud.

Han sido muchos los que han definido el concepto de salud o han expresado alguna opinión acerca de este atributo, pero tal vez han sido más los que se han ocupado en restarles valor a estos juicios. En lo que probablemente todos han coincidido –los que han expresado alguna definición, los que disienten de éstas y los que callan su opinión– es en el viejo anhelo latino de tener una mente sana en un cuerpo sano (*mens sana in corpore sano*). Cabe pues precisar el sentido que se ha dado a algunas de las palabras que se han usado al definirla.

Lo anterior se presenta en la práctica al momento de realizar ejercicio en la ciudad, la cual esta diseñada en su mayoría para la industria y la vivienda, quedando muy pocos espacios para la realización de algún deporte, así la extinción del mismo y si ha esto le aumentamos el sedentarismo estudiantil por las exigencias académicas, hacen a la población juvenil vulnerable a problemas respiratorios y de sobrepeso y con ellos contraer enfermedades por ejemplo, la diabetes o la hipertensión arterial, las cuales han puesto en jaque a las instituciones de salud y a la población en general.

Y si a esto le agregamos el consumo de tabaco y alcohol que se tiene en México, y que la gente que la consume no tiene la conciencia del impacto que esto tiene en salud, ya que se argumenta que son prácticas sociales las cuales dan a las personas un estatus y una identidad dentro del grupo social al que quieren pertenecer y al mismo tiempo tener un mayor de contactos interpersonales, encontrando en ellas una seguridad y una identificación dentro del grupo; en resumen, los jóvenes y las jóvenes fuman para aparentar una buena imagen de sí mismos ante la sociedad. Ello sin saber que estos hábitos son un factor de riesgo importante de padecer Cáncer por consumir tabaco y Cirrosis Hepática por el consumo de alcohol.

Otro de los factores que influyen es el tipo de alimento que se consume y en donde es consumido. En nuestra ciudad la dieta en su mayor parte es de carnes rojas, grasas saturadas, picantes, pocas verduras y pocas frutas, poca agua y mucho refresco. Y si a esto le agregamos que una parte de la población no consume la cantidad necesaria de nutrientes para el día, además hoy se presentan algunos trastornos en la alimentación en la población en general y en particular en la juventud. Asimismo en México, la mala nutrición y el sedentarismo empiezan a causar estragos en nuestra población adolescente. “De acuerdo con la Encuesta Nacional de Nutrición de 1999, 27 por ciento de la población adolescente sufre de sobrepeso u obesidad” (PNS, 2001 - 2006).

Otros de los trastornos que se presentan en la población juvenil son la bulimia⁴ y la anorexia⁵, los cuales se manifiestan en dejar de ingerir alimentos como un modo de regular la imagen corporal, esto corresponde a una conducta normal de seres

⁴ Trastorno alimenticio caracterizado por volver o vomitar la comida después de haber sido tragada. Existe una distorsión en la manera en la que se ve y experimenta el peso y la figura corporal, dando por resultado una lectura del sujeto en la que se ve siempre gorda, a pesar de su reducido peso y talla.

⁵ Este es otro trastorno alimenticio caracterizado por la abstención de comida. En este al igual que el la bulimia el objetivo final es estar dentro de lo que ellas y ellos consideran “delgado”, “sin sobrepeso”, pero siempre hay una distorsión en la que no compaginan la realidad con la percepción del sujeto. Cualquier alimento es causante de culpa y somete al individuo en una situación de angustia.

humanos insertos en una cultura que valora la silueta como parte de los ideales estéticos y de autocuidado. ¿Qué hace que algunos la extremen hasta llevarla a riesgo de muerte? Los trastornos de la alimentación, como las anorexias son reconocidos como una patología de curso y pronóstico particular suceden en diferentes edades y estructuras de personalidad. Caracteres obsesivos, narcisistas, dependientes y limítrofes han sido reconocidos como posibles constantes en poblaciones de pacientes en terapia (Selvini 1987; Caparrós 1997, citados en Cordella, 2003).

Por la forma de enunciar estas creencias en la población mexicana, parece que la salud es equiparable a una vida placentera en lo físico, como si el placer emanado de los sentidos corporales fuese el fin último que persigue una vida sana. Dejando de lado aspectos importantes del proceso salud enfermedad como son: lo psicológico y lo social; elementos que posibilitan el bienestar del sujeto en lo que corresponde a su salud y con ello tener una calida de vida más adecuada y no sufrir de una manera repentina una enfermedad crónico degenerativa, que afecte la vida cotidiana y laboral.

En el siguiente capítulo se abordará la salud de los jóvenes en un contexto social, histórico y sobre todo cuales han sido las contribuciones a la prevención y promoción de la salud en este proceso salud enfermedad que se ha estado esbozando alrededor de esta investigación. También, se mencionarán los índices de mortalidad que existen en nuestro país y cuáles son los factores psicosociales que intervienen en dichas enfermedades.

Capítulo 3

La salud de los jóvenes en el umbral del siglo XXI.

No se puede tener la sensación de existir sin tener también la sensación de tener que morir, pensó. De la misma manera, resulta igualmente imposible pensar que uno va a morir, sin pensar al mismo tiempo en lo fantástico que es vivir. Sofía se acordó de que su abuela había dicho algo parecido el día en que el médico le había dicho que estaba enferma. "Hasta ahora no he entendido lo valiosa que es la vida".
Jostein Gaarder¹.

En este capítulo, se aborda la salud de los adolescentes / jóvenes. Se mencionan cuales son los factores psicosociales de riesgo para las enfermedades crónicas degenerativas en la población adulta y su relación con la población de adolescentes / jóvenes. Al mismo tiempo, se dan herramientas de análisis para saber como está nuestra población y qué riesgos presentará a largo plazo con respecto a su proceso salud-enfermedad.

En primer lugar comenzaremos por tocar el tema de la adolescencia / juventud, para situar qué es lo que entendemos por ella, para después poder entrar de lleno en la salud en este ámbito.

3. 1 Juventud / adolescencia

En Europa y América pasó la adolescencia prácticamente inadvertida hasta mediados del siglo XIX. En la segunda mitad del siglo se le descubrió gradualmente, pero este proceso de descubrimiento entrañó un elemento de invención, en el sentido de que, aunque los cambios sociales arrojan nueva luz sobre los años de la adolescencia como fase definida del ciclo vital, los rasgos psicosociales atribuidos a los jóvenes estaban imbuidos de los valores de los psicólogos, educadores, y padres de clase media. Los cambios económicos y sociales del siglo XIX tuvieron efectos especialmente marcados sobre los grupos de edad y hay que reconocer que si bien la adolescencia fue inventada, en cierto

¹ Gaarder, J. (1995) El mundo de Sofía. México. Patria/Siruela.

sentido también fue descubierta a principios del siglo XX cuando los adolescentes se convirtieron en un grupo de edad claramente perfilado en las sociedades industriales avanzadas (Kett, 1993).

Históricamente los jóvenes han tenido distintas definiciones y connotaciones, ya que “para que exista la juventud, deben darse, por una parte, una serie de condiciones sociales como normas, comportamientos e instituciones que distinguen valores, atributos y ritos específicamente asociados a los jóvenes. Tanto unas como otras dependen de la estructura social en su conjunto, es decir, de las formas de subsistencia, las instituciones políticas y las cosmovisiones ideológicas que predominan en cada tipo de sociedad.

La gran diversidad de situaciones pueden agruparse en cinco modelos diferenciados de juventud, que corresponden a otros tantos tipos de sociedad: 1) los **púberes** de las sociedades primitivas sin Estado; 2) los **efebos** de los estados antiguos; 3) los **mozos** de las sociedades campesinas preindustriales, 4) los **muchachos** de la primera industrialización y, 5) los **jóvenes** de las modernas sociedades posindustriales²”.

La adolescencia / juventud no sólo es el cambio de niño a joven y la preparación para la inserción al mundo adulto. Es también una etapa en la que se comienza la construcción de un mundo individual y la capacidad para plantear cuestiones que llevan a una realidad alterna y crítica. Esta etapa se caracteriza por una energía que lleva a los jóvenes-adolescentes en remolinos que literalmente los arrastran. En la escuela se pretende que toda esta energía esta canalizada a aprender y a ser un buen estudiante. El mundo institucionalmente establecido para su desarrollo, esta diseñado para que la formación sea óptima y se ajuste a lo que necesita el país y la sociedad. Sin embargo, se deja de lado aspectos importantes como es el desarrollo individual y el crecimiento espiritual, lo de espiritual visto sin

² Feixa, C. (1998) El reloj de arena: culturas juveniles en México. Colección JOVENes No. 4, editada por el Instituto Mexicano de la Juventud, SEP. Pág. 19.

una carga religiosa sino más bien como un acontecimiento puramente humano como vivir la existencia.

En las instituciones siempre pasan por alto algo que la Psicología cultural llama “culturas alternativas”, es decir todo el conocimiento que se produce en la vida cotidiana y que no está avalado por la institución, que no está reglamentado, sino más bien que pertenece a un grupo y que es ahí en donde se renueva y dónde se forjan la quimera de las revoluciones o los cambios a nivel social o bien personal. La “cultura alternativa” corre al paralelo de la cultura oficial, de ella se nutre pero también de ella se desprende al mismo momento que la transforma. Al descuidar el aspecto señalado en la parte de arriba, por parte de las instituciones, se abre una posibilidad para producir cultura, para producir saber, para comenzar a ser sensible a las opciones y vivirse como un individuo y no como una masa normativizada.

La “Juventud” en México es un campo poco explorado, tanto en el ámbito político, social, académico, etc. Así mismo, quienes implementan las políticas dirigidas a los jóvenes, tienen poca información o no cuentan con ella. Sin embargo, cada actor social tiene una visión particular en torno al término y, en la mayoría de los casos, suele delimitar el universo juvenil por un rango de edad. “Esta forma de concebir lo juvenil es una generalización que refleja poco la realidad, en el sentido de que concibe a los jóvenes como una unidad social con intereses comunes, por el único hecho de compartir un rango de edad” (IMJ³, 2000).

En ese sentido, en esta investigación el concepto de juventud está en función de lo que varios autores llaman las culturas juveniles y no sólo de la edad. Desde esta perspectiva, debemos hablar de una juventud mexicana, ya que los mosaicos son de diferentes colores o más acertadamente, dentro de la sociedad mexicana existen varias culturas juveniles, por ejemplo, las culturas juveniles obreras, estudiantiles, disidentes, clase media, etc. Donde la forma de enfrentarse a su

³ Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ)

medio y unirse al mismo no va sólo desde una edad cronológica, sino va también en función de lo que ellos están viviendo o haciendo; pero que, sin embargo, no hay que descuidar que existen ejes que se cruzan y hacen participe de una cultura general juvenil, como pueden ser la música, la forma de divertirse, la participación política, estudiar, o bien lo que muchos han nombrado como una característica propia de la edad: la rebeldía. Así mismo no es posible desarticularlo de procesos sociales e históricos.

3. 2 Los jóvenes adolescentes en México

En México la población juvenil esta compuesta por cerca de la tercera parte de la población total, exactamente el 31.8%. La población adolescente de México se duplicó en términos porcentuales en los últimos 30 años. En 1970 representaba 11.4 por ciento de la población nacional; hoy representa 21.3 por ciento: 9.7 millones de jóvenes y 10.5 millones de adolescentes”. Las cifras que maneja la Secretaria de Salud (SSA) dentro del Plan Nacional de Salud es que la mitad de los jóvenes y adolescentes (49.9%) se concentran en apenas siete de las 32 entidades federativas: Estado de México (13.3%), Distrito Federal (8.4%), Veracruz (7.0%), Jalisco (6.6%), Puebla (5.1%), Guanajuato (5.1%) y Michoacán (4.4%). Alrededor de 49 por ciento son hombres, y 51 por ciento, mujeres. Con estos porcentajes se puede observar que hay más mujeres que hombres y que de estas, dos de las entidades (Estado de México y el Distrito Federal) son las que tienen un mayor índice de adolescentes y jóvenes adultos. Esto significa que en el país hay 96 hombres adolescentes por cada 100 mujeres de esa misma edad. (Para una mayor referencia de estas cifras consultar la tabla 3.1)

Estas no son cifras que puedan pasar por alto en las repercusiones políticas, económicas, sociales y de la salud; sin embargo, en México existe un proceso que sucede y que solo basta dirigir la mirada en las políticas sociales, económicas, de salud, etc., para darse cuenta que hasta cierto punto se habla de una población fantasma.

Entidad Federativa	Población Juvenil en México
Nacional	31.8%
Estado de México	13.3%
Distrito Federal	8.4%,
Veracruz	7.0%
Jalisco	6.6%
Puebla	5.1%
Guanajuato	5.1%
Michoacán	4.4%

**Tabla 3.1 Distribución de las entidades donde se concentran población juvenil en México.
Fuente Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.**

Los resultados de la Encuesta Nacional de Juventud (ENJ) 2000 muestran a los jóvenes de México como una población en edad de transición, compleja y ambivalente, donde diversos factores –biológicos, psicológicos y sociales- interactúan en un proceso de constitución; la juventud es una reedición cíclica, periódica, una forma de estar en la vida y de conocerla. Lo juvenil es también un fenómeno antropológico fundamental, tiempo de curiosidad, capacidad de aprender, innovar, revelarse y transformar, son actores sociales concretos con necesidades específicas, experiencias subjetivas y una determinada manera de ver y actuar en el mundo.

Asimismo, los datos de la ENJ 2000 muestran que la percepción que los jóvenes tienen del presente con relación a la generación de sus padres es más positiva que negativa: Consideran que existen mayores oportunidades de trabajo⁴ y más espacios para la diversión. Por el contrario, el contar con una vivienda propia, el tener mayores posibilidades de formar su propia familia, el obtener adecuados

⁴ Los jóvenes que salen de las escuelas técnicas y superiores verán aún más difícil encontrar un empleo. En el 2030 la producción se encontrará en las edades potencialmente productivas (15-64 años de edad); pero para dar cabida a todos los trabajadores mexicanos se deberán crear a partir de este año un millón doscientos mil empleos anuales (Milenio, 11-07-01, P.38. Isabel Pérez Ocaña). Este dato se vuelve interesante cuando en fechas recientes la tasa de despidos ha ascendió a cuatrocientos mil en el primer medio año del 2003, y a continuado su asenso.

ingresos económicos o el encontrar un buen empleo es lo que comparativamente consideran menos ventajoso. La inseguridad pública la evalúan como lo más precario y en cuanto a la participación en la vida política continúan sintiéndose relegados.

La ambivalencia en las creencias y prácticas de los jóvenes se ve acentuada en una época la cual se podría denominar de “pensamiento débil”, donde los valores del conjunto social presentan ciertas contradicciones, confrontaciones y anomia; viven también los antagonismos y complementariedades de una cultura tradicional que se enfrenta a los efervescentes procesos de modernización y posmodernización, asimismo, viven la dinámica de los procesos entre lo local y lo global.

Los jóvenes evalúan su existencia de manera más positiva que negativa, este sentimiento de felicidad se afianza con los años, siendo la edad de 15 a 19 años cuando la población se siente relativamente más satisfecha, los que viven en pareja se manifiestan con mayor felicidad en comparación con los que están separados o divorciados. Aunque es una minoría de jóvenes la que no se siente nada feliz, ésta se está incrementando debido a las representaciones de un futuro sombrío, la frustración, las adicciones, el SIDA, las depresiones, el suicidio, la violencia y la delincuencia, la baja eficiencia terminal en el sistema educativo, entre otros, por lo que surge la hipótesis de que la felicidad y la infelicidad son el resultado de los contextos en los que los propios jóvenes son partícipes, es decir, todo depende del éxito que cada persona tenga en la inserción social.

En cuanto a su vida en pareja y la satisfacción de su sexualidad, los jóvenes afirman estar viviendo buenos momentos, manifestando insatisfacción sólo el 4.1%, son las mujeres las que expresan mayor satisfacción con su pareja que los hombres.

En torno a su identidad los muchachos se identifican como jóvenes y trabajadores, no tanto como hombres, padres o hijos. Las mujeres por su parte manifiestan identificarse con su género como madres y como hijas y en menor medida como jóvenes y trabajadoras. Es importante señalar que el pensarse como ciudadano ocupa uno de los últimos lugares como opción de identificación para ambos.

Respecto de la situación socioeconómica, 31.6% considera su situación buena o muy buena, mientras que 55.6% la define como regular y el 6.6% mala o muy mala⁵. La mitad de los jóvenes declaran estar insatisfechos con el nivel de estudios⁶ que tienen por el momento y dicha insatisfacción aumenta con la edad⁷, otro dato sorprendente es que 8 de cada 10 jóvenes afirman estar satisfechos laboralmente por el sólo hecho de contar con un trabajo independientemente de las condiciones del mismo.

La frustración está relacionada con la violencia por lo que es conveniente preguntarnos si las decepciones de las expectativas de los jóvenes, observando las crecientes desigualdades de oportunidades en nuestro país, tienen que ver con las expresiones de desencanto y agresión que manifiestan muchos de ellos. La juventud obedece en sus movimientos y acciones, a la presión social: es una juventud llevada al límite y obligada a su autodefensa. Según sus diferentes contextos y épocas, siguiendo a Erich Fromm, la agresión puede darse por tres causas: por supervivencia – autoprotección de la vida frente amenazas y riesgos-; por venganza y castigo –frente a un daño causado-; y por ejercicio de poder – en el que está implícita la perversión o la patología de la agresión como placer-.

⁵ El 10% de la población tiene el 38.7% de la riqueza y cerca de 60 millones participan tan solo del 25.13% según cifras del INEGI. En otras palabras casi cuatro de cada diez pesos del ingreso total de los mexicanos se queda en tan solo 9.8 millones de personas, mientras que 2.5 de cada diez pesos se reparte entre 58.8 millones (El universal, 11-07-01, P.10. Eduardo Jordan).

⁶ Muy probable mente esta insatisfacción se corresponde a la visión social, en donde prevalece la idea de que la educación abre el mercado de trabajo o la oportunidad de adquirir un mejor salario; y al mismo tiempo responde a la poca oferta de empleo.

⁷ Con la edad aumenta la responsabilidad que le atribuye la sociedad al papel que desempeña un joven y la insatisfacción que manifiesta probablemente sea por la falta de espacios y economía que le permita desempeñar oportunamente y eficaz su función y deseo.

Lo que consideran de mayor importancia⁸ los jóvenes para su futuro, es el tener un buen empleo, el casarse – construir su propia familia o relación de pareja⁹-, el tener un negocio personal¹⁰ y poseer una vivienda propia. Sus necesidades o aspiraciones distan mucho de estar resueltas aunque consideren su situación más favorable con relación a sus padres. El deseo de migrar al extranjero¹¹ y a la ciudad¹² es para ellos más una necesidad que un deseo. El hacer un viaje largo es más una aspiración de un pequeño sector social, económicamente con posibilidades para hacerlo. El servicio a los demás viene después de los intereses personales. Para quienes no tienen hijos no es tan importante contar con una vivienda. El número deseado para tener hijos es de dos o tres (75%) lo que corresponde a la tasa de natalidad que actualmente tiene el país¹³.

Dentro de las preocupaciones y problemas que enfrentan los jóvenes está el hecho de denunciar en otros las carencias, falta de sinceridad o excesiva credulidad, de lo que ellos afirman estar exentos. Se saben inmersos en una

⁸ El cuerpo y la salud están supeditados a la sobre vivencia. “Los mexicanos y mexicanas han visto reducido drásticamente su nivel de ingresos por lo que han tenido que prescindir de algunos de sus productos favoritos: cigarros, bebida, calzado y cuidados médicos (El universal, 11-07-01.P. 10 Guillermina Guillen Peralta).

⁹ La estructura familiar ha cambiado: casi 700 mil personas buscaron su emancipación y formaron hogares unipersonales. Hay un mayor número de personas que piensan habitar en unión libre y quizá casarse pero solo por las leyes civiles... Hay también cada vez más familias que carecen de hijos, en solo cinco años, 300 mil parejas se incluyeron en esta situación...el porcentaje de los hogares familiares descendió de 74.9% que se había registrado en 1990, ahora la cifra llega a 68.7% refiere el INEGI, quien añade que lo mexicanos tienden cada vez más a la búsqueda de independencia, buscan mejores expectativas de vida y se inclinan menos por los compromisos (El universal, 11-07-01.P. 10 Guillermina Guillen Peralta).

¹⁰ Si hace 10 años el subempleo asomaba en la sociedad mexicana del 2000 es inconcebible sin los millones de pobladores de las zonas urbanas que hacen de cualquier actividad su modus vivendi (El universal, 11-07-01.P10 Guillermina Guillen Peralta).

¹¹ El vaivén económico que sufre el país, que ha denotado el desempleo en todos los vectores de la industria nacional... esta afectando a los jóvenes de 12 a 29 años de edad quienes en más de las veces abandonan su comunidad con la idea de encontrar un trabajo en la Unión Americana a costa de sufrimientos, humillaciones maltratos y hasta la muerte (El sol de México, 11-07-01, P: 4. Blanca Regalado).

¹² En 1995, 69.1 millones de personas vivían en ciudades, aproximadamente el 75% de la población nacional. Para el 2010 serán 88 millones, 79% de los habitantes (Milenio. 11-07-01, P.38. Isabel Pérez Ocaña).

¹³ “País prolífico con familias numerosas, la tendencia se viene revirtiendo: las dificultades para la sobrevivencia económica han hecho que el promedio de hijos por pareja no solo disminuya (la tasa de crecimiento de la población ha bajado en dos terceras partes en los últimos 25 años) sino que en el ultimo lustro 300 mil parejas decidieron no tener descendencia (El universal, 11-07-01.P10 Guillermina Guillen Peralta).

sociedad caracterizada por el riesgo y la incertidumbre. Su estrategia si bien es diferenciada, tiende a buscar soluciones individualmente, más que tradicionales respuestas colectivas – partidos, sindicatos, organizaciones, etcétera.

Resalta el hecho de que los jóvenes no privilegian como problemas la inseguridad, la violencia, el narcotráfico y la drogadicción. Aunque muchos participan en actividades ilícitas o sean víctimas de hechos violentos, actos impulsivos, poco racionalizados, experiencias extremas y de autodestrucción, éstas se ven reflejadas en distintos grados de depresión.

La modernización, la industrialización y la influencia de los medios masivos de comunicación van conduciendo a cambios en los valores tradicionales y en la manera en que los jóvenes representan su mundo. Éste es el caso de ciertos valores más que otros. Por ejemplo, sólo 46% considera que la mujer tenga que llegar virgen al matrimonio, 20% lo niega y el resto se mantiene en una postura neutral, lo cual significa un cambio en la opinión que se tenía hace tan sólo algunos años, el 50% está en contra del aborto, la legislación sobre las drogas o la justificación de la violencia política. Por esta razón se tornan punitivos contra sí mismos, al estar de acuerdo con que se castigue a los menores de 18 años que cometan algún delito, un alto porcentaje está a favor de la pena de muerte.

Los jóvenes no son una particularidad de la sociedad, sino un microcosmos de la sociedad entera, son portadores y, a la vez, controversistas de los valores, actitudes, aspiraciones y creencias de su propia sociedad. Por ser expresión del macrocosmos, constituyen un grupo no homogéneo, con múltiples rostros a partir de los contextos situacionales e históricos diversos, por lo que son diferenciados sus esquemas de representación.

Cada joven posee su propia biografía, sin embargo existen condiciones comunes, como las de vulnerabilidad social y económica, para la mayoría. Por ejemplo, hay un aumento del porcentaje de jóvenes que no satisfacen sus necesidades

básicas, que desertan tempranamente de la escuela, que no encuentran oportunidades reales de desarrollo, que reciben un salario menor por su trabajo con relación con los adultos, y que incrementan sus adicciones para escapar del mundo que los niega.

Todo esto permite abrir el abanico de interpretación dentro del tema de la salud en los jóvenes en el umbral del siglo XXI, ya que si bien es cierto la tesis implica en primer instancia una descripción de la salud de la población particular, se vuelve necesario voltear la mirada en aspectos que den consistencia y un margen histórico la posibilidad de acercarse más al proceso salud-enfermedad de los adolescentes/jóvenes.

3. 3 Adolescencia / juventud y salud

En la revisión hecha por el Instituto Mexicano de la Juventud (1996-1999) respecto a los temas investigados en México sobre los jóvenes el tema de salud ha sido tocado someramente y solo en relación a las adicciones y la sexualidad. Por otro lado, dentro de las investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la salud (OMS y OPS), acerca de la salud de los jóvenes encontramos que la gran mayoría están enfocadas a la salud reproductiva, como el caso de Mabel, Giurgiovich, Solís, y Mora, (1996) que hablan de Factores relacionados con la fecundidad en la adolescencia, Silber, (1996) El embarazo en la adolescencia, Woodward, y Silber, (1996) Anticoncepción, y Silber, D'Angelo, y Woodward, (1996) El SIDA y otras enfermedades de transmisión. Donde cada uno de los autores aborda la problemática acerca de la salud reproductiva imperante en ese momento histórico.

Otras investigaciones giran alrededor de “el enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas de los adolescentes. Una perspectiva psicosocial” (Suárez, y Krauskopf, 1996), es otro artículo que rescata y problematiza la situación de los jóvenes en cuestión de prevención de las enfermedades crónicas; el artículo es de

Nicholls, y Caballero, (1996), titulado “Las enfermedades crónicas no transmisibles: su prevención en la adolescencia”, en el cual los autores se preguntan ¿cuáles son las causas de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto y en que medida pueden prevenirse? Por ejemplo, en la hipertensión arterial, señalan la correlación entre la obesidad, el colesterol y el tabaquismo como factores de riesgo para la aparición de esta enfermedad en la etapa del adulto, concluyendo así que en el periodo de la adolescencia exhibe niveles relativamente bajos de morbimortalidad; sin embargo, se caracteriza también por la aparición de algunos de los factores de riesgo, que tiene un valor predictivo para detectar la aparición de enfermedades crónico no transmisibles en el adulto y en el anciano.

Como se puede observar existen pocas investigaciones alrededor de la prevención de la salud de los jóvenes y lo más importante en las que existen la perspectiva de estudio es a nivel de salud reproductiva, problemas del SIDA, enfermedades de transmisión sexual, embarazo prematuro y adicciones. Es verdad que éstas son importantes, sin embargo, las enfermedades crónicas no transmisibles tienen un mayor impacto en las personas de mayor edad (adultos y ancianos), pero, si se conocen los factores de riesgo psicosociales se estará favoreciendo desde jóvenes el mantenimiento salud-bienestar y no el proceso enfermedad-dolencia. Hablar de salud en la adolescencia juventud es más que la preocupación de su sexualidad o los riesgos y prácticas adictivas. Si miramos la salud enfermedad dentro de la lógica del mándala¹⁴ encontraremos que el foco o centro, en el que podríamos poner a las enfermedades crónico no transmisibles, se reproducen en todos los niveles; esto nos proporciona una lectura en la que a nivel sociedad la afección se encuentra en todos los niveles, en mayor o menor grado pero en cada punto de la sociedad el riesgo y la afección es latente.

¹⁴ Un mándala es una estructura circular que, en su construcción, remite desde todos los lugares al punto central.

En todo el mundo los adolescentes y los adultos jóvenes son el grupo más sano. En este grupo ocurren relativamente pocas muertes por casos de enfermedad. En estos periodos de edades, también se consolidan hábitos de vida que conducen a enfermedades degenerativas posteriormente en la edad adulta.

Las cifras presentadas anteriormente en el punto 3.2, nos sirven como referente de que dentro de la población estudiada, dentro de 20 o 25 años estarán entrando a una edad adulta, etapa en la cual se presentan una serie de complicaciones en el proceso salud-enfermedad, ya que en esta edad se desarrollan las enfermedades que tiene una alta incidencia de muerte en nuestro país.

3. 4 Salud y factores de riesgo en la adolescencia juventud

En años recientes, la creciente atención que ha suscitado la adolescencia y la juventud obedece, sin duda, a diversos cuestionamientos de origen socioeconómico, demográfico, político y últimamente, de salud. Los adolescentes y los jóvenes han concentrado el interés de las organizaciones internacionales y de gobiernos y organizaciones no gubernamentales nacionales, regionales y locales debido a que es el segmento poblacional más expuesto a desarrollar comportamientos de riesgo que atentan contra su salud. Estos comportamientos pueden consistir desde una sexualidad desinformada que conduzca a una maternidad temprana no deseada o contraer enfermedades de transmisión sexual- y algunas terminales como el VIH/SIDA-, hasta cursos de acción que se traduzcan en afecciones físicas o psicosociales que, además de perjudicar su presente comprometan su vida posterior y el desarrollo futuro de la sociedad mexicana o, en ultima instancia impidan un desarrollo personal y social saludable (Stern y Medina, 2000; en Coleta, 2000).

Un análisis preciso de las causas de muerte de la población joven puede realizarse agrupándolas en enfermedades transmisibles (infecto-contagiosas); enfermedades no transmisibles (crónicas degenerativas); lesiones y accidentes.

El primer grupo de causas concentró, en 1997, 9.5 por ciento de las defunciones de la población de 15 a 24 años de edad ocurridas en el país; el segundo grupo dio cuenta de 29.4 por ciento de las defunciones; y las lesiones y accidentes representaron 61.1 por ciento. En el caso de la población masculina, el peso relativo de cada una de estas causas de muerte fue de 6.3, 22.7 y 71 por ciento, respectivamente, en tanto que en las mujeres fue del orden de 18.1, 47.8 y 34 por ciento, respectivamente (CONAPO, 2000).

Los accidentes y lesiones constituyen un problema de salud prioritario de la población juvenil. En 1997, los accidentes fueron la principal causa de muerte de la población joven, tanto femenina como masculina, en tanto que los homicidios fueron la segunda causa de muerte entre los varones y la tercera entre las mujeres. Cabe señalar que la mortalidad por estas causas es mucho mayor entre los varones que entre las mujeres, y las diferencias aumentan con la edad. En la población de 15 a 19 años los hombres fallecen más de 2.5 veces por suicidio que las mujeres, más de 3.8 veces por accidentes y más de 6.5 veces por homicidio y lesiones. Mientras tanto, en la población de 20 a 24 años las razones aumentan a 5.1, 6.6 y 12.1, respectivamente (véanse tablas 3.2 y 3.3).

Tabla 3.2. México: principales causas de mortalidad de la población de 15 a 19 años por sexo, 1997

N° de orden	Causa	Hombre			Mujeres		
		Defunciones	Tasa	Porcentaje	Defunciones	Tasa	Porcentaje
1	Accidentes	2363	46.0	39.9	610	12.0	23.9
2	Homicidio y lesiones intencionales	1226	23.9	20.7	186	3.7	7.3
3	Tumores malignos	374	7.3	6.3	273	5.4	10.7
4	Suicidio	365	7.1	6.2	143	2.8	5.6
5	Enfermedades del corazón	122	2.4	2.1	89	1.8	3.5
6	Muertes maternas	-	-	-	135	2.7	5.3

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de datos de defunciones de la SSA, 1997.

Los riesgos asociados al embarazo, parto y puerperio son una causa importante de fallecimiento entre las mujeres jóvenes. En 1997, las muertes maternas representaron 5.3 por ciento de las defunciones de las mujeres de 15 a 19 años de edad y 9.4 por ciento de las de 20 a 24 años, ubicándose como la quinta y segunda causa de muerte en estos segmentos de edad, respectivamente.

Tabla 3.3. México: principales causas de mortalidad de la población de 20 a 24 años por sexo, 1997

N° de orden	Causa	Hombre			Mujeres		
		Defunciones	Tasa	Porcentaje	Defunciones	Tasa	Porcentaje
1	Accidentes	3291	68.8	37.6	505	10.5	18.0
2	Homicidio y lesiones intencionales	2085	43.6	23.8	174	3.6	6.2
3	Tumores malignos	424	8.9	4.8	265	5.5	9.4
4	Suicidio	566	11.8	6.5	112	2.3	4.0
5	Enfermedades del corazón	177	3.7	2.0	140	2.9	5.0
6	SIDA	268	5.6	3.1	59	1.2	2.1
7	Muertes maternas	-	-	-	265	5.5	9.4

Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población a partir de las bases de datos de defunciones de la SSA, 1997.

Se ha observado que los adolescentes y los jóvenes siguen teniendo un gran peso en la estructura de la población, porque constituyen una proporción importante de la población nacional, por ser los protagonistas de las migraciones permanentes campo-ciudad, o laborales temporales, por su alta presencia urbana, por su unión o vínculo matrimonial temprano o porque, en comparación con otros grupos etarios, disminuyen su fecundidad en menor medida (Stern, 1995^a, en Stern y Medina, 2000). Y no sólo por lo anterior, sino porque representan parte de la población productiva¹⁵ de México, son los futuros adultos del país¹⁶, y también es

¹⁵ De acuerdo con el INEGI es la edad comprendida entre 15 y 64 años de edad.

en ellos, en donde se van gestando y depositando los padecimientos que constituirán las líneas de la atención sanitaria en un futuro inmediato, por ello, es importante destacar cuales son los factores psicosociales de riesgo y los índices de mortalidad de la edad adulta, y observar la relación pueden guardar con los adolescentes y los jóvenes.

En general, con relación a la salud, México se encuentra en una transición epidemiológica caracterizada por el aumento considerable en la esperanza de vida, pero también por la muerte debida a enfermedades crónico degenerativas, los malestares relacionados con la alimentación deficiente y los padecimientos ligados a la reproducción.

Las enfermedades crónicas (cáncer, diabetes, cardiovasculares, etc.) han sustituido a las enfermedades infecciosas como causas principales de muerte, dentro de estas se tiene la peculiaridad que se encuentran asociadas estrechamente a la conducta humana y a los estilos de vida de los sujetos, de ahí que en la actualidad sea más adecuado hablar de patógenos y de inmunógenos conductuales. Por patógenos conductuales entendemos aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo a enfermar (por ejemplo, fumar, beber alcohol). Por el contrario, los inmunógenos conductuales son todos aquellos comportamientos que hacen menos susceptibles a las personas de dichas enfermedades.

“Existe pleno consenso en que los perfiles epidemiológicos en los adolescentes y jóvenes están fuertemente influidos por los factores psicosociales que intervienen en la adopción de estilos de vida no saludables” (OPS, 1998). Por ello es importante mencionar los factores de riesgo de las enfermedades que tiene un alto índice de mortalidad en la población adulta de nuestro país, con la perspectiva de observar cuáles son los elementos que intervienen en la aparición de la

¹⁶ “México es un país de jóvenes, pues hoy la media es de 29 años, pero dentro de 50 años será una población de adultos pues el promedio será de 45 años. En este mismo año uno de cada cuatro ciudadanos serán mayores de 65 años. Milenio, 11-07-01, P.38. Isabel Pérez Ocaña.

enfermedad en la edad adulta y, con ello identificar que estilos saludables tienen los adolescentes y jóvenes adultos con el fin de promover estilos de vida saludables para estos últimos y concienciar su prevención en este periodo de vida.

Para el año de 1999 las principales diez causas de muerte en México son: En primer lugar Enfermedades del Corazón que tiene el 15.6%; Tumores Malignos, 12.1%; Diabetes Mellitus, 10.3%; Accidentes; 8.0%; enfermedades del Hígado, 6.1%; Enfermedades cerebrovasculares, 5.8%; Ciertas Afecciones Originadas en el Periodo Perinatal, 4.3%; Influenza y Neumonía, 3.2%; Homicidios, 2.8%; y por último Enfermedades Pulmonares, 2.5%. (Plan Nacional de Salud 2001 – 2006)

Orden	Causas	Defunciones	%
	Total	443,950	100.0
1	Enfermedades del corazón	69,278	15.6%
	Enfermedades isquémicas del corazón	44,070	9.9%
2	Tumores malignos	53,662	12.1%
3	Diabetes Mellitas	45,632	10.3%
4	Accidentes	35,690	8.0%
	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	11,659	2.6%
5	Enfermedades del hígado	27,040	6.1%
	Enfermedad alcohólica del hígado	13,417	3.0%
6	Enfermedades cerebrovasculares	25,836	5.8%
7	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	19,268	4.3%
	Dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal	10,042	2.3%
8	Influenza y neumonía	14,068	3.2%
9	Homicidios	12,249	2.8%
10	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11,319	2.5%
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	9,474	2.1%
	no clasificados en otras partes	120,434	27.1%
	las demás causas		

Tabla 3.4 Principales causas de mortalidad general en México, 1999

Fuente: INEGI/SSA, 1999 Programa Nacional de Salud 2001 – 2006.

Estas causas tienen una etiología biológica, social y psicológica, que permiten que el individuo sea vulnerable a padecerlas en la edad productiva y en consecuencia tengan menos años de vida¹⁷.

De acuerdo con el Plan Nacional de Salud 2001–2006 los problemas emergentes para este periodo son seis tipos de enfermedades –del corazón, tumores malignos, diabetes, accidentes, del hígado y cerebrovasculares– que concentraran más de la mitad de las muertes ocurridas en nuestro país. Es por eso que se pondrá más atención en esta investigación a ¿cuáles son los factores psicosociales de riesgo de estas enfermedades? Con la perspectiva de ver cuales son los estilos de vida que facilitan o desencadenan dichas enfermedades dentro de la población de adolescentes / jóvenes. Para dar cuenta de lo anterior se retomaron los ítems más importantes de los cuestionarios utilizados que permitieran dar contenido a las factores psicosociales de riesgo asociados a estas primeras causas de muerte en la población adulta, y resaltar como se desarrollan en los jóvenes de la muestra.

3. 5 Factores psicosociales de riesgo enfermedades del corazón o cardiovasculares

En la actualidad las enfermedades del corazón o cardiovasculares ocupan los primeros lugares como causa de muerte. En México, se ubican desde 1979 en la primera posición y constituyen una de las causas responsables de invalidez permanente o semipermanente en la población. De acuerdo con datos proporcionados por la Secretaría de Salud SSA (1999), en México, las defunciones por enfermedades cardiovasculares representan 443,95 de las defunciones en México, lo cual representa el 15.6%.

¹⁷ “Años de vida saludable: Indicador compuesto que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud. Resulta de sumar los años perdidos por muerte prematura con los años vividos con discapacidad, que se restan de los años que podría vivir ese individuo en un tiempo y lugar determinado (PNS, 2001-2006)”.

Dentro de los factores de riesgo que estas enfermedades, destaca la hipertensión arterial (HTA), que consiste en un aumento inusual de presión en las arterias por las que fluye la sangre, los factores de riesgo de la hipertensión arterial se pueden clasificar en genéticos, biológicos y de comportamiento. Entre los genéticos y biológicos se mencionan principalmente el sexo, los antecedentes familiares de hipertensión, la edad, la hipercolesterolemia, la hiperlipidemia y las disfunciones renales y metabólicas (Fernández y Vila, 1991).

Dentro del apartado de los factores de comportamiento, se incluyen todos aquellos estilos de vida, hábitos y patrones de comportamiento nocivos para la salud, como el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y los hábitos alimenticios que privilegian las grasas animales y los carbohidratos, junto con las formas de responder del sujeto ante situaciones de amenaza o medio, conocidas psicológicamente como “mecanismos de afrontamiento”.

3. 6 Factores Psicosociales de los Tumores Malignos

La segunda causa de muerte de nuestro país son las enfermedades relacionadas con los Tumores Malignos, las tasas aumentaron de manera muy importante entre 1980 y el 2000. Aquí se destaca en particular el incremento de ciertos tumores malignos de la mujer, como los tumores cérvico-uterino y de mama. Se parte de la consideración de que el cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa. Por que, el cáncer es sinónimo de dolor y muerte. Muchas investigaciones han discutido esta creencia: el dolor no estaba presenta en grandes contingentes de enfermos o no era la preocupación principal de los pacientes terminales.

Desde hace algunos años se presta una atención especial a los factores psicosociales que están en la base de la enfermedades crónicas y, en particular, del cáncer, si se acepta que el cáncer es una enfermedad cuantitativa y cualitativamente importante en el mundo moderno, en cuyo origen, curso y manejo juegan un relevante papel determinados factores psicosociales, las ciencias

sociales, y en especial la psicología, están llamadas a jugar un rol destacado no solo para explicar como esos factores psicosociales se relacionan con el cáncer como enfermedad, sino en la lucha cada vez más efectiva contra ella (Bayes, 1991; Martín, 1993; citados en Grau, Knapp, Pire, Villanueva, y Rodríguez, 1997).

En este sentido estos autores resaltan el papel que tienen los estilos de vida, el estrés emocional, el comportamiento alimentario, los hábitos de exposición de riesgo a cancerígenos naturales e industriales (tabaco, derivados de la industria petroquímica, exposición excesiva al sol, alcohol, entre otros) y las conductas reproductivas y sexuales en relación a la etiología del cáncer, su curso y pronóstico.

Los factores psicológicos – cognoscitivos, emocionales, motivacionales, comportamentales, influyen tanto en el proceso de la enfermedad como en la prevención de trastornos, así como en el mantenimiento de un determinado estado o nivel de salud. Tales factores inciden en diferente grado y forma los trastornos y enfermedades (no sólo en el cáncer) y, a su vez, constituyen componentes importantes del estado de salud o enfermedad, de las repercusiones de la afección y de la calidad de vida del individuo que sufre alguna enfermedad.

3. 7 Factores Psicosociales de la Diabetes

Dentro de las enfermedades que presentan un alto índice de mortalidad esta la diabetes mellitus, que es una enfermedad crónica provocada por algún factor que evita que el organismo produzca insulina o responda a ella; sigue siendo causa importante de discapacidad y muerte en México y en el mundo. Es de especial interés identificar los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de la enfermedad.

La diabetes mellitus esta considerada más como un síndrome que como una enfermedad en razón de su variedad clínica, fisiopatológica, bioquímica y

genética; así, es un grupo heterogéneo de manifestaciones dependientes de diversas circunstancias; por ello, hasta el momento su tratamiento no ha podido ser etiológico, como es la meta de toda buena terapéutica.

En México el 40% de la población enriquece cada vez más su alimentación con carbohidratos y grasas, distorsionando así los hábitos alimenticios movidos por una publicidad dirigida al consumismo de estos productos, muy elaborados pero con un balance nutricional deficiente. Aunado a esto, se debe tomar en cuenta el factor de riesgo genético que hace presencia en este padecimiento como rasgo familiar predominante (Zubieta, 1993 citado en Díaz, Hernández, y Salazar, 1996).

Los resultados obtenidos sugieren que la prevalencia es mayor entre las mujeres que en los hombres, lo que coincide con los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud realizada por la Secretaría de Salud de México en 1988. Concordando con otros estudios, las complicaciones de tipo visual, renal y de los miembros inferiores se presentan como las de mayor incidencia, lo cual se explica parcialmente por la avanzada edad de los diabéticos estudiados (Enríquez, Sánchez y Quiroz, 1990; citados en Díaz, Hernández, y Salazar, 1996).

La tasa detectada de diabetes diagnosticada en personas menores de 30 años (10.47%) es muy baja en comparación con la diagnosticada después de esta edad. La diabetes mellitus insulino dependiente, se puede presentar a cualquier edad, pero la mayoría de los casos se producen antes de los 30 años, a diferencia de la diabetes no insulino dependiente, la cual suele diagnosticarse después de esta edad (Dorma y La Porte, 1985; citados en Díaz, Hernández, y Salazar, 1996).

En vista de la gravedad de las complicaciones que el paciente sabe puede ocasionarle la diabetes, se ha observado que responden en forma totalmente

negativa ante el conocimiento de la misma; esto, condicionado a su personalidad, preparación, cultura, situación económica y medio ambiente familiar.

3. 8 Factores psicosociales de los accidentes y seguridad personal

En algunas ciudades del país la vía pública ha dejado de ser un lugar de convivencia y comunicación entre las personas para convertirse en un espacio que condensa una amplia gama de factores de riesgo para la salud de la población. En la vía pública suceden actos violentos y accidentes que provocan enormes pérdidas en términos de salud. Las lesiones accidentales son la principal causa de muerte prematura y discapacidad en México. En la última década, cada año murieron alrededor de 60 mil mexicanos por efecto de lesiones accidentales o intencionalmente provocadas. Las lesiones se han convertido en un problema de salud pública muy serio.

Las principales causas de internamiento son las fracturas, los traumatismos craneo-encefálicos y heridas en tejidos blandos. La mayor parte de estas lesiones proviene de accidentes de vehículo de motor (22%), caídas (36%) y agresiones a terceros (15%). Los estudios realizados en el país sobre este tema indican que las lesiones son la principal causa de muerte entre los hombres de cinco a 45 años, siendo la edad promedio de muerte por lesión accidental de 30 años y de 33 en el caso de los homicidios. Los lugares en donde con mayor frecuencia se producen estas lesiones son la vía pública, el trabajo, el hogar y, en menor proporción, la escuela o los centros de recreación. En cuanto a la carga de enfermedad, se calcula que el riesgo de perder un año de vida saludable por lesiones es dos veces más alto en México que el promedio en los países desarrollados, y que esta diferencia varía según la edad, siendo mayor en el caso de los escolares y los adultos jóvenes. Del total del peso por lesiones accidentales 65% es secundaria a la muerte prematura y 35% a discapacidad.

3. 9 Factores Psicosociales de Riesgo de las Enfermedades del Hígado

Debajo de las costillas, justo del lado derecho, el ser humano tiene un complejo mecanismo de desintoxicación, que también transforma los alimentos en nutrientes, almacena la glucosa y metaboliza diversas vitaminas. El órgano que efectúa cada uno de estos quehaceres es el hígado.

Las enfermedades del hígado se han constituido en la quinta causa de muerte en el país, con una tasa promedio de 9.1% casos por cada 100 mil habitantes. Los estados que presentaron una tasa de mortalidad mayor al promedio nacional como causa de esa enfermedad fueron: Yucatán, Puebla, Hidalgo, México, Veracruz, Distrito Federal, Oaxaca, Querétaro, Tlaxcala y Campeche (Camacho, 2001).

Uno de los factores de riesgo más importante para que se presente esta enfermedad es el abuso de alcohol, un factor que ocasiona el 75 por ciento de los casos de enfermedad que destruye paulatinamente las células del hígado. El consumo de tabaco es otro factor que puede desencadenar una enfermedad del hígado.

3. 10 Factores Psicosociales de Riesgo Enfermedades Cerebrovasculares

Dentro del Plan Nacional de Salud 2001 – 2006, se encuentra que la enfermedad cerebrovascular representa un 5.8%, como causa de muerte en la población mexicana ubicándose como el sexta causa de mortalidad en nuestro país. La hipertensión arterial es la enfermedad crónica de mayor prevalencia en México y es uno de los principales factores de riesgo de enfermedad isquémica y cerebrovascular, más de la cuarta parte de la población adulta sufre hipertensión arterial, y la mitad de ellos no lo sabe. Se calcula que en el momento actual hay 19 millones de hipertensos entre la población mayor de 20 años, de los cuales 55 por ciento desconocen su condición.

La enfermedad cerebrovascular es una apoplejía que afecta el suministro de sangre del cerebro; una apoplejía ocurre cuando una arteria cerebral estalla al ser obstruida por un coágulo de sangre, deteniendo el suministro de oxígeno hacia el cerebro, sin oxígeno, los tejidos cerebrales mueren en pocos minutos y las partes del cuerpo controladas por las células no funcionan correctamente. Esta condición puede surgir de súbito, pero es comúnmente el resultado de la acumulación de grasa dentro de los conductos sanguíneos cerebrales (aterosclerosis). La presión alta y la aterosclerosis aumentan los riesgos de que se produzca una apoplejía.

La apoplejía puede afectar los sentidos, el habla, el comportamiento, el procesamiento de ideas, la memoria, causar parálisis, estado de coma o la muerte. El resultado de una apoplejía produce la pérdida de sensación o función del cuerpo, pero una área determinada del cuerpo puede recibir el choque. Por ejemplo, la mano y la pierna derecha pueden quedar paralizadas, pero la mano y la pierna izquierda pueden funcionar normalmente. Esto se debe a que una apoplejía daña un lado (hemisferio) del cerebro; cada lado del cerebro controla las funciones en el lado opuesto del cuerpo. Las funciones interrumpidas por una apoplejía las determina el área afectada del cerebro. Por ejemplo, algunas personas no pueden hablar, pero el resto del cuerpo puede funcionar normalmente. El centro del habla se encuentra en un lugar específico del cerebro; si una apoplejía produce la pérdida del habla, esto indica que el daño ha ocurrido en esa parte del cerebro.

Los factores psicosociales de riesgos de esta enfermedad son: la presión arterial alta, sobre peso, altos índices de colesterol y grasas saturadas, padecer diabetes, fumar y exceso de alcohol. Esto nos hace evidente la necesidad de realizar un mapeo en la población juvenil de dichos factores que desencadenan las enfermedades cerebrovasculares y que ciertamente se pueden modificar en las personas y, poder evitar tanto su presencia como su mantenimiento, dentro de la comunidad estudiada y en la población en general.

Como se puede observar dichas enfermedades tienen una incidencia mayor en las personas adultas. Sin embargo, dichas enfermedades pueden prevenirse antes de que aparezcan en la edad adulta, por eso es necesario detectar los factores de riesgo de la población juvenil para poder prevenir a los jóvenes y promover e incrementar los estilos de vida y conductas de prevención con respecto al proceso salud – enfermedad.

Se debe de considerar importante la salud los jóvenes. Es una prioridad para nuestro país por que como se pudo observar en las estadísticas existe un alto índice de mortalidad en la población adulta. Sin embargo, esto no quiere decir que los jóvenes adolescentes se encuentran excluidos, de seguir con esta tendencia en cuanto a reproducir estilos de vida, creencias y factores de riesgo, lo más probable que suceda es que los jóvenes entren en esa dinámica de enfermedad y por consiguiente su salud en un futuro se encuentre afectada y que sus años de vida saludables se reduzcan considerablemente.

En este sentido, se debe de reflexionar acerca de que se está haciendo con respecto a la promoción de la salud y cuáles son las políticas que están implementando para reducir el alto índice de mortalidad que tiene nuestro país con respecto a las enfermedades crónico degenerativas, con el propósito de que las próximas generaciones no entren en las estadísticas de mortalidad por causas que se puede prevenir. Por otro lado, también se debe de observar que está pasando con las medidas de prevención en los diferentes niveles de atención: el primario, el secundario y terciario. Con el propósito de aprovechar estas medidas y hacer conciencia en los jóvenes de esta población para que puedan tener unos estilos de vida más saludables y por ende se sensibilicen en ver cuáles son las causa de muerte y su prevención.

Capítulo 4

Metodología

Esta tesis se adscribe al proyecto de investigación "**Psicología Social y Salud: La intervención del psicólogo social en la promoción de la salud**" y hace uso de material perteneciente a ella. Dentro de este proyecto se aplicaron los siguientes cuestionarios: guía diagnóstica para la medición de riesgos y enfermedades¹, significados y creencias en salud², apoyo social³ y estrés⁴ a una muestra aleatoria de la población de la FES Iztacala (alumnos de primer o segundo semestre de las seis carreras que se imparten, los trabajadores administrativos y académicos).

Sólo se presentarán los resultados referentes a la muestra de estudiantes de la FES Iztacala, utilizando los siguientes instrumentos: guía diagnóstica para la medición de riesgo y enfermedades y el cuestionario de significados y creencias en salud, para observar la condición de salud que tiene esta muestra con las enfermedades crónico degenerativas que tienen una incidencia mayor en las personas adultas.

Dado que las enfermedades crónico degenerativas pueden prevenirse antes de que aparezcan en la edad adulta, es necesario detectar los factores psicosociales de riesgo y creencias en salud de la población juvenil para poder incrementar los estilos de vida y conductas de prevención con respecto al proceso salud – enfermedad.

¹ La cual evalúan 10 áreas: condición física, historia familiar, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y drogas, accidentes, valores, estés y apoyo social, medio ambiente y sexualidad

² Inventario sobre significados y creencias en salud. Consta de dos secciones; la primera constituida por 18 enunciados para ser seleccionados por los sujetos como concepto de salud

³ Cuestionario para la evaluación del apoyo social. Consta de seis reactivos de opción múltiple.

⁴ Evaluación del estrés. Es un cuestionario con 27 enunciados sobre la ocurrencia o no de diferentes eventos susceptibles a provocar estrés

De lo anterior se desprende el siguiente objetivo general:

4.1 Objetivo General:

Describir el perfil psicosocial de salud que manifiestan los estudiantes de la FES Iztacala a través del empleo de los cuestionarios de medición de riesgos y enfermedades, significados y creencias en salud. Asimismo, observar la relación que posee dicho perfil con las enfermedades crónico degenerativas que tienen un alto índice de mortalidad en la población adulta.

4.2 Objetivos particulares:

- a) Describir el perfil psicosocial de salud de las mujeres de la muestra.
- b) Describir el perfil psicosocial de salud de los hombres que conforman la muestra.
- c) Describir los significados y creencias en salud de la muestra de estudiantes.
- d) Identificar la relación de los principales factores psicosociales de riesgo con las enfermedades crónico degenerativas que cuentan con mayor índice de mortandad.

Con los anteriores objetivos pretendemos dar respuesta a las siguientes preguntas:

4.3 Preguntas de investigación:

¿Cuáles son las diferencias entre mujeres y hombres de la muestra estudiada en las esferas de riesgos psicosocial de salud, significados y creencias en salud?

¿Qué relación guarda el perfil encontrado en la muestra de estudiantes de la FES Iztacala, con las enfermedades que tienen un alto índice de mortalidad en la población adulta de México?

¿Cuáles son los principales factores de riesgo psicosociales que manifiesta la población estudiantil y qué relación podemos encontrar en las creencias y estilos de vida?

Este estudio fue de tipo observacional, prospectivo, descriptivo y transversal. La población objetivo fueron los alumnos de primero o segundo semestre de las seis carreras que se imparten en la FES Iztacala (Medicina, Odontología, Biología, Optometría, Psicología y Enfermería). Se seleccionó una muestra estratificada y proporcional de la misma institución. El tamaño de la muestra se determinó al 94% de confianza y 6% de error. Tomando en cuenta la posibilidad de no respuesta o la incompletud de algún cuestionario se agregó un 10% al total determinado.

De acuerdo con Méndez y Cols. (1990)⁵ existen diferentes tipos de estudios y se clasifican de acuerdo a cuatro dicotomías (aquí se tomaron aquellas que son las que consideran más pertinentes para esta tesis.

- 1) Conforme al periodo en que se capta la información. En este sentido nuestro estudio es prospectivo pues “toda la información se recogerá, de acuerdo a los criterios del investigador y para los fines específicos de la investigación, después de la planeación de la misma”.
- 2) De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado. Esta investigación será transversal: “Estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables; se miden las características de un o más grupos de unidades en un momento dado, sin pretender evaluar la evolución de esas unidades”.

⁵ Méndez, y Cols. (1990) El protocolo de investigación: lineamientos para su elaboración y análisis. México Trillas. Págs. 11-13.

- 3) De acuerdo con la comparación de las poblaciones. En referencia a este criterio este estudio es comparativo: “Estudio en el cual existen dos o más poblaciones y donde se quieren comparar algunas variables para contrastar una o varias hipótesis centrales”.
- 4) De acuerdo a la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza el estudio de tipo observacional: “Estudio en el cual el investigador sólo puede describir o medir el fenómeno estudiado; por lo tanto, no puede modificar a voluntad propia ninguno de los factores que interviene en el proceso.

Generalmente los estudios en ciencias sociales son de este tipo. Las exigencias de control de la investigación experimental son prácticamente imposibles de alcanzar fuera del laboratorio. En este sentido cuando se habla de intervención nos referimos a que prácticamente todas las acciones que se realizan con sujetos humanos tiene algún tipo de consecuencias sobre los mismos. En este caso se considera que al responder a los cuestionarios que se utilizaron, la reflexión que se provoca para responderlos es una forma de intervención; además de que uno de los instrumentos (Diagnóstico para la medición de riesgos y enfermedades) implica un autodiagnóstico del participante que es una forma indirecta de intervención.

4.4 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán son los siguientes:

1. Guía diagnóstica para la medición de Riesgos y Enfermedades. Es una cédula autoaplicable que consta de 82 reactivos dicotómicos que evalúan 10 áreas: condición física, historia familiar, autocuidado y cuidado médico, hábitos alimenticios, consumo de alcohol, tabaco y drogas, accidentes, valores, estés y apoyo social, medio ambiente y sexualidad (ver anexos).

2. Inventario sobre significados y creencias en salud. Consta de 18 enunciados para ser seleccionados por los sujetos como concepto de salud (ver anexos).
3. Cuestionario para la evaluación del apoyo social. Consta de seis reactivos de opción múltiple (ver anexos).
4. Evaluación del estrés. Es un cuestionario con 27 enunciados sobre la ocurrencia o no de diferentes eventos susceptibles a provocar estrés (ver anexos).

4.5 La importancia del SPSS en las ciencias sociales y de la salud.

Dentro de las investigaciones en el campo de la psicología social de la salud se ha empleado el programa estadístico SPSS, el cual es un sistema funcional y que hace diferentes análisis estadísticos de la información obtenida. A continuación se da una breve historia de este programa y su importancia las ciencias sociales y de la salud.

Hace aproximadamente 40 años hizo su aparición en el mercado el primer programa de cómputo de la línea SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Este programa vino a modificar sustancialmente la forma de analizar los datos obtenidos en diversos campos de la investigación empírica. La gran aceptación que de inmediato tuvo este programa en el ámbito de dichas investigaciones se debió básicamente a que en su diseño inicial se integraron las técnicas estadísticas más usadas y poderosas en ese tiempo. Sin desviarse de la dirección inicial, los programas de la línea SPSS han seguido perfeccionándose hasta lanzar hoy día al mercado la versión SPSS para Windows, la cual brinda la posibilidad de que los usuarios de microcomputadoras puedan aprovechar la experiencia acumulada en el análisis estadístico de investigaciones durante los poco más de 40 años que tiene de haber aparecido el primer programa de SPSS. Actualmente, la mayoría de investigadores que se dedican al estudio de los fenómenos sociales, psicológicos, educativos y de la salud utilizan cualquiera de

las versiones SPSS para analizar y reportar los hallazgos encontrados en sus múltiples investigaciones⁶.

Es por ello que la utilización de este programa SPSS en esta investigación se para capturar los datos y hacer el análisis del mismo. Este paquete estadístico SPSS es la manera para realizar una investigación social y de la salud, y como lo señala Silva, A. (1998)⁷ “este programa tiene la finalidad de hacer más rápido y eficiente el análisis cuantitativo de los datos, es el programa más ampliamente conocido y usado debido a que proporciona un poderoso sistema de análisis estadístico y de administración de datos en un entorno gráfico”.

Con el SPSS se realizó la base de datos y la captura de cada uno de los instrumentos. Asimismo, se realizaron los análisis descriptivos (frecuencias, tablas de contingencias, etc.) para la presentación de resultados y los análisis correspondientes.

⁶ Actualmente, existe la versión 11.5 de SPSS, en esta investigación se utilizara la 10.0. Es importante mencionar que existe varios libros que permite saber como se ha utilizado dicho programa en el campo de la Psicología.

⁷ Silva, A. (1998) La investigación asistida por computadora. En las ciencias sociales y de la salud. México UNAM. ENEP IZTACALA.

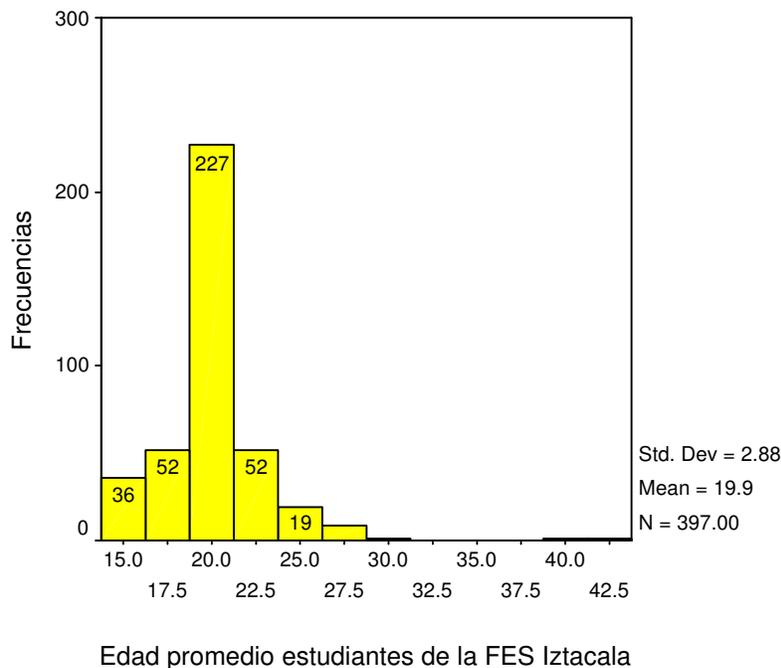
Resultados

Los resultados se obtuvieron de la aplicación de 397 cuestionarios a estudiantes de las seis carreras que se imparten en FES Iztacala (Medicina, Psicología, Odontología, Biología, Enfermería y Optometría). Son los siguientes:

Como se puede observar en la Tabla 5.1 existe un total de 259 Mujeres que es el 65% de la población y 138 hombres teniendo un 35% de la población en total. La edad promedio que se encuentra dentro de ésta, es la de 19 años con un total de 33%, que significa que 130 de los estudiantes tiene esa edad; seguida de los 20 años con un porcentaje del 17%, 66 estudiantes comparten este rango de edad. Para una descripción y referencia de los demás rangos de edad consultar la Gráfica 5.1.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	138	35%
Femenino	259	65%
Total	397	100%

Tabla 5.1 Como se puede observar dentro de la muestra existen más mujeres que hombres.



Gráfica 5.1 Distribución por edades de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala. De los 19 a los 21 años es la edad promedio.

Así mismo, de los estudiantes encuestados por carrera tenemos lo siguiente, en la carrera de Biología fueron encuestados 34 estudiantes teniendo un porcentaje del 9%; seguida de la carrera de Enfermería con 61 estudiantes que nos da el 15%; Medicina con 79 estudiantes que significa el 20%; Odontología 107 con un porcentaje de 27%; la carrera de Optometría con 17 alumnos, con un porcentaje del 4% y por último la carrera de Psicología con 99 alumnos con un 25% (Esto se puede observar en las tabla 5.2 y Gráfica 5.2)

Carrera	Frecuencia	Porcentaje
Biología	34	9%
Enfermería	61	15%
Medicina	79	20%
Odontología	107	27%
Optometría	17	4%
Psicología	99	25%
Total	397	100%

Tabla 5.2 Muestra de estudiantes de la FES Iztacala por cada una de las carreras que se imparten.

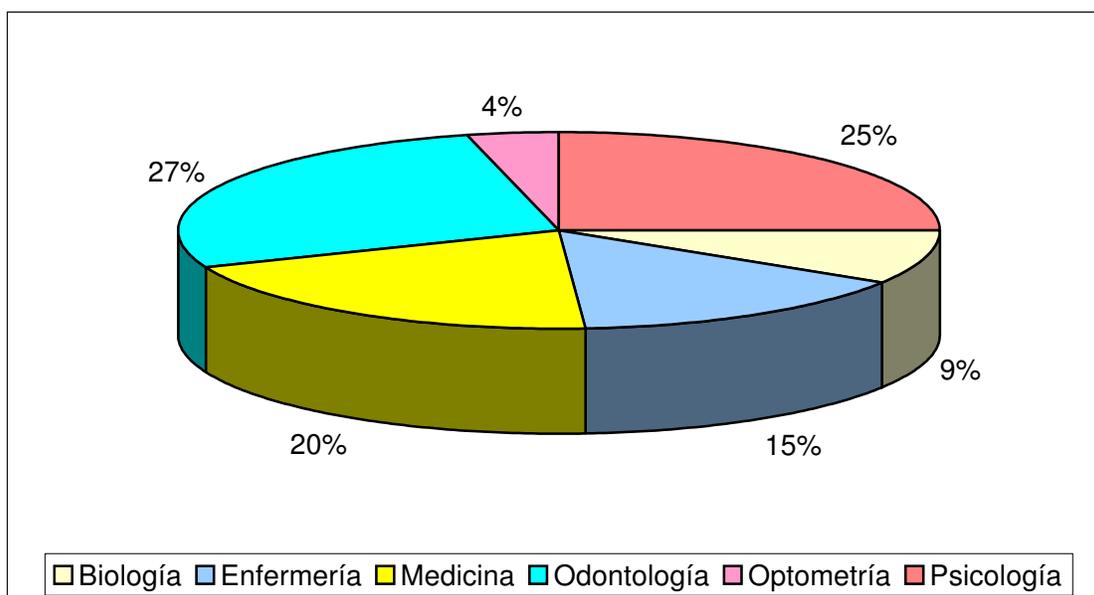


Gráfico 5.2 Porcentaje por cada una de las carreras en la aplicación del cuestionario. Destaca que la odontología y psicología son las que concentran mayor población, mientras biología y optometría son las que tienen un menor porcentaje.

El estado civil de la población estudiada nos muestra que el 94% están solteros siendo 375 estudiantes; el 4% se encuentra casado, que son 15 estudiantes y por último 1% esta en unión libre son 4 de los estudiantes de la población (ver tabla 5.3).

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	375	94%
Casado (a)	15	4%
unión libre	4	1%
Otro	3	1%
Total	397	100.0

Tabla 5. 3 Población Estudiantil de la FES Iztacala, se destaca que es una muestra donde su estado civil de la mayoría es soltero (a).

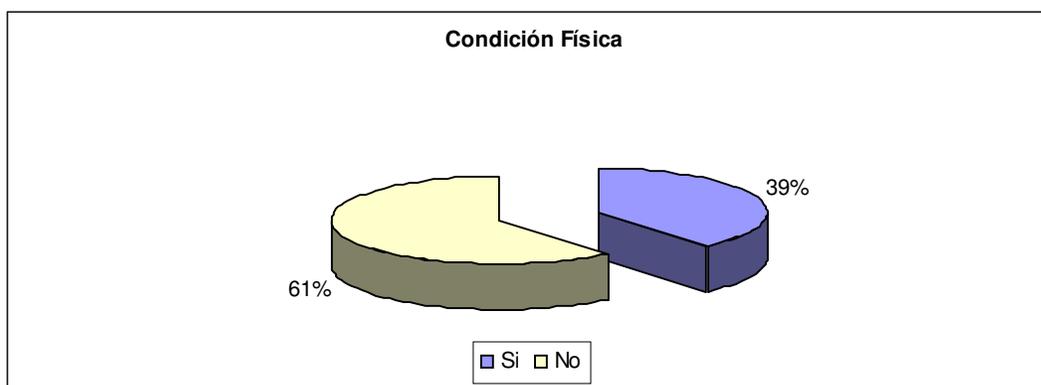
A continuación se presenta tanto el perfil general, utilizando los resultados aportados por la Guía diagnóstica para la medición de Riesgos y Enfermedades, que evalúa 10 áreas y el cuestionario de creencias y significados en salud, teniendo lo siguiente:

Dentro de el área de condición física se tienen los resultados de cada uno de los reactivos de dicha área “¿Usted hace ejercicio o juega algún deporte durante al menos 30 minutos, tres o más veces a la semana?” 37% si hacen ejercicio de los cuales y 63% no realiza ejercicio y no juega algún deporte. A la pregunta “¿Hace usted ejercicios de calentamiento y entrenamiento antes y después de hacer ejercicio?” 32% si lo hacen y 68% no. Al cuestionamiento de “¿Tiene usted el peso adecuado para su estatura y sexo?” 43% si corresponde su peso de acuerdo su estatura y sexo y el 57% no lo esta. A la pregunta “En general ¿está usted satisfecho con su condición física? 45% si lo están y 55% no están satisfechos. A la pregunta “¿Está usted satisfecho con su nivel de energía? 42% están satisfechos con su nivel energía y 58% no lo está. Por último al cuestionamiento “¿Usa usted las escaleras en lugar de elevadores, cada vez que sea posible? 42% si utiliza escaleras en vez de elevadores y 58% no usa escaleras (ver tabla 5.4).

CONDICIÓN FÍSICA						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Hace usted ejercicio o juega algún deporte durante al menos treinta minutos, tres o más veces a la semana?	37% sí	63% no	18% sí	17% no	19% sí	46% no
¿Hace usted ejercicios de calentamiento y entrenamiento antes y después de hacer ejercicios?	32% sí	68% no	13% sí	22% no	19% sí	46% no
¿Tiene usted el peso adecuado para su estatura y sexo?	43% sí	57% no	16% sí	19% no	27% sí	38% no
En general, ¿está usted satisfecho con su condición física?	45% sí	55% no	17% sí	18% no	28% sí	37% no
¿Está usted satisfecho con su actual nivel de energía?	42% sí	58% no	17% sí	18% no	25% sí	40% no
¿Usa usted las escaleras, en lugar de elevadores, cada vez que sea posible?	42% sí	58% no	17% sí	18% no	25% sí	40% no

Tabla 5.4 Perfil encontrado del área de condición física de la muestra Estudiantil de la FES Iztacala, se destaca, que más del 50% no realizan ninguna actividad física y esto se concentra más en la población femenina.

En general los resultados de esta área se encuentra que el 61% de los estudiantes no están satisfechos con su condición física, mientras tanto el 39% se siente satisfecho con su condición física esto se puede observar en las gráfica 5.3.



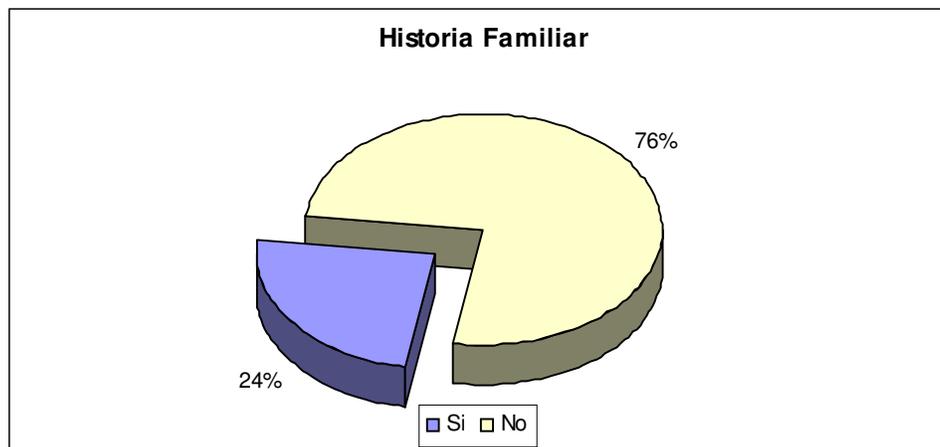
Gráfica 5.3 Perfil General de Condición física de los estudiantes de la FES Iztacala. 61% no están satisfechos con su condición física. Al mismo tiempo la gráfica permite poner de manifiesto la inactividad física de la muestra.

Con respecto al área de la historia familiar la cual evalúa 6 condiciones se encontró lo siguiente; a las preguntas “¿Tiene usted un abuelo, un padre, tío (a), hermano

(a) que haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad? 12% respondieron que sí han tenido un familiar con este padecimiento y 88% que no han tenido un familiar con un ataque al corazón. Con respecto a la pregunta “¿Tiene usted un abuelo, un padre, tío (a), hermano (a) que haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento? 46% contestó que si han tenido un familiar con este padecimiento, mientras el 54% no han tenido ningún familiar con presión alta. “¿Tiene usted un abuelo, un padre, tío (a), hermano (a) que haya desarrollado diabetes? 64% afirmaron tener miembro de su familia con diabetes y 36% no lo tienen. “¿Tiene usted un abuelo, un padre, tío (a), hermano (a) que haya desarrollado glaucoma?” 5% si tienen un familiar con este padecimiento mientras que 95% no hay un familiar que padezca glaucoma. “¿Tiene usted un abuelo, un padre, tío (a), hermano (a) que haya desarrollado gota?” 10% si hay antecedente que un familiar haya padecido esta enfermedad mientras tanto 90% no existe este antecedente en su familia. “¿Tiene usted un abuelo, un padre, tío (a), hermano (a) que haya desarrollado cáncer de mama?” 8% si tiene un familiar con cáncer de mamá en tanto que 92% no hay un familiar con este padecimiento (ver tabla 5.5 y gráfica 5.4).

HISTORIA FAMILIAR						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Tiene usted un abuelo, padre, tío (a), hermano (a), que: Haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad?	12% sí	88% no	4% sí	31% no	8% sí	57% no
¿Tiene usted un abuelo, padre, tío (a), hermano (a), que: Haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento?	46% sí	54% no	16% sí	19% no	30% sí	35% no
¿Tiene usted un abuelo, padre, tío (a), hermano (a), que: Haya desarrollado diabetes?	64% sí	36% no	21% sí	14% no	43% sí	22% no
¿Tiene usted un abuelo, padre, tío (a), hermano (a), que: Haya desarrollado glaucoma?	5% sí	95% no	2% sí	32% no	3% sí	63% no
¿Tiene usted un abuelo, padre, tío (a), hermano (a), que: Haya desarrollado gota?	10% sí	90% no	3% sí	32% no	7% sí	58% no
¿Tiene usted un abuelo, padre, tío (a), hermano (a), que: Haya desarrollado cáncer de mama?	8% sí	92% no	2% sí	33% no	6% sí	59% no

Tabla 5.5 Perfil encontrado de la historia familiar de la muestra Estudiantil de la FES Iztacala, se destaca, que la diabetes y la presión sanguínea son de los padecimientos que se presentan en algún familiar de ellos y lo que casi no se padece es glaucoma.



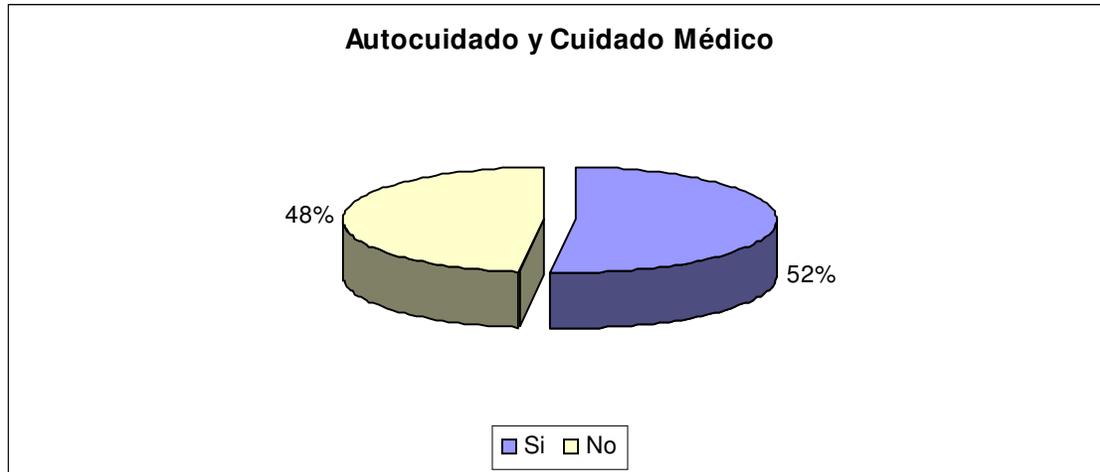
Gráfica 5.4 Perfil General de Historia Familiar, se observa que dentro de los estudiantes de la FES Iztacala sus familiares no han padecido ninguna enfermedad. Sin embargo, si se prestar atención en la tabla 5.5 se destaca que la diabetes y la presión alta son las más recurrentes.

En el área de autocuidado y cuidado médico se encontró que en la pregunta “¿Se lava los dientes diariamente?” el 99% si se los lava y el 1% no lo hace. En relación con el cuestionamiento “¿Se efectúa un chequeo dental, por lo menos una vez al año?” 63% si se realiza el chequeo dental mientras el 37% no lo realizan. En lo que respecta si “¿Usa usted bloqueadores solares regularmente y evita las exposiciones prolongadas al sol?” 42% si los usa y el 58% no. Con respecto a la pregunta exclusiva para mujeres de “¿Se examina las mamas en búsqueda de nódulos u otros cambios, la menos una vez al mes?” el 41% si se examina mientras que 59% no lo hace. En relación pregunta exclusiva para hombres “¿Se examina usted los testículos búsqueda de nódulos u otros cambios, la menos una vez al mes?” 19% si lo realiza en tanto el 81% no se examina sus testículos. A la pregunta “¿Sabe usted que hacer en caso de enfermedad o accidente?” el 72% si sabe que hacer en caso de una enfermedad o un accidente en tanto el 28 no sabe que hacer. A la pregunta “¿Evita usted los rayos X innecesarios?” 78% evitan los rayos X innecesarios mientras que el 22% no lo hace. Lo referente a la pregunta “¿Duerme usted lo suficiente normalmente?” 37% duerme lo suficiente mientras tanto el 63% no duerme. En la pregunta “¿se ha medido la presión sanguínea en el último año?” 66% si se ha medido su presión sanguínea mientras que el 34% no se le ha medido. Con respecto a la pregunta exclusiva para mujeres “¿Se ha

hecho una prueba citológica en los dos últimos años?” 6% si se ha realizado la prueba mientras que el 94 no se lo realiza (ver tabla 5.6).

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Se lava usted los dientes diariamente?	99% sí	1% no	34% sí	1% no	65% sí	0% no
¿Se efectúa usted un chequeo dental, por lo menos una vez al año?	63% sí	37% no	20% sí	14% no	43% sí	23% no
¿Usa usted bloqueadores solares regularmente y evita las exposiciones prolongadas al sol?	42% sí	58% no	12% sí	23% no	30% sí	35% no
PARA MUJERES ¿Se examina usted las mamas en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	41% sí	59% no	-% sí	-% no	41% sí	59% no
PARA HOMBRES ¿Se examina usted los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	19% sí	81% no	19% sí	81% no	% sí	% no
¿Sabe usted usualmente qué hacer en caso de enfermedad o accidente?	72% sí	28% no	29% sí	6% no	44% sí	22% no
¿Evita usted los rayos X innecesarios?	78% sí	22% no	28% sí	7% no	50% sí	15% no
¿Duerme usted lo suficiente normalmente?	37% sí	63% no	10% sí	24% no	27% sí	39% no
¿Se ha medido su presión sanguínea en el último año?	66% sí	34% no	22% sí	14% no	44% sí	20% no
PARA MUJERES ¿Se ha hecho una prueba citológica en los dos últimos años?	6% sí	94% no	-% sí	-% no	6% sí	94% no

Tabla 5.6 Perfil encontrado del área de autocuidado y cuidado médico de la muestra estudiantil de la FES Iztacala, donde hombres y mujeres no se examinan su cuerpo, asimismo, el aseo del dientes es un hábito que se lleva a cabo.



Gráfica 5.5 De manera global se observa la distribución en porcentajes en la manera en como es el comportamiento en las prácticas de Autocuidado y cuidado médico de los estudiantes de la FES Iztacala.

En términos generales se puede decir que dentro de esta muestra hay un autocuidado y cuidado médico 52%. Sin embargo, es necesario observar la tabla donde hombres y mujeres no se examinan su cuerpo en la búsqueda de alguna alteración o en la revisión del funcionamiento adecuado. (Ver tabla 5.5).

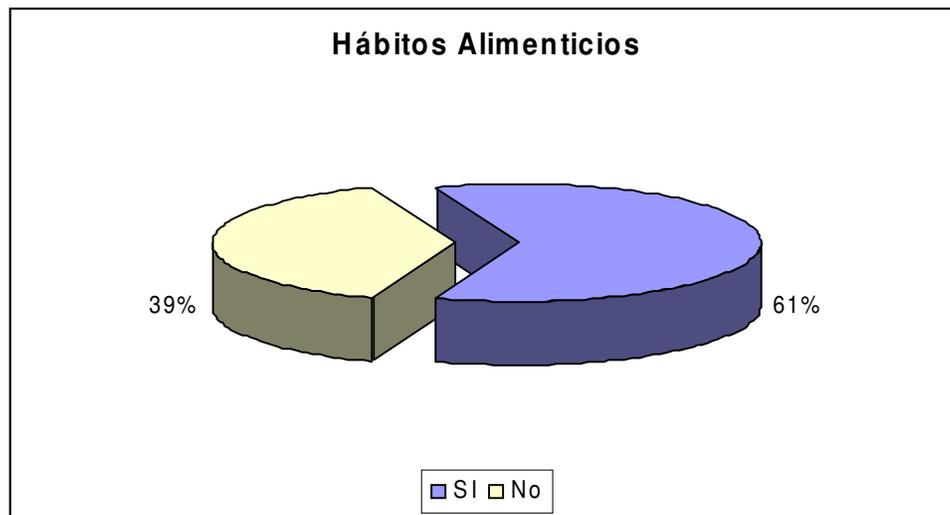
En el rubro de hábitos alimenticios se presentan los siguientes resultados. En lo que corresponde a la pregunta “¿Bebe usted suficientes líquidos para que su orina tenga un color amarillo pálido?” 75% contestó afirmativamente en tanto el 25% no bebe suficiente agua. En la pregunta “¿Tiene usted alimentos especiales o favoritos?” 86% si tiene alimentos favoritos y especiales mientras en 14% no los tiene. En relación a la pregunta “¿Le añade sal a la comidas?” 58% si le agrega sal a sus comidas y el 42% no lo hace. En la pregunta “¿Mantiene en un mínimo su consumo de productos dulces especialmente de caramelos y bebidas gaseosas y de otros tipos?” 56% si tiene un consumo de dulces mientras el 44% no lo tiene. En la pregunta “¿Esta su dieta bien balanceada, incluyendo vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos y fuentes adecuadas de proteínas?” 58% si tiene una dieta balanceada y el 42% no la tiene. En la pregunta “¿Limita usted su consumo de grasas saturadas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas)?” 49% si se limita a consumir grasas mientras en 51% no se limita. En la pregunta

“¿Limita usted su consumo de colesterol (huevo, hígado, carne)?” 53% si se limita a consumir colesterol mientras que el 47% no se limita. En la pregunta “¿Come usted pescados y aves más frecuentemente que carnes rojas?” 54% si consume pescado y aves en tanto que el 46% come carnes rojas. En la pregunta “¿Come usted alimentos altos en fibra, varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros)?” 60% si come alimentos altos en fibra mientras el 40% no lo realiza (ver tabla 5.7).

En general en el área de hábitos alimenticios se tiene que los estudiantes de la FES Iztacala el 61% si tiene unos hábitos alimenticios, lo cual se ve reflejado en tener una dieta balanceada y alimentos altos en fibra, mientras tanto, el 39% no tiene hábitos alimenticios hay un consumo de grasas saturadas y colesterol. Esto se puede observar en la grafica 4.

HÁBITOS ALIMENTICIOS						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Bebe usted suficientes líquidos para que su orina tenga un color amarillo pálido?	75% sí	25% no	28% sí	7% no	47% sí	18% no
¿Tiene usted alimentos especiales o favoritos?	86% sí	14% no	29% sí	6% no	57% sí	8% no
¿Le añade usted sal a las comidas?	58% sí	42% no	19% sí	16% no	39% sí	26% no
¿Mantiene usted en un mínimo su consumo de productos dulces especialmente de caramelos y bebidas gaseosas y de otros tipos?	56% sí	44% no	19% sí	16% no	37% sí	28% no
¿Está su dieta bien balanceada, incluyendo vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos y fuentes adecuadas de proteína?	58% sí	42% no	19% sí	16% no	39% sí	26% no
¿Limita usted su consumo de grasas saturadas (mantequilla, queso, crema, carnes grasosas)?	49% sí	51% no	14% sí	21% no	35% sí	30% no
¿Limita usted su consumo de colesterol (huevos, hígado, carnes)?	53% sí	47% no	14% sí	21% no	39% sí	26% no
¿Come usted pescado y aves más frecuentemente que carnes rojas?	54% sí	46% no	19% sí	16% no	35% sí	29% no
¿Come usted alimentos altos en fibra, varias veces al día (vegetales, frutas, granos enteros)?	60% sí	40% no	19% sí	16% no	41% sí	24% no

Tabla 5.7 Perfil encontrado del área Hábitos alimenticios de la muestra Estudiantil de la FES Iztacala, donde se destaca que hay un bajo consumo de pescado y frutas y vegetales.



Gráfica 5.6 Hábitos Alimenticios de los Estudiantes de la FES Iztacala. Se observa que un porcentaje alto no cuida sus hábitos, deja ver el porcentaje de población que se encuentra en un nivel preventivo de riesgo.

En el área de consumo de alcohol, tabaco y drogas, a la pregunta “¿Fuma cigarrillos, tabaco, pipa, mastica tabaco o usa otras drogas?” 38% si fuma mientras que el 62% no lo efectúa. En la pregunta “¿Se limita a consumir a lo sumo dos tragos al día?” 67% si se limita consumir dos tragos al día en tanto 33% no lo hace. En lo que respecta a “¿Ha oído criticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus hábitos alcohólicos o de su consumo de alguna otra droga?” 35% si tenido comentarios por consumir alcohol o alguno droga, mientras que le 65% no lo ha oído criticas o comentarios. En la pregunta “¿Ha ocurrido que alguna vez haya perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el efecto del alcohol o de otra droga?” 12% si le ha ocurrido haber perdido la memoria bajo efectos del alcohol o de otra droga, mientras que 88% no le ha ocurrido esto. En la pregunta “¿Consume usted alcohol o alguno otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?” 13% si consumo alcohol o alguna otra droga en situaciones de angustia mientras que el 87% no lo hace. En la pregunta “¿Lee usted y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento recetado o autoindicado?” 89% si lee las instrucciones de los medicamentos mientras que el 11% no lee ni sigue las instrucciones de los

medicamentos. En general dentro del área de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas tenemos que el 42% si hay un consumo mientras que el 58% no reporta que consuma alcohol, tabaco o alguna otra droga, esto se puede apreciar en la siguiente gráfica 5.8 y tabla 5.9

CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Fuma usted cigarrillos, tabaco, pipa, mastica tabaco o usa otras drogas?	38% sí	62% no	17% sí	18% no	21% sí	44% no
¿Se limita usted a consumir a lo sumo dos tragos al día?	67% sí	33% no	19% sí	15% no	48% sí	18% no
¿Ha oído usted críticas o comentarios de algún miembro de su familia o amigos sobre sus hábitos alcohólicos o de su consumo de alguna otra droga?	35% sí	65% no	14% sí	20% no	21% sí	45% no
¿Le ha ocurrido alguna vez que ha perdido la memoria de lo que ha hecho estando bajo el efecto del alcohol o de otra droga?	12% sí	88% no	8% sí	26% no	4% sí	62% no
¿Consume usted alcohol o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?	13% sí	87% no	7% sí	28% no	6% sí	59% no
¿Lee usted y sigue las instrucciones cuando utiliza algún medicamento recetado o autoindicado?	89% sí	11% no	30% sí	5% no	59% sí	6% no

Tabla 5.8 Perfil encontrado del área de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, donde se destaca que el consumo de tabaco es bajo relativamente, mientras que el consumo de alcohol tiene un incremento.



Gráfica 5.7 Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas en los estudiantes de la FES Iztacala. El 42% están en la dinámica de consumo, siendo este uno de los riesgos de afección dentro de las prácticas de los jóvenes. El 58% muestra una población que se encuentra dentro de una práctica regulada del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.

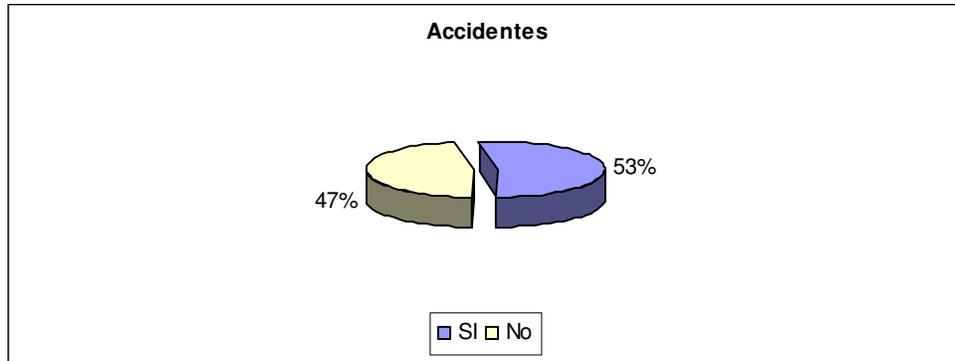
En lo que corresponde al área de accidentes se encontraron los siguientes resultados. En la pregunta “¿Maneja usted bajo los efectos del alcohol u otras drogas o aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del alcohol u otras drogas?” 12% si maneja o aborda un vehículo manejado bajo efectos del alcohol mientras que 88% no maneja bajo los efectos del alcohol y otras drogas. Al cuestionamiento “¿Observa usted las reglas de tránsito?” 84% si observa las reglas de tránsito mientras tanto el 16% no las observa. En la pregunta “¿Opera usted maquinarias peligrosas que requieren atención y precaución bajo los efectos del alcohol u otras drogas?” 6% si opera maquinaria bajo los efectos del alcohol en tanto que el 94% no realiza esa actividad. En lo que respecta “¿Observa usted las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo?” 81% si observa las medidas de seguridad mientras que el 19% no lo hace. En relación a la pregunta “¿Fuma usted en la cama?” 9% si fuma en la cama en tanto 91% no tiene ese hábito. A la pregunta “¿Se asegura de tener claras las instrucciones cuando usa productos o sustancias de limpieza tóxicos, inflamables, solventes y conexiones eléctricas?” 86% si se asegura de las instrucciones cuando usa productos tóxicos mientras que el 14 no se asegura de las recomendaciones al manipular productos tóxicos. Con lo referente a la pregunta “¿Se asegura usted de cerrar las llaves del gas o de mantener siempre las

precauciones con los combustibles que utiliza para su cocina?” 93% si se tiene precaución de los productos que utiliza mientras que le 7% no tiene precaución (ver tabla 5.9).

Generalmente lo que se puede observar en el área de accidentes de manera global es que 53% de la muestra de estudiantes si sigue las instrucciones y reglas, mientras que el 47% no tiene precaución y no se asegura de seguir las instrucciones (ver gráfica 5.10).

ACCIDENTES						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Maneja usted bajo efectos del alcohol u otras drogas o aborda un vehículo manejado por algún conductor bajo los efectos del alcohol u otras drogas?	12% sí	88% no	6% sí	29% no	6% sí	59% no
¿Observa usted las reglas de tránsito?	84% sí	16% no	28% sí	6% no	56% sí	59% no
¿Opera usted maquinarias peligrosas que requieren atención y precaución bajo los efectos del alcohol u otras drogas?	5% sí	95% no	2% sí	32% no	3% sí	62% no
¿Observa usted las medidas de seguridad en su local y centro de trabajo?	81% sí	19% no	28% sí	7% no	53% sí	12% no
¿Fuma usted en la cama?	9% sí	91% no	5% sí	29% no	4% sí	61% no
¿Se asegura de tener claras las instrucciones cuando usa productos o sustancias de limpieza, tóxicos inflamables, solventes y conexiones eléctricas?	86% sí	14% no	28% sí	6% no	57% sí	8% no
¿Se asegura usted de cerrar las llaves de gas o de mantener siempre las precauciones con los combustibles que utiliza para su cocina?	93% sí	7% no	31% sí	4% no	62% sí	3% no

Tabla 5.9 Perfil encontrado del área de accidentes de la muestra Estudiantil de la FES Iztacala, donde se puede observar que toman las medidas de prevención.



Gráfica 5.8 Resultados generales del área de Accidentes de la muestra de la FES Iztacala. En esta gráfica se destaca la tendencia a los accidentes (53%) y es coherente con el índice de accidentes reportados como causa de muerte dentro de los jóvenes, proporcionada por el CONAPO.

En relación al área de valores de la vida, esfera espiritual e intelectual se tiene los siguientes resultados de cada una de los cuestionamientos de dicha área. En la pregunta “¿Se interesa usted por eventos relacionados con la vida política y social?” 61% si se interesa por eventos de la vida política y social mientras que 39% no se interesa. Con lo que respecta “¿Se siente usted satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y entretenimiento?” 42% si se siente satisfecho por el tiempo que tiene para su entretenimiento en tanto el 58% no esta satisfecho. En la pregunta “¿Es usted creativo o disfruta con las actividades que realiza?” 87% si es creativo y disfruta sus actividades mientras que le 13% no es creativo. Con lo que se refiere “¿Se siente usted satisfecho al corresponder el trabajo que realiza con sus valores y motivaciones?” 84% si se siente satisfecho con su trabajo mientras el 16% no lo esta. A la pregunta “¿Se siente usted satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con sus valores y motivaciones?” 84% si se siente satisfecho con sus actividades recreativas en tanto que el 16% no esta satisfecho. A la pregunta “¿Tiene usted dificultad para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas diferente a usted?” 28% si tiene alguna dificultad para aceptar valores, actitudes de otras personas mientras el 72% no presenta ninguna dificultad para aceptar los valores y actitudes de los otros. En la pregunta “¿Está usted satisfecho con su vida espiritual?” 79% si esta satisfecho con su vida espiritual mientras tanto el 21% no se siente satisfecho (ver tabla 5.10).

En términos generales de esta área, los estudiantes de la FES Iztacala el 66% se sienten satisfechos con sus valores y su esfera espiritual y no tienen ninguna dificultad para aceptar los valores y actitudes de otras personas; mientras que el 34% no están satisfechos y existen algunos inconvenientes para aceptar a los demás en lo que corresponde a sus valores y actitudes (ver gráfica 5.11).

VALORES DE LA VIDA, ESFERA ESPIRITUAL E INTELECTUAL						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Se interesa usted por eventos relacionados con la vida política y social?	61% sí	39% no	21% sí	14% no	40% sí	25% no
¿Se siente usted satisfecho con el tiempo libre que dispone para su recreación y entretenimientos?	42% sí	58% no	16% sí	18% no	26% sí	40% no
¿Es usted creativo o disfruta con las actividades que realiza?	87% sí	13% no	30% sí	4% no	57% sí	9% no
¿Se siente usted satisfecho al corresponder el trabajo que realiza con sus valores y motivaciones?	84% sí	16% no	31% sí	4% no	53% sí	12% no
¿Se siente usted satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con sus valores y motivaciones?	84% sí	16% no	30% sí	5% no	54% sí	11% no
¿Tiene usted dificultad para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas diferentes a usted?	27% sí	73% no	7% sí	28% no	20% sí	45% no
¿Está usted satisfecho con su vida espiritual?	78% sí	22% no	26% sí	9% no	52% sí	13% no

Tabla 5.10 Perfil encontrado del área de valores de la vida, esfera espiritual e intelectual, donde resalta que hay satisfacción por cada una de las actividades que ellos realizan.



Gráfica 5.9 Valores de la vida y Esfera Espiritual e Intelectual de los estudiantes de la FES Iztacala. Es claro que el porcentaje de 34% en esta esfera deja de lado valores que encuentran su repercusión inmediata en los niveles de salud, tanto en los planos físico como emocional.

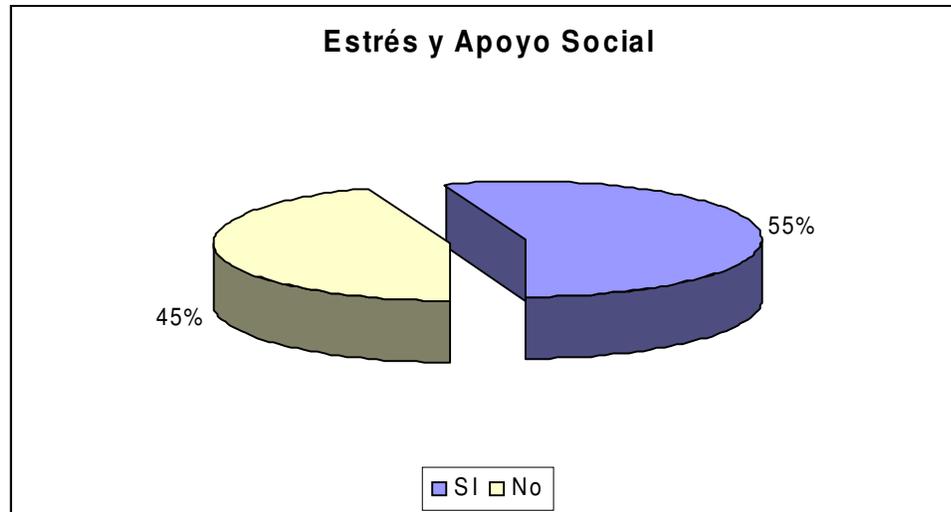
En lo referente al área de Estrés y Apoyo Social se tiene lo siguiente. Con lo que se refiere a la pregunta “¿Se siente usted satisfecho con la cantidad de estímulos en su vida?” 68% si se sienten satisfechos con su vida en consecuente 32% de ellos no se sienten satisfechos. A la pregunta “¿Es fácil para usted reírse?” 91% si le es fácil reírse mientras que el 9% se le dificultad tener esta conducta. En la pregunta “¿Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos?” 38% si reprime sus sentimientos en tanto que 62% no lo hace. En lo que se refiere a “¿Puede tomar decisiones con un mínimo de atención y frustración?” 62% si puede tomar decisiones con un mínimo de atención, asimismo el 38% no lo puede hacer. En la pregunta “¿Incluye en su rutina diaria un tiempo para relajarse?” 51 si tienen un tiempo para relajarse mientras el 49%, que no incluyen un tiempo en su rutina para relajarse. A la pregunta “¿Se prepara usted para eventos desagradables que pueden producirle estrés?” 54% si se prepara para contratiempos o eventos desagradables y el 46% no lo se prepara para imprevistos. En la pregunta “¿Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en el trabajo en el pasado reciente?” 36% si han realizado reajustes en su hogar o trabajo mientras 64% no han hecho ningún cambio importante. En lo que se refiere a la pregunta “¿Ha tenido usted algún familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los últimos tiempos?” 45% si han tenido un familiar o amigo que ha fallecido en tanto 55% no han estado en esta situación. En la

pregunta “¿Tiene usted sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho?” 40% si tienen sentimientos de culpa o de autocastigo mientras que 60% no tienen dichos sentimientos. Con la pregunta “¿Ha cambiado sus hábitos de comer o dormir por alguna situación de estrés o algún incidente en el pasado reciente?” 48% si han cambiado sus hábitos de comer y dormir en tanto 52% no lo han hecho. En la pregunta “¿Puede dormir, frecuentemente, sin despertarse toda la noche?” 72% si pueden dormir toda la noche mientras el 28% no logra dormir toda noche. En la pregunta “¿Se despierta usted descansado?” 51% si despiertan descansados en tanto el 49% no despierta descansado. A la pregunta “¿Tiene usted una o más personas con las que pueda conversar problemas íntimos y personales?” 86% si tienen con quien conversar sus problemas mientras el 14% no tienen a quien contarle sus problemas íntimos. En la pregunta “¿Se siente usted respetado y admirado por los demás?” 70% si se sienten admirados y respetados en tanto el 30% no siente esto. La pregunta “¿Tiene usted alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo si fuera necesario?” 88% si cuentan con alguien para pedirle ayuda económica mientras 12% no la tienen. Con lo que se refiere a la pregunta “¿Está usted satisfecho con el apoyo que brinda a los demás?” 79% si están satisfechos con el apoyo de los demás en tanto 21% no lo está (ver tabla 5.11).

En general, lo que se encuentra en esta área es que el 55% se sienten satisfechos por el apoyo social que tienen y que no se encuentran en un ambiente que les genere estrés, mientras tanto el 45 no siente un apoyo social que les de la seguridad de estar tranquilos por tanto esto les genera también estrés, esto se puede observar detalladamente en la siguiente gráfica 5.12.

ESTRÉS Y APOYO SOCIAL						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
¿Se siente usted satisfecho con la cantidad de estímulos en su vida?	68% sí	32% no	23% sí	12% no	45% sí	20% no
¿Es fácil para usted reírse?	91% sí	9% no	31% sí	4% no	60% sí	5% no
¿Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos?	38% sí	62% no	15% sí	20% no	23% sí	42% no
¿Puede usted tomar decisiones con un mínimo de atención y frustración?	62% sí	38% no	25% sí	9% no	37% sí	29% no
¿Incluye usted en su rutina diaria un tiempo para relajarse?	51% sí	49% no	21% sí	14% no	30% sí	35% no
¿Se prepara usted para eventos desagradables que puedan producirle estrés?	54% sí	46% no	20% sí	15% no	34% sí	31% no
¿Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en el trabajo en el pasado reciente?	36% sí	64% no	13% sí	22% no	23% sí	42% no
¿Ha tenido usted algún familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los últimos tiempos?	45% sí	55% no	11% sí	24% no	34% sí	31% no
¿Ha cambiado sus hábitos de comer y dormir por alguna situación de estrés o algún incidente en el pasado reciente?	40% sí	60% no	14% sí	21% no	26% sí	39% no
¿Puede dormir frecuentemente sin despertarse en toda la noche?	48% sí	52% no	14% sí	21% no	34% sí	31% no
¿Se despierta usted descansado?	72% sí	28% no	25% sí	10% no	47% sí	18% no
¿Tiene usted una o más personas con las que pueda conversar problemas íntimos y personales?	86% sí	14% no	30% sí	5% no	56% sí	9% no
¿Se siente usted respetado y admirado por los demás?	70% sí	30% no	24% sí	10% no	46% sí	20% no
¿Tiene usted alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo si fuera necesario?	88% sí	12% no	32% sí	3% no	56% sí	9% no
¿Está usted satisfecho con el apoyo que brinda a los demás?	79% sí	21% no	29% sí	6% no	50% sí	15% no

Tabla 5.11 Perfil encontrado del área de estrés y apoyo social, resalta que para ellos no es complicado reírse y que cuentan con alguien para pedir apoyo.



Gráfica 5.10 Área Estrés y Apoyo Social en los Estudiantes de la FES Iztacala. Es importante el 55% manifiesta tener apoyo social y un bajo estrés. Sin embargo, es importante observar a quien se encuentra en el otro extremo ya que es un 45%; y este es un factor de riesgo importante dentro del proceso salud-enfermedad.

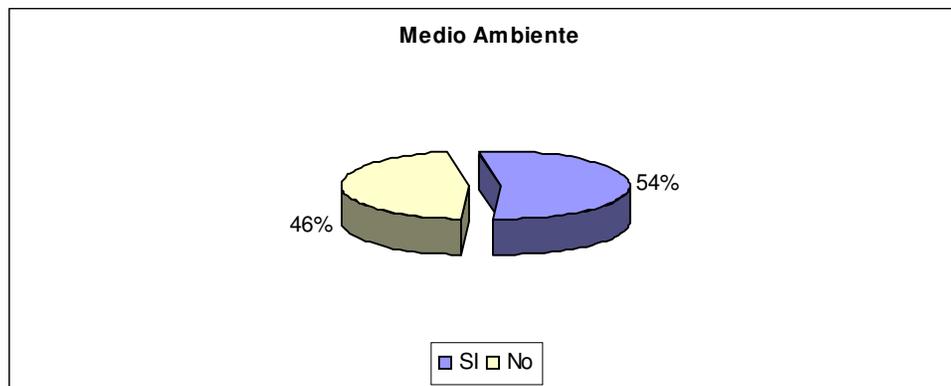
En el rubro de medio ambiente con respecto a la pregunta “¿Vive o trabaja en un ambiente de contaminación, de aire y de ruido?” 56% si vive o trabajo en un ambiente de contaminación (22% son hombres y 34% mujeres) en tanto 44% no (13% son hombres y 31% mujeres). Con respecto “¿Esta usted expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras toxinas?” 13% si están expuestos a diferentes medios contaminantes (7% son hombres y 6% mujeres) y el 87% no lo están (28% de los cuales son hombres y 59% mujeres). En la pregunta “¿Ha extrañado usted su trabajo cuando lo ha dejado por alguna enfermedad o siente nostalgia por regresar a él?” 43% si han extrañado su trabajo cuando lo han dejado mientras tanto 57% no han extrañado. Lo referente a la pregunta “¿Permanece sentado por periodos de una hora o más tiempo?” 82% si permanecen sentados por más de una hora mientras 18 no permanecen tanto tiempo sentados. A la pregunta “¿Se siente usted satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividades de trabajo?” 79% si se sienten satisfechos con sus habilidades en tanto 21% no están satisfechos. A la pregunta “¿Cree usted que recibe justa y adecuadamente reconocimiento por las actividades que realiza?” 61% si considera justo y adecuado el reconocimiento de los demás, y el 39% no están de acuerdo con el reconocimiento. Con lo que se refiere a la pregunta

“¿Está usted satisfecho con la flexibilidad de tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre?” 43% si están satisfechos con el tiempo que le dedican a su trabajo y tiempo libre mientras que 57% no están satisfechos con la flexibilidad de su tiempo (ver tabla 5.12 y gráfica 5.11).

MEDIO AMBIENTE						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
“¿Vive o trabaja en un ambiente de contaminación, de aire y de ruido?”	56% sí	44% no	22% sí	13% no	34% sí	31% no
“¿Esta usted expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras toxinas?”	13% sí	87% no	7% sí	28% no	6% sí	59% no
“¿Ha extrañado usted su trabajo cuando lo ha dejado por alguna enfermedad o siente nostalgia por regresar a él?”	43% sí	57% no	14% sí	21% no	29% sí	36% no
“¿Permanece sentado por periodos de una hora o más tiempo?”	82% sí	18% no	28% sí	7% no	54% sí	115 no
“¿Se siente usted satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividades de trabajo?”	79% sí	21% no	29% sí	6% no	50% sí	15% no
“¿Cree usted que recibe justa y adecuadamente reconocimiento por las actividades que realiza?”	61% sí	39% no	22% sí	13%	39% sí	26% no
“¿Está usted satisfecho con la flexibilidad de tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre?”	43% sí	57% no	15% sí	20% no	28% sí	37% no

Tabla 5.12 Perfil encontrado del área de medio ambiente donde resalta que la mayoría vive en un ambiente contaminado.

En general, dentro del área de medio ambiente se tiene que el 54% de los estudiantes si se encuentran viviendo en un ambiente contaminado y también se sienten satisfechos con sus habilidades para realizar su trabajo, asimismo, 46% no están expuestos a diferentes sustancias toxicas o un medio ambiente contaminado y no hay extrañado su trabajo y muestran una insatisfacción con la inflexibilidad del tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre que ellos tienen.

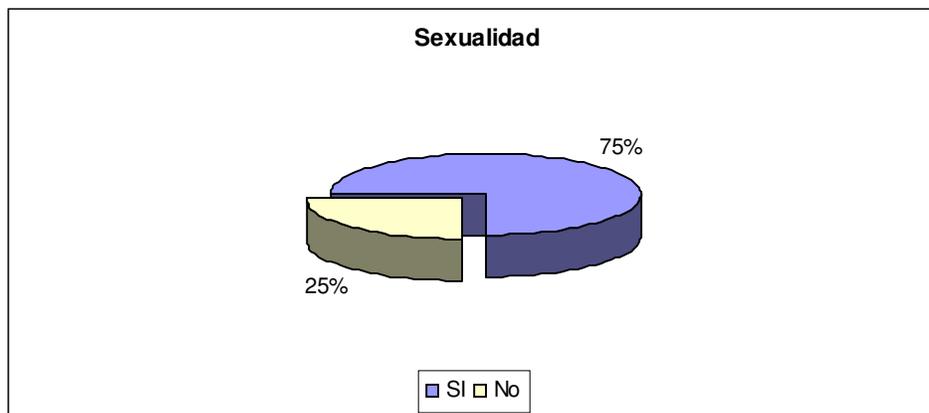


Gráfica 5.11 Resultados globales de Medio Ambiente en estudiantes de la FES Iztacala. Gráficamente encontramos a una población con problemas ambientales (54%), dando por resultado a una población en riesgo al tomar en cuenta otros factores vistos hasta el momento.

En el rubro de la sexualidad en la pregunta “¿Está usted satisfecho con su actividad sexual?” 76% si están satisfechos con su actividad sexual mientras que el 24% no lo están. A la pregunta “¿Está satisfecho con sus relaciones sexuales?” 72% si se encuentran satisfechos con sus relaciones sexuales en tanto el 28% no están satisfechos. Con lo que se refiere a la pregunta “¿Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos?” 76% si se sienten satisfechos con usar anticonceptivos mientras 24% no lo están. Al reactivo “¿Se siente satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegidas o seguras?” 77% si se encuentran satisfechos con sus prácticas sexuales protegidas o seguras mientras 23% no se sienten satisfechos (ver tabla 5.13).

Pregunta	SEXUALIDAD					
	% General		% Hombres		% Mujeres	
“¿Está usted satisfecho con su actividad sexual?”	76% si	24% no	28% sí	7% no	48% sí	17% no
“¿Está satisfecho con sus relaciones sexuales?”	72% si	28% no	27% sí	8% no	45% sí	20% no
“¿Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos?”	76% si	24% no	28% sí	7% no	48% sí	17% no
“¿Se siente satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegidas o seguras?”	77% si	23% no	28% sí	7% no	49% sí	16% no

Tabla 5.13 Perfil encontrado del área de sexualidad de la muestra Estudiantil de la FES Iztacala, donde hombres y mujeres se encuentran satisfechos con su sexualidad.



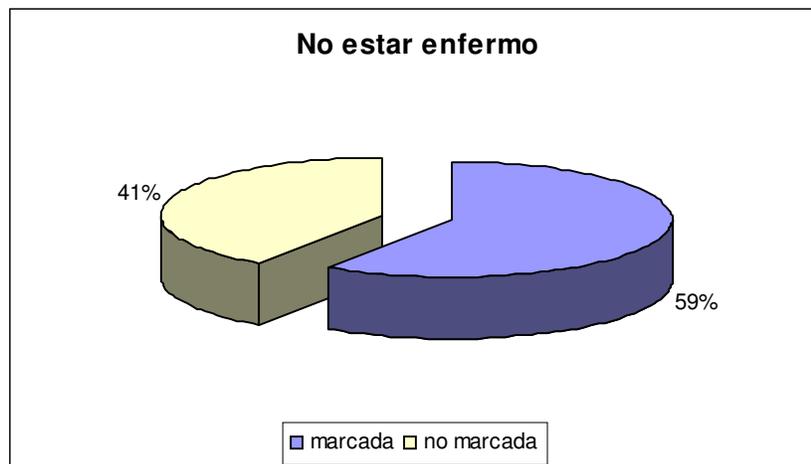
Gráfica 5.12 Resultados del área sexualidad de los estudiantes de la FES Iztacala. El porcentaje mostrado nos permite observar que la población en su mayoría se encuentra satisfecha con su sexualidad.

Asimismo, los resultados obtenidos del cuestionario de significados y creencias en salud, el cual se divide en cinco áreas que son las siguientes: *no estar enfermo, estar en forma, llegar a viejo, adaptarse y actitud positiva*, se tiene lo siguiente.

Correspondiente a las creencias de “no estar enfermo” se tienen que lo más importante para ellos es “tener cada parte de su cuerpo en perfecto estado para trabajar”, ya que 77% lo consideran así; mientras que 23% no lo creen. Asimismo, se tiene que estos estudiantes de la FES Iztacala tiene la creencias de para estar bien es “nunca padecer de nada que no sea leve resfriado o dolor de estomago”; seguido de casi nunca tomar pastillas ni medicamentos y casi nunca ir con el médico. Lo anterior se puede observar en la tabla 5.14 y gráfica 5.13.

NO ESTAR SANO						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
Casi nunca tomar pastillas ni medicamentos	59% Marcada	41% no Marcada	22% marcada	13% no marcada	37% marcada	38% no marcada
Nunca padecer de nada que no sea un leve resfriado o un dolor de estómago	64% Marcada	36% no Marcada	24% marcada	20% no marcada	40% marcada	26% no marcada
Tener cada parte de mi cuerpo en perfecto estado para trabajar	77% Marcada	23% no Marcada	27% marcada	7% no marcada	50% marcada	16% no marcada
Casi nunca ir con el médico	43% Marcada	57% no Marcada	16% marcada	19% no marcada	27% marcada	38% no marcada

Tabla 5.14 Creencias y significados de *no estar enfermo* de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala. Para ellos lo más significativo es nunca padecer de nada que no sea un leve resfriado o un dolor de estómago y tener cada parte de su cuerpo en perfecto estado para trabajar.

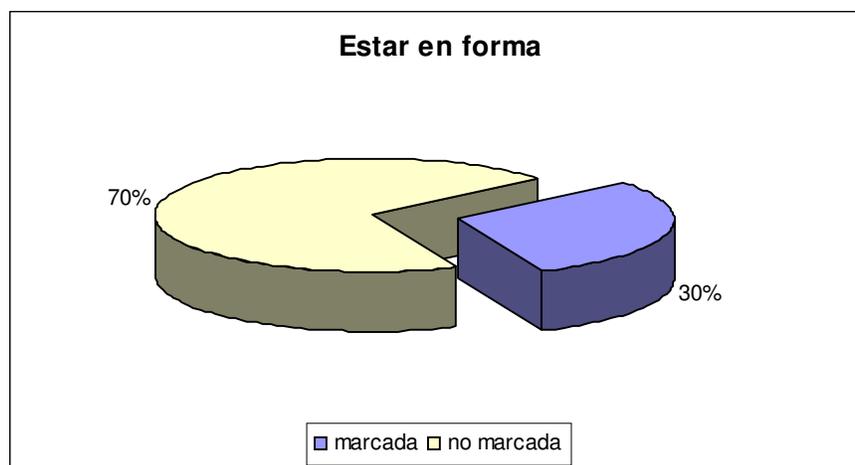


Gráfica 5.13 El porcentaje de la creencia de no estar enfermo representa que la muestra de estudiantes consideran (59%) que para no estar enfermo es importante no ir al médico, tener cada parte de su cuerpo en perfecto estado para trabajar. Pero hay que resaltar que un 41% no considera esto importante para no estar enfermo.

Los resultados que corresponden al área de “estar en forma” lo más significativo que marcan para estar en forma los estudiantes de la FES Iztacala es “tomar parte en muchos juegos y deportes” lo que representa que 59% lo cree así y el 41% no. En ese sentido “ser capaz de correr para alcanzar un autobús sin que le acabe el aire” se tiene que 30% lo consideran importante mientras que un 70% no creen que esta condición sea necesaria para estar en forma. Por último es importante mencionar que la condición de “ser capaz de tocar con los dedos las puntas de sus pies sin flexionar las rodillas, correr un kilómetro en 10 minutos” el 67% consideran que lo anterior no es requisito para poder estar en forma y 33% si lo creen (ver tabla 5.15 y gráfica 5.14).

ESTAR EN FORMA						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
Ser capaz de correr para alcanzar un autobús sin que se me acabe el aire	30% Marcada	70% no Marcada	55% marcada	21% no marcada	63% marcada	49% no marcada
Tomar parte en muchos juegos y deportes	59% Marcada	41% no Marcada	22% marcada	13% no marcada	37% marcada	28% no marcada
Ser capaz de tocar con los dedos las puntas de mis pies sin flexionar las rodillas, correr un kilómetro en 10 minutos	33% Marcada	67% no Marcada	14% marcada	20% no marcada	19% marcada	47% no marcada

Tabla 5.15 Creencia y significado en salud para *estar en forma*. Donde para ellos el tomar parte en muchos juegos y deportes es sinónimo de estar en forma.

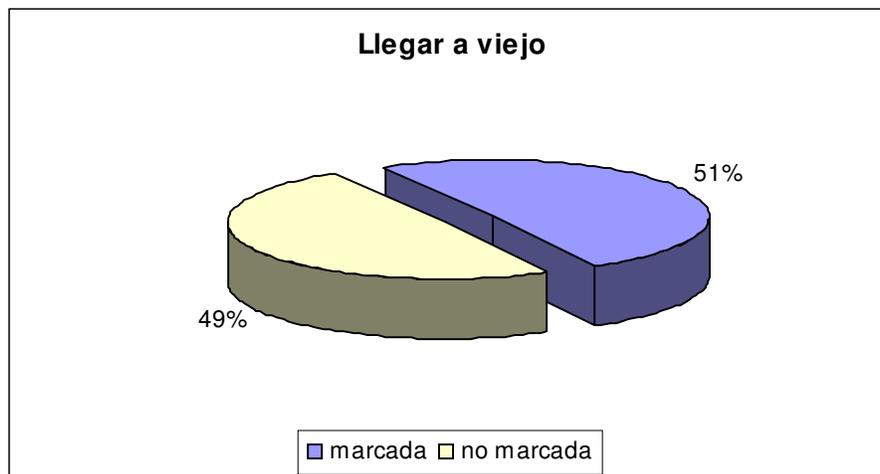


Gráfica 5.14 Porcentaje obtenido de la creencias de estar en forma de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala. Donde el 70% de no consideran para el correr un kilómetro en 10, y correr para alcanzar el autobús sin que se le acabe el aire para estar en forma.

Con respecto a las creencias para “llegar a viejo” la cual se evaluó en cinco reactivos de los cuales se tienen los siguientes resultados: para la muestra de estudiantes de la FES Iztacala lo más importante para llegar a esta condición es “Tener un peso ideal” ya que un 69% lo considera así. El 71% creen que para llegar a viejo es requisito “Comer el alimento adecuado” seguido de “beber sólo en cantidades moderadas” con un 52% el “vivir muchos años” también es importante para llegar a esta condición y por último el “nunca fumar” representa un 47% de los creen que esto es necesario para llegar a viejo (ver tabla 5.16 y gráfica 5.15).

LLEGAR A VIEJO						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
Vivir muchos años	51% Marcada	49% no Marcada	19% marcada	16% no marcada	32% marcada	33% no marcada
Tener el peso ideal	69% Marcada	31% no Marcada	23% marcada	12% no marcada	46% marcada	19% no marcada
Comer el alimento "adecuado"	71% Marcada	29% no Marcada	25% marcada	10% no marcada	46% marcada	19% no marcada
Nunca fumar	47% Marcada	53% no Marcada	17% marcada	17% no marcada	30% marcada	36% no marcada
Beber sólo en cantidades moderadas	52% Marcada	48% no Marcada	19% marcada	16% no marcada	33% marcada	32% no marcada

Tabla 5.16 Para poder llegar a viejo dentro de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala, la creencia de comer alimento adecuado, tener un peso ideal son significados en salud.

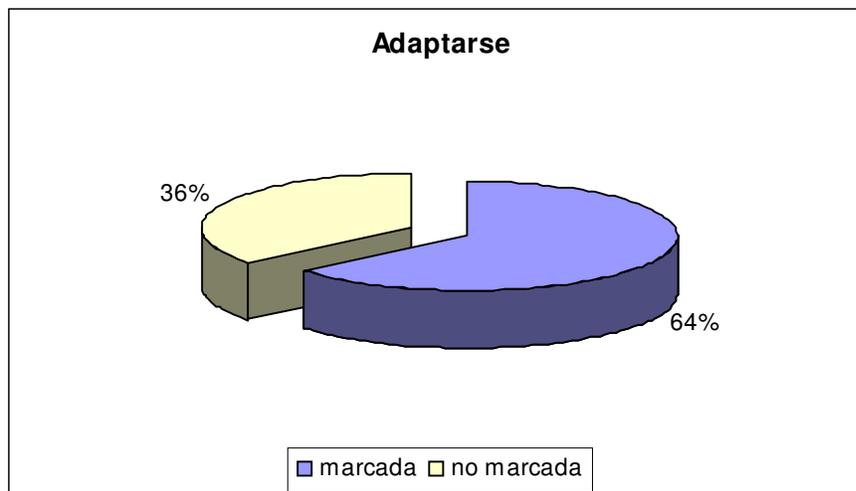


Gráfica 5.15 Se observa que el 51% de la muestra consideran importante el beber moderadamente, y casi nunca fumar como creencias y significados para llegar a viejo. Si embargo, un 49% no lo consideran así. Estos datos van a tener una relevancia en las conclusiones.

En lo que corresponde a la creencia de adaptarse como un significado y forma de tener salud se encuentra dentro de la muestra de estudiantes lo siguiente: para ellos el disfrutar de su trabajo y ser capaz de realizarlo sin demasiada tensión y esfuerzo el 82% lo considera positivo para su proceso salud-enfermedad mientras que 18% eso no significa esta condición como algo problemático para su salud. Mientras que el 64% creen que el “el ser capaz de adaptarse fácilmente a los cambios de la vida” es una condición para que no se afecte un su salud (para mayor detalle se puede observar la tabla 5.17 y gráfica 5.16).

ADAPTARSE						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
Ser capaz de adaptarme fácilmente a los cambios de la vida	64% Marcada	36% no Marcada	24% marcada	12% no marcada	40% marcada	24% no marcada
Disfrutar mi trabajo y ser capaz de realizarlo sin demasiada tensión y esfuerzo	82% Marcada	18% no Marcada	27% marcada	8% no marcada	55% marcada	10% no marcada

Tabla 5.17 Resultado del área de adaptarse de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala. Donde el disfrutar de su trabajo y ser capaz de realizarlo es sin duda una creencia y un significado para adaptarse.

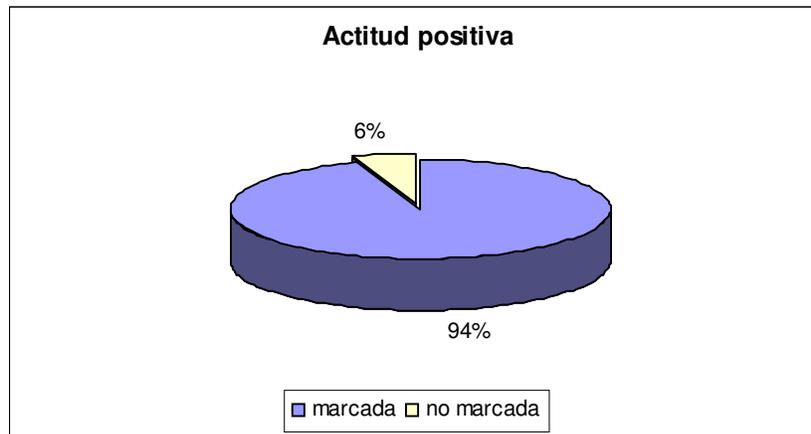


Gráfica 5.16 El 64% de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala consideran que para tener salud es importante adaptarse a las actividades y modo de vida. Mientras que el 36% no considera esto como una creencia y significado de tener salud.

Dentro de la última parte del cuestionario de creencias y significados en salud en el área de actitud positiva se obtuvieron los siguientes resultados. El 94% creen el “disfrutar cuando se esta con mi familia y amigos” los llevara a una actitud positiva y no tendrán una afectación en su proceso salud-enfermedad. Con un 80% los estudiantes de la muestra de la FES Iztacala consideran que “sentir alegría de vivir cuando se levantan” el 78% considera también que “disfrutar de alguna forma de relajación o distracción los llevara a tener una actitud positiva como se puede ver en la tabla 5.18 y gráfica 5.17.

ACTITUD POSITIVA						
Pregunta	% General		% Hombres		% Mujeres	
Disfrutar cuando estoy con mi familia y amigos	94% Marcada	6% no Marcada	32% marcada	2% no marcada	62% marcada	4% no marcada
Tener la piel limpia, la mirada viva y el cabello sedoso	54% Marcada	46% no Marcada	20% marcada	15% no marcada	34% marcada	31% no marcada
Sentir la alegría de vivir cuando me levanto	80% Marcada	20% no Marcada	27% marcada	8% no marcada	53% marcada	12% no marcada
Disfrutar de alguna forma de relajación o distracción	78% Marcada	22% no Marcada	27% marcada	8% no marcada	51% marcada	14% no marcada

Tabla 5.18 El tener una actitud positiva dentro de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala, es tener la creencia y el significado de poder disfrutar cuando están con su familia y amigos, sentir alegría de vivir cuando se levantan, etc.



Gráfica 5.17 Los resultados muestran que le 94% de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala consideran que el tener una actitud positiva es la creencia y significado para tener salud.

6. Análisis y discusión.

El proceso del análisis se llevó a cabo a partir de los porcentajes obtenidos en cada una de las áreas, los cuales fueron distribuidos en tres categorías. Para la construcción de estas categorías se tomo como referencia el porcentaje de la frecuencia de los ítems. Los criterios fueron que dentro de 0% a 25% pertenecía a bajo riesgo, de 26% a 50% mediano riesgo y de 51% a 100% alto riesgo. Los porcentajes se establecieron de manera arbitraria porque se consideraron como la frontera que permitía establecer zonas críticas para ilustrar la condición juvenil entorno a su salud. Esta clasificación fue la siguiente (ver tabla 6.1).

Nivel de riesgo	Rango
BAJO RIESGO	0% al 25%
MEDIANO RIESGO	26% al 50%
ALTO RIESGO	51% en adelante

Tabla 6.1 Criterios para establecer zonas críticas de la condición de salud de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala.

A continuación se presenta el perfil general encontrado de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala y su relación con los riesgos psicosociales de las enfermedades crónico degenerativas, utilizando los resultados aportados por la Guía diagnóstica para la medición de Riesgos y Enfermedades, que evalúa 10 áreas teniendo los siguientes resultados.

Con respecto a los factores de riesgo pertenecientes al padecimiento de hipertensión arterial o enfermedades del corazón. Comenzando por los antecedentes familiares, se encontró en un **MEDIANO RIESGO, 46%** tanto para las mujeres como para los hombres. Dejando en una posición en la que la vulnerabilidad a nivel de la muestra estudiantil se hace patente. Particularizando en la población encontramos que las mujeres rebasan en un porcentaje considerable a los hombres en tanto que el mayor porcentaje de su población se concentra en las edades de 19-22 años siendo de **ALTO RIESGO**. Es por ello que

al mencionar el porcentaje lo colocamos en amarillo pero lo resaltamos con rojo para subrayar la importancia poblacional que se concentra dentro de este rango. Como se observa la edad no es un factor de riesgo que se encuentre predisponiendo a nuestra población. Sin embargo las cosas cambian cuando nos fijamos en el uso del tabaco. Este factor de riesgo es más alto en hombres pero no por ello deja de ser valioso poner atención en el porcentaje obtenido en las mujeres. Los hombres con un 47% se encuentran dentro del rubro de **ALTO RIESGO** ya que el mayor porcentaje de la población general de hombres lo concentra en las edades de 19-22 años, elevando el factor de riesgo (Ver Tabla 6.2).

En la lectura del “Consumo de Alcohol” encontramos a las dos poblaciones en una posición de **MEDIANO RIESGO**. Sin embargo, es importante resaltar que los hombres (41%) superan a las mujeres (29%) en porcentaje. Es interesante observar como el consumo de alcohol se encuentra dentro de los tres rangos de edad en una fase de **MEDIANO RIESGO**, cuestión que al remitirnos a la cultura juvenil de lo que es ser joven nos da elementos de estructura, por ejemplo, pertenecer a un grupo de pares, estatus, entre otros aspectos. A nivel individual en el uso de tabaco observamos como nos devela un **ALTO RIESGO** a nivel comportamental en los hombres con un 47% y las mujeres en **MEDIANO RIESGO** con el 33%. En los factores de riesgo que se engloban dentro de la alimentación observamos como el factor de riesgo es latente en un grado mayor. Dentro de este comentario encontramos el consumo de grasas, el consumo de colesterol y hábitos alimenticios, unidades que nos permiten sondear la alimentación de los estudiantes y nos hacen poner el dedo en esta cuestión ya que la alimentación es básica no solo para reducir los problemas de hipertensión sino para tener un mejor rendimiento escolar.

Las tres unidades señaladas corresponden a factores individuales de riesgo que de manera global nos sitúa en una posición de gran interés y preocupación, ya que los porcentajes obtenidos si bien es cierto en mujeres corresponden a

MEDIANO RIESGO y en hombres a **ALTO RIESGO**, nos deja en ambas poblaciones en una posición vulnerable ante el padecimiento de hipertensión. El consumo de sal es un factor que se relaciona de manera directa con la hipertensión por la sensibilidad al sodio. Ambas poblaciones se encuentran en alto riesgo en este rubro y particularizando, las mujeres (60%) rebasan a los hombres (53%) (Ver Tabla 6.2).

El sedentarismo y la inactividad nos muestra una población pasiva en ese ámbito, superando las mujeres (71%) a los hombres (49%) de una manera considerable. En términos generales dentro de las áreas del cuestionario se tiene los siguientes factores de riesgo para las enfermedades del corazón. Por ejemplo, se puede observar que la obesidad, el consumo de sal, el sedentarismo e inactividad, consumo de grasas, consumo de colesterol y el uso de tabaco se presentan un **ALTO RIESGO** en la población estudiantil de la FES Iztacala. Asimismo, existe algunos factores que se encuentran en **MEDIANO RIESGO** que son los antecedentes familiares, hábitos alimenticios y el consumo de alcohol. En la edad que se encuentran los estudiantes de la FES Iztacala se puede decir que no es un factor de riesgo importante para padecer enfermedades del corazón ya que están en **BAJO RIESGO** (Ver Tabla 6.2).

Con lo anterior se puede decir que esta población estudiantil se encuentra vulnerable para sufrir Hipertensión o una enfermedad del corazón, por los diferentes factores psicosociales de riesgo que en ella se registran en el perfil encontrado. Esto se puede agravar cuando ellos se encuentren arriba de los 35 años de edad. Otro dato interesante que se desprende es que la población más vulnerable es la de 19 a los 22 años de edad ya que en su mayoría están en **ALTO RIESGO**. La población se encuentra dentro de los factores de riesgo dentro de una línea que oscila entre el **MEDIANO RIESGO** y el **ALTO RIESGO**. No es posible enmarcar a una de las poblaciones dentro de un margen sino hay que ver el conjunto, y cuando este se ve a primera vista parece ser que ambas poblaciones se encuentran en desventaja ante un problema común. Esto puede

ser un foco de atención para la salud de esta muestra, y el objetivo será poner mayor énfasis en las medidas de prevención que puedan reducir los riesgos psicosociales encontrados en dicha población¹.

Padecimiento	Factores de riesgo	Semáforo	
		Mujeres	Hombres
Enfermedades del corazón o cardiovasculares: Hipertensión	Obesidad	Alto riesgo 58%	Alto riesgo 53%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
		De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años
		De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años
	Consumo de sal	Alto riesgo 60%	Alto riesgo 53%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
		De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años
		De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años
Sedentarismo e inactividad	Alto riesgo 71%	Mediano riesgo 49%	
	De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años	
	De los 19 a los 22 años.	De los 19 a los 22 años.	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	
Consumo de grasas	Mediano Riesgo 45%	Alto Riesgo 60%	
	De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años	
	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	
Consumo de Colesterol	Mediano Riesgo 40 %	Alto Riesgo 60%	
	De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años	
	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	
Uso de Tabaco	Mediano Riesgo 33%	Alto Riesgo 47%	
	De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años	
	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	
Antecedentes familiares	Mediano Riesgo 46%	Mediano Riesgo 46 %	
	De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años	
	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	

¹ Para una mayor precisión de los análisis sugerimos al lector hacer una lectura global de algunas de las áreas presentadas en los anexos.

	Hábitos alimenticios (Dieta Balanceada)	Mediano riesgo 41% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano riesgo 45% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Consumo de Alcohol	Mediano Riesgo 29% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano Riesgo 41% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Edad (de 35 años o más)	Bajo Riesgo De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Bajo Riesgo De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Estrés	Alto Riesgo 53% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano Riesgo 38% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años

Tabla 6.2 Factores psicosociales de riesgo de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala en relación a las enfermedades del corazón. Los factores que más inciden son la condición física, los hábitos alimenticios, la obesidad, entre otros, los cuales se encuentran en un **ALTO RIESGO.**

En lo que corresponde a los factores de riesgos encontrados para los tumores malignos dentro de la muestra estudiada de la FES Iztacala, se tiene lo siguiente: Existe un **ALTO RIESGO** en relación a la zona donde viven, ya que lo consideran que es un ambiente contaminado. Otro de los factores psicosociales de riesgo es el uso de tabaco el cual se encuentra en un **ALTO RIESGO 47%** para la población de los hombres, mientras que para las mujeres está en **MEDIANO RIESGO 33%**. En la misma condición de **MEDIANO RIESGO**, se encuentra el comportamiento alimenticio de dicha población el cual se evaluó si ellos tiene una dieta balanceada. El consumo de alcohol se encuentra en **MEDIANO RIESGO**, lo cual en la población femenina es más bajo en comparación del sexo masculino que fue de 41% y con un **BAJO RIESGO** se encuentra los antecedentes familiares ya que en su familia no existen personas que hayan desarrollado cáncer de mama. Algo que se puede destacar en la condición de salud de las mujeres de la FES Iztacala es que al cuestionamiento de sí se examina las mamas en búsqueda de nódulos u otros cambios está se encuentra en **MEDIANO RIESGO** siendo el 37%

que no se examina. Lo anterior, aunque se encuentra en mediano riesgo para que en un futuro puedan sufrir de algún tumor maligno es importante señalar que las condiciones están dadas para que se pueda desarrollar este tipo de enfermedades (ver tabla 6.3).

Padecimiento	Factores de riesgo	Semáforo	
		Mujeres	Hombres
Tumores malignos	Cancerígenos industriales (ambiente contaminado)	Alto Riesgo 52% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Alto Riesgo 62% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Uso de Tabaco	Mediano Riesgo 33% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Alto Riesgo 47% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Estrés	Alto Riesgo 53% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano Riesgo 38% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Comportamiento alimentario (Dieta balanceada)	Mediano Riesgo 41% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano Riesgo 45% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Consumo de Alcohol	Mediano Riesgo 29% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano Riesgo 41% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Antecedentes familiares	Bajo Riesgo 9% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Bajo Riesgo 6% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años

Tabla 6.3 Factores psicosociales de riesgo de los tumores malignos resaltando el ambiente contaminado, uso de tabaco que se encuentran tanto en MEDIANO RIESGO y ALTO RIESGO. Y en BAJO RIESGO que están los antecedentes familiares.

Con respecto a los resultados obtenidos y la relación con la diabetes se tiene que los antecedentes familiares comparados con los de hipertensión tienen un aumento en las mujeres del 20% y en los hombres de 15%. Esta cifra nos suscribe a un padecimiento al que se es más vulnerable el ámbito estudiantil. El 66% y el 61% respectivamente de mujeres y hombres nos señalan un **ALTO RIESGO** en la posibilidad de padecer diabetes. La obesidad es un factor más que se encuentra dentro de cifras de **ALTO RIESGO** que nos demandan establecer programas de prevención en el padecimiento de la diabetes ya que éste se liga con otros factores de riesgo como el ser sedentario y el comportamiento alimentario, los cuales oscilan del mediano riesgo al alto riesgo. El sedentarismo en las mujeres es más alto que en los hombres en los tres rangos de edad y superan a los hombres en general con 22% más de vulnerabilidad, ello las pone en el nivel de **ALTO RIESGO**. Esto no significa que los hombres no se encuentren dentro del riesgo, aun con el nivel preventivo de **MEDIANO RIESGO** es un factor que se encuentra de parámetros latentes ya que en conjunto con otros factores psicosociales probabiliza el padecimiento.

Dentro del comportamiento alimentario el consumo de dulces es un factor en **MEDIANO RIESGO**, este punto toma en cuenta la azúcar que el estudiante usa de más, sin embargo hay que poner atención en la que se consume normalmente ya que al ser una azúcar refinada su metabolismo es distinto y la producción de insulina se ve afectada. Por ello el factor de riesgo recibe un plus de ser tomado en cuenta dentro de niveles de riesgo por su constitución química. En general el caso de la diabetes se encuentra en un **ALTO ÍNDICE DE RIESGO** siendo los antecedentes familiares en primer lugar, la obesidad, la inactividad física en las mujeres ya que en los hombres se encuentra la inactividad física en **MEDIANO RIESGO**. Asimismo, el comportamiento alimenticio en lo referente a consumo de dulces, éste se encuentra para ambos sexos en **MEDIANO RIESGO**. En ese sentido, en la edad de 23 a los 46 años en las mujeres se encuentra en **BAJO RIESGO** (ver tabla 6.4).

Padecimiento	Factores de riesgo	Semáforo	
		Mujeres	Hombres
Diabetes	Antecedentes familiares	Alto Riesgo 66%	Alto Riesgo 61%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
		De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años
	Obesidad	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años
		Alto riesgo 58%	Alto riesgo 53%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
Inactividad Física	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	
	Alto riesgo 71%	Mediano riesgo 49%	
Comportamiento alimentario (consumen dulces)	De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años	
	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	
	Mediano Riesgo 42%	Mediano Riesgo 46%	
Estrés	De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años	
	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	
	Alto Riesgo 53%	Mediano Riesgo 38%	

Tabla 6.4 Factores psicosociales de riesgo de la diabetes encontrándose que están en ALTO RIESGO, los antecedentes familiares, la obesidad, etc. Dentro de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala.

A pesar que las causas por muerte en la población adolescente juvenil son por consecuencia de los accidentes y la poca falta de seguridad personal, los estudiantes de la FES Iztacala se encuentran en un **MEDIANO RIESGO** acentuándose más en la población masculina que en las mujeres. Siendo el estrés se presenta en un **ALTO RIESGO** en las mujeres, mientras para los hombres está en **MEDIANO RIESGO** (Ver tabla 6.5).

Padecimiento	Factores de riesgo	Semáforo	
		Mujeres	Hombres
Accidentes y seguridad personal	Consumo de Alcohol	Mediano Riesgo 29%	Mediano Riesgo 41%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
		De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años
		De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años
	Estrés	Alto Riesgo 53%	Mediano Riesgo 38%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
	De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años	
	De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años	

Tabla 6.5 Factores psicosociales de riesgo de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala en relación a los accidentes y seguridad personal, donde el consumo de alcohol esta en MEDIANO RIESGO y el estrés en ALTO RIESGO en las mujeres y los hombre en MEDIANO RIESGO.

En lo correspondiente a las enfermedades del Hígado y en específico a sus factores psicosociales de la misma, se tiene que el alcohol se encuentra en niveles preventivos (29% mujeres, 47% hombres) de MEDIANO RIESGO en ambas poblaciones pero al combinarse con el 45% de la población de mujeres (MEDIANO RIESGO) y el 60% de los hombres (ALTO RIESGO) en el consumo de grasas, se comienza a perfilar como un factor de alto riesgo. El Hígado es el laboratorio del cuerpo, tiene más de 360 funciones conocidas y el consumo de alcohol lo afecta directamente, así como el consumo de grasas. Por otro lado el consumo de tabaco afecta más la población masculina 47% (ALTO RIESGO) que a las mujeres 33% (MEDIANO RIESGO). Estos factores de riesgo dentro de la población se perfilan como elementos representativos no sólo de este padecimiento sino de otras más que los hacen prioritarios para afectar la salud de los estudiantes. Todo lo anterior se relaciona con que la población masculina tiene una alta incidencia en padecer cirrosis hepática por consumo de alcohol y este factor se encuentra en MEDIANO RIESGO para ambas poblaciones (ver tabla 6.6).

Padecimiento	Factores de riesgo	Semáforo	
		Mujeres	Hombres
Enfermedades de hígado	Uso de Tabaco	Mediano Riesgo 33%	Alto Riesgo 47%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
		De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años
		De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años
	Consumo de grasa	Mediano Riesgo 45%	Alto Riesgo 60%
		De los 15 a los 18 años	De los 15 a los 18 años
		De los 19 a los 22 años	De los 19 a los 22 años
		De los 23 a los 46 años	De los 23 a los 30 años
	Consumo de Alcohol	Mediano Riesgo 29%	Mediano Riesgo 41%
De los 15 a los 18 años		De los 15 a los 18 años	
De los 19 a los 22 años		De los 19 a los 22 años	
De los 23 a los 46 años		De los 23 a los 30 años	

Tabla 6.6 Factores psicosociales de riesgo de las enfermedades del hígado la muestra de estudiantes de la FES Iztacala. Donde el uso de tabaco y consumo de grasa en los hombres se encuentra en un **ALTO RIESGO, mientras en las mujeres está en **MEDIANO RIESGO**, en tanto el consumo de alcohol se encuentra en **MEDIANO RIESGO** para mujeres y hombres.**

Dentro de los factores psicosociales de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares se tiene que dentro de la población estudiantil de la FES Iztacala el padecer diabetes y la obesidad están en **ALTO RIESGO**, ya que en los antecedentes familiares se tiene un 66% en las mujeres, mientras en los hombres 61% en lo que se refiere a la obesidad se tiene que le 58% en las mujeres y 53% en los hombres tiene un sobrepeso de acuerdo a su talla y peso. Asimismo para los hombres la acumulación de grasa se encuentra en **ALTO RIESGO 60%** y para las mujeres en **MEDIANO RIESGO 45%**. A lo correspondiente al factor de presión alta como un antecedente familiar se tiene que en las mujeres se encuentra en **MEDIANO RIESGO** con 46% en tanto los hombres en **MEDIANO RIESGO** con 46% las diferencias que se encuentra en las mujeres es que en la población de los 19 a los 22 años se concentra un **ALTO RIESGO** de este factor de riesgo.

En lo que se refiere al comportamiento alimenticio que pudo ser evaluada a través de si los estudiantes tienen una dieta balanceada se encuentra en **Mediano Riesgo** para mujeres como para los hombres, aunque en estos últimos es de 45% con respecto al 41% de las mujeres. Por último, lo relacionado al consumo de

tabaco como un factor psicosocial de las enfermedades cerebrovasculares se tiene un **MEDIANO RIESGO 33%** para las mujeres mientras un **ALTO RIESGO 47%** para los hombres, ya que en las edades de 15 a 22 se concentran los que tiene ese hábito (ver tabla 6.7).

Padecimiento	Factores de riesgo	Semáforo	
		Mujeres	Hombres
Enfermedades cerebrovasculares	Padecer diabetes (Antecedentes familiares)	Alto Riesgo 66% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Alto Riesgo 61% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Obesidad	Alto Riesgo 58% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Alto Riesgo 53% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Acumulación de grasa (arteroesclerosis) consumo de grasas	Mediano Riesgo 45% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Alto Riesgo 60% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Antecedentes Familiares (Presión alta)	Mediano Riesgo 46% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano Riesgo 46% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Comportamiento alimenticio (dieta balanceada)	Mediano Riesgo 41% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Mediano Riesgo 45% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años
	Uso de Tabaco	Mediano Riesgo 33% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 46 años	Alto Riesgo 47% De los 15 a los 18 años De los 19 a los 22 años De los 23 a los 30 años

Tabla 6.7 Factores psicosociales de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares. Donde la obesidad tanto para mujeres y hombres esta en ALTO RIESGO,

Al momento de relacionar estos resultados con los encontrados en las áreas de condición física, hábitos alimenticios y consumo de alcohol y otras drogas, entre otras; señala que la muestra de estudiantes de la FES Iztacala tienen ciertas

creencias y significados en salud que dependen de un deseo de tener una actitud positiva, estar en forma, pero lo más significativo es que ellos no tienen que realizar ningún esfuerzo ya que como se demuestra en los resultados de encontrados en el cuestionario de riesgos y enfermedades, no realizan ejercicio, no tiene una dieta balanceada, existe un sobrepeso, existe un consumo de colesterol, lo cual afecta el proceso salud-enfermedad de la población, se observa cómo el estar sanas depende únicamente de no presentar dolencias o la ausencia de enfermedad.

La población no manifiesta tener parámetros certeros que le permitan identificar y procurar su salud. Parece ser que la visión (en ésta se concentran las creencias y las prácticas) que tienen del cuerpo y la salud son aspectos diferenciales que no se encuentran dentro de un mismo proceso. Es decir verse bien no es sentirse o estar bien ya que las enfermedades que les llaman asesinos silenciosos no manifiestan síntomas hasta que la enfermedad ya está instalada. Vemos que la población se encuentra con desventaja en los padecimientos crónico degenerativos, pero esto, la población no lo saben. Esto se puede obviar porque ahora “se ve bien”. La cultura del cuerpo ha venido representándose a través de la moda. De esta manera la expresión de la imagen exteroceptiva muestra un patrón social, sin embargo en términos del proceso salud enfermedad habrá que tomar en cuenta las funciones corporales, el sentir (no solo como una capacidad sino en el plano emocional) y de entender que el cuerpo es el receptáculo en el que historizamos nuestra manera de vivir y de morir.

Lo anterior pone de manifiesto que los sujetos se preocupan o se interesan en su salud al momento de sufrir o padecer dolor como lo hace notar González (2003) “la jerarquía de que prevalezca en una persona una modalidad de creencias de salud, a nuestro criterio, la determina además de la personalidad, en la generalidad de los casos, la ruptura o no del equilibrio del proceso salud-enfermedad; puesto que la salud comienza a ser un motivo principal y por ende, a cobrar mayor valor en el momento en que está amenazada con perderse, y es

cuando el individuo toma conciencia de sus síntomas, de su duración, y también de su calidad, y es cuando se pregunta: “¿por qué a mí?”.

Esto es lo que se observa en los resultados presentados del cuestionario de creencias y significados en salud, ya que en estos momentos en la vida de los jóvenes de la muestra estudiada de la FES Iztacala no hay una evidencia de pérdida aún cuando se está gestando una alteración del proceso salud-enfermedad. Esto nos habla de la inexistencia de una conscientización de sus estilos de vida, lo cual se abordará más detalladamente en las conclusiones que se presentan a continuación.

Conclusiones:

De acuerdo con los resultados obtenidos en el perfil general de la muestra de los estudiantes de la FES Iztacala, se concluye que dentro de los factores psicosociales de riesgo de las enfermedades crónico degenerativas esta muestra estudiada es vulnerable para desarrollar diabetes, presión alta y cerebrovasculares, ya que sus factores psicosociales se encuentran en **ALTO RIESGO**. Y en **MEDIANO RIESGO** se encuentran las enfermedades del hígado, tumores malignos, los accidentes y seguridad personal.

De continuar esta dinámica, se puede esperar que la población padezca enfermedades que la incapaciten y le resten años de vida saludables y con ello un desmejoramiento en la calidad de vida en el plano social. En México el 31.8% son jóvenes, esto nos revela que en los próximos años estos jóvenes serán los adultos de nuestro país y, si no mejoran sus estilos de vida entrarán a los índices de morbilidad y mortalidad que se tiene registrados en nuestro país por causa de lo las enfermedades crónico degenerativas (cáncer, diabetes, cardiovasculares, etc.) que hoy en día han sustituido a las enfermedades infecciosas como causa principal de muerte, y demuestran un alto índice de mortandad en nuestro país en la población adulta la cual no posee estilos de vida saludables que permitan incrementar su estado de salud.

Los resultados que arrojan los cuestionarios aplicados a estos estudiantes hacen patente lo que en el capítulo II se puso de manifiesto de acuerdo a los estilos de vida que textualmente dice “la salud de los individuos depende en gran medida de sus comportamientos, por ejemplo, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, dormir siete a ocho horas diarias, desayunar casi todos los días, realizar tres comidas al día, mantener el peso corporal dentro de los límites normales, practicar ejercicio físico regularmente, uso moderado de alcohol o no beberlo y no fumar”, (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984 citados en Oblitas, y Becoña, 2000). En este sentido resaltar que no hay una

plataforma ni en la vida juvenil ni en las instituciones en la cuestión de promover estilos de vida más saludables dentro de los jóvenes de nuestro país y como se describió en el capítulo 3 las investigaciones que giran alrededor de lo que está pasando en los adolescentes jóvenes se tiene que le han dado más prioridad a la farmacodependencia y a la sexualidad y, muy pocos estudios están en la vigilancia de los factores psicosociales de riesgo para enfermedades no transmisibles (como son las se han mencionado en esta investigación).

Es importante señalar que entre los estudiantes no existe una cultura para realizar ejercicio físico y esto afecta en la percepción que tienen acerca de su peso corporal. El sedentarismo es una constante en un alto índice de la población estudiantil. El movimiento es vital para muchas funciones y procesos, de tal manera que al no ser una actividad dentro de los hábitos de los estudiantes éstas funciones y procesos se ven afectados. El peso corporal es un componente que se encuentra dentro de varias de las enfermedades degenerativas, desde hace tiempo es un elemento que gobierna gran parte del mercado con productos para adelgazar, pero no solo eso también ha hecho crítica la situación de la anorexia y la bulimia en donde la imagen distorsionada de verse bien no corresponde con la salud; el peso corporal de la población se encuentra descuidado y en correspondencia con sus hábitos alimenticios se inclina a presentar problemas en un futuro inmediato.

Lo anterior pone de manifiesto, que dentro de los jóvenes la salud se ve como un objeto no valioso, que cuando uno no está enfermo, todo está bien. Sin embargo, al momento de estar enfermo, es cuando se le da la debida importancia, siendo un momento en el cual la enfermedad se encuentra en una fase avanzada o crónica donde no se puede hacer gran cosa o hay una afectación muy grave en la persona (tanto en el aspecto físico, social y psicológico).

Esto no tiene una relevancia por parte de los jóvenes de la muestra estudiada de la FES Iztacala lo cual se ve reflejado en sus estilos de vida que se encontraron en el

perfil de la guía diagnóstica para la medición de riesgos y enfermedades, por ejemplo, el no hacer ejercicio o hacerlo con un fin de estética, tener una alimentación basada en grasas saturadas., tener un familiar con una enfermedad crónico degenerativa como la diabetes o la presión arterial.

Al mismo tiempo se encontró una serie de contradicciones en estos jóvenes, ya que por ejemplo ellos tienen la creencia de que para estar en forma se necesita, tener una buena condición física, para ser capaz de correr para alcanzar un autobús sin que se les acabe el aire, tomar parte en muchos juegos y deportes y poder ser capaz de tocar con los dedos las puntas de sus pies sin flexionar las rodillas, correr un kilómetro en 10 minutos, a pesar de de que en los factores de riesgos que corresponde a la condición física se encuentra que la mayoría de ellos no realizan ejercicio físico y no están a gusto con su peso. Y como lo menciona Guillen (2001) la propaganda publicitaria y la moda han hecho de este “verse bien” toda una forma de explotación y una manera de conceptualizar el modo de vivir y no la salud de la juventud.

Dentro del mismo campo juvenil estudiado la salud no ocupa un lugar prioritario en su quehacer cotidiano. No se encuentra estructurada como lo puede estar la necesidad de trabajar, estudiar o tener una pareja. Deja un sabor a desconocimiento que si bien no lo podemos atribuir a desinterés, si lo podemos remitir a ignorancia. Al desconocimiento que se tiene del cuerpo, lo psicológico y su implicación en la vida. Iniciar un aprendizaje en la salud desde niños ayudaría a revertir los procesos en los cuales la población mexicana se ha ido enfrascando al transcurrir de los años. Con los resultados obtenidos, se puede entender más claramente por que las enfermedades señaladas se encuentran dentro de las principales en nuestra población y se han reducido las edades de padecerlas. Los estilos de vida de los jóvenes mexicanos no parecen tener insertas creencias que determinen su practica de vida que les ayude a encontrar y vivir su salud.

Es necesario cambiar los modelos con los cuales nos apropiamos de esa primera patria llamada cuerpo. La anorexia y su compañera la bulimia, el desarraigo corporal, el desconocimiento del cuerpo, la priorización de la imagen corporal ante la salud, etc. Son manifestación de que no hay una cultura de la salud o de autocuidado que nos lleve a pensar y actuar adecuadamente ante la enfermedad y la salud. Es necesario crear una cultura contestataria que aminore los efectos de la moda y de los medios de explotación y de consumo que sujetan y estrangulan la salud juvenil.

En este caso es importante impulsar una cultura en promoción de la salud para poder acrecentar los estilos de vida en los jóvenes, no solamente el realizar ejercicio, dormir las ocho horas y desayunar casi todos los días, etc., los cuales parten de lo que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1984 “donde los países deberán de adoptar los objetivos de “salud para todos”. Donde estos objetivos evidencian el cambio en la filosofía de la OMS, la cual desde entonces pone énfasis en la prevención y promoción, no en la curación. Con la intención de que la población pueda llegar al final del milenio sin la complicación de una enfermedad, manifestándose esto en su carta magna de 1986 “Salud para Todos en el año 2000”. Sino que también, poder incrementar sus relaciones interpersonales, afectivas, intelectuales, sociales y familiares, las cuales están al margen o quedan fuera de las intenciones que se tiene en las instituciones encargadas de promover una cultura de salud en la población en general, las cuales solamente atienden los lineamientos marcados en las políticas de salud para incrementar la salud física. Dejando de lado la salud mental o psicológica de la población y sobre todo de los jóvenes de nuestro país y en particular de la muestra estudiada.

En el presente trabajo resaltamos como los riesgos para las enfermedades de mayor índice de mortandad pueden ser representativos de nuestra población estudiantil, de tal manera que podemos pensar en cómo estas enfermedades se van construyendo antes de que aparezcan en la edad adulta.

Nos encontramos en un mundo en donde en la actualidad para la gran mayoría de la población la ansiedad, la depresión y el estrés, “son el peaje que todos debemos de pagar, nos guste o no, para lograr el sueño de nuestras vidas”, ya que el dinero, la ambición y el éxito son los ejes que se han hecho creer para la construcción del futuro (Fresneda, 1999).

La construcción juvenil se encuentra dentro de estos parámetros para edificar. En este mundo los jóvenes encuentran muchas demandas, las cuales no se conseguirán, sometiéndolos a una vida de estrés, ansiedad, y confusión. Es necesario emprender un trabajo que de opciones y educación corporal de tal manera que la salud enfermedad no se vea como un proceso ajeno, sino como un proceso que se va construyendo día con día con nuestros actos, pensamientos, actitudes, etc. Y que lo que hagamos tendrá repercusión directamente en nosotros pero también en nuestro mundo físico y emocional.

La salud es un proceso en el que se encuentra inserto todo el acontecer humano. Desde la niñez hasta la vejez construimos un proceso que determina como vivimos y por ende como morimos. Es un punto donde converge la historia, las prácticas culturales, creencias, valores y todo lo que se puede generar desde el ámbito humano; así como todo lo que acontece en el ambiente y en la naturaleza universal. De esta manera es un punto nodal en el que es posible entrar a la parte más íntima del ser humano, y conocer y entender ese proceso de muerte-vida en el que nos vemos implicados todos. La muerte es un acontecimiento natural, es un acto que todos llevamos tatuado desde el nacimiento, sin embargo la forma de morir si es un punto que el ser humano elige la mayoría de las veces. Con esto solo se quiere decir que la muerte también se construye, que en la vida elegimos una serie de experiencias las cuales van dando la forma en que lo vamos hacer. Así, en el transcurso de la vida vamos tomando los colores con los pinceles de las creencias, los actos y actitudes y vamos pintando e iluminando el crepúsculo y la noche de la vida, de nuestra vida.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, J. (1982) **Sexoterapia integral**. México: Manual Moderno.

Blanco, A. (1988) **Cinco tradiciones en la psicología social**. España: Morata.

Blanco, A. y de la Corte L. (1996) La Psicología Social Aplicada: algunos matices sobre su desarrollo histórico. En: Alvarado, J. Garrido, A. y Torregrosa, J. **Psicología Social Aplicada**. España: Mc Graw Hill. Págs. 3-37.

Buendía, J. (1999) **Psicología Clínica**. Perspectivas actuales. Madrid: Pirámide. Cap. 7

Camacho, G. (2001) El exceso de alcohol causa al año 13 mil muertes por cirrosis. En: **Investigación y Desarrollo** Agosto No. 102 Año IX.

CONAPO Informe de población 1997.

Cordella, P. (2003) **Las Anorexias y la Regulación Obsesiva**. En: Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 6 No. 2 junio. UNAM. FES Iztacala.

Díaz, M.; Hernández, N.; y Salazar, G. (1996) **Estudio de la prevalencia de la diabetes mellitus en la ciudad de Coatepec, Veracruz** En: Psicología y Salud. Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana. Enero Junio No. 7.

Feixa, C. (1998) **El reloj de arena: culturas juveniles en México**. Colección JOVENes No. 4, editada por el Instituto Mexicano de la Juventud, SEP. Pág. 19.

Fernández, M. y Vila, J. (1991) Aspectos psicofisiológicos de los trastornos coronarios. En: E. Ibáñez y A. Belloch (Eds.), **Psicología y Medicina**. Valencia, Promolibro.

Fernández – Ríos, L. (1994). Psicología preventiva y prevención de la drogadicción. En: Fernández – Ríos, L. **Manual de Psicología preventiva**. España: Siglo XXI. Pp.296 – 320.

Fleiz, Villatoro, Medina, Alcántar, Navarro y Blanco, (1999) **El conocimiento de la sexualidad y conducta sexual de estudiantes de la Ciudad de México**. En: Salud Mental. V. 22, No. 4, Agosto.

Flórez, L. (2001) **Psicología de la salud**. Universidad Nacional de Colombia. www.psicologia.com

Fresneda, C. (1999) **La vida simple**. Barcelona: Planeta. Pág. 295

Gaarder, J. (1995) **El mundo de Sofía**. México: Patria/Sirueta.

González, T. (2003) **Creencias de salud: su lugar en el proceso salud-enfermedad**. En: Revista “Alternativas en Psicología”. Año VII no. 8 Agosto-Septiembre.

Gotwald, W. (1985) **Sexualidad: La experiencia humana**. México. Manual Moderno.

Grau, J.; Knapp, E; Pire, T.; Villanueva, T. y Rodríguez, H. (1997). **¿Qué pueda hacer la psicología en el tratamiento del dolor producido por el cáncer?** EN: Psicología y Salud. Instituto de investigaciones psicológicas de la Universidad Veracruzana. Julio Diciembre No. 8

Guillen, G. 11 de Julio del 2001, El universal. Pág. 10.

INEGI Boletín de Información Estadística No. 19, Vol. III. 1999.

Instituto Mexicano de la Juventud, Encuesta Nacional de la Juventud 2000

Kenny, y et al. (2000) **Stress and health: research and clinical applications**. Australia: Harwood Academic

Kett, J. (1993) Descubrimiento e invención de la adolescencia en la historia. Society for Adolescent Medicine. New York

León, J. y Medina, S. (2002) Psicología Social de la Salud: Fundamentos teóricos y metodológicos. España: Comunicación social. Pp. 11 - 146.

Mabel, M.; Giurgiovich, A.; Solís, J. y Mora, G. (1996) Factores relacionados con la fecundidad en la adolescencia. EN: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C., Silber, T.; Suárez, E. y Yunes, J. (1996) **La Salud de los Adolescentes y del Joven**. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación Científica No. 552

Marié E. (1998) **Compendio de medicina china**. Fundamentos teoría y práctica. Madrid: EDAF

Masters, W. y Jonson, V. (1975) **La sexualidad humana**. Barcelona: Grijalbo

Matarazzo, J. (1980) Behavioral health and Behavioral Medicine. **American Psychologist**, 35, 807-817.

Matarazzo, J. (1982) Relationships of Health Psychology to others segments of psychology. En G.C. Stone, S.M. Weiss, y J.E. Singer (Ed.) **Health Psychology. A discipline and profession**. University of Chicago Press. Chicago

Méndez, I. y Cols. (1990) **El protocolo de investigación**: lineamientos para su elaboración y análisis. México: Trillas. Págs. 11-13.

Moncada, A. (1987) **Los usos de la sexualidad en la España actual**. Barcelona: Kairos

Mueller, F. (1992) **La psicología contemporánea**. México: F.C.E.

Nicholls, E. y Caballero, B. (1996) Las enfermedades crónicas no transmisibles: su prevención en la adolescencia. EN: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C., Silber, T.; Suárez, E. y Yunes, J. (1996) **La Salud de los Adolescentes y del Joven**. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación Científica No. 552

Oblitas, L. y Becoña. E. (2000) **Psicología de la salud**. México: Plaza y Valdes, editores

OPS (1998). **Las condiciones de la salud en las Américas**, 1 y 2, Washington D. C.: OPS

----- (1996). **Promoción de la salud**: una antología. Washington, D. C.: OPS.

Pérez, I. 11 de julio de 2001, Milenio. Pág. 38.

Pérez, M. (1990) **Estrés**. Vida o muerte, cómo controlarlo. México: Instituto Politécnico Nacional.

Pérez, R. (1999) **La psicología de la salud en Cuba**. Universidad Médica de Moscú Instituto superior de ciencias Médicas de La Habana. (Cuba) www.psicologia.com

----- (2000) **La vulnerabilidad psicosocial, la estrategia de intervención y el modo de vida sano**. Universidad Médica de Moscú Instituto superior de ciencias Médicas de La Habana. (Cuba) www.psicologia.com

----- (2001) **Las matrices de agregado, temporales y espaciales de la promoción de salud.** Universidad Médica de Moscú Instituto superior de ciencias Médicas de La Habana. (Cuba) www.psicologia.com

Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 Secretaria de Salud. Primera Edición. México, 2001.

Regalado, B. 11 de julio de 2001, El sol de México. Pág. 4.

Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2002) “Psicología y Salud en México.” En: Reynoso-Erazo, Leonardo y Seligson, Isaac (coordinadores) (2002) **Psicología y Salud.** México: UNAM Facultad de Psicología y CONACyT

Rodríguez, J. y García, J. (1996) Psicología social de la salud. En. Álvaro, J. L.; Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (1996) **Psicología Social Aplicada.** España: McGrawHill.

Sepúlveda, R.; Marcela T. y Álvarez, C. (1998) **Psicología y salud: el papel del apoyo social.** En: Revista médica de Santiago, 1(2). (Internet).

Silber, T. (1996) El embarazo en la adolescencia. EN: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C., Silber, T.; Suárez, E. y Yunes, J. (1996) **La Salud de los Adolescentes y del Joven.** Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación Científica No. 552

Silber, T., D'Angelo, L. y Woodward, K. (1996) El SIDA y otras enfermedades de transmisión. EN: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C., Silber, T.; Suárez, E. y Yunes, J. (1996) **La Salud de los Adolescentes y del Joven.** Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación Científica No. 552

Silva, A. (1998) **La investigación asistida por computadora.** En las ciencias sociales y de la salud. México: UNAM. ENEP IZTACALA.

Stern C., Medina G. (2000). **Adolescencia y salud en México:** En Coleta, M. (org). (2000). **Cultura adolescencia e saúde:** Argentina, Brasil, e México. Brasil: consorcio latinoamericano de programas en salud reproductiva y sexual.

Suárez, E. y Krauskopf, D. (1996) El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas de los adolescentes. Una perspectiva psicosocial. EN: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C.; Silber, T.; Suárez, E. y Yunes, J. (1996) **La Salud de los Adolescentes y del Joven.** Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación Científica No. 552

Vega-Franco, L. (2002) **Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica.** En: Salud pública México Vol. 44 No. 3 Cuernavaca mayo/junio.

Woodwards, K. y Silber, T. (1996) Anticoncepción. EN: Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C., Silber, T.; Suárez, E. y Yunes, J. (1996) **La Salud de los Adolescentes y del Joven.** Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Publicación Científica No. 552

Zepeda, F. H. (1994) **Introducción a la psicología.** Una visión científico humanista. México: Alhambra Mexicana.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

Field, A. (2000) **Discovering Statistics Using SPSS for Windows. Advanced Techniques for the Beginner**. London: SAGE Publications.

Gardner, R. (2003) **Estadística para Psicología utilizando SPSS para Windows**. México: Pearson Educación

Grolier I. INC. (1978) **Enciclopedia ilustrada cumbre**: Tomo 5. México: Editorial Cumbre.

Hubert, L. y Rabinow, P. (1979) Michel Foucault: **Más allá del estructuralismo y la hermenéutica**. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Iztacala.

Lalonde, M. (1996) **El concepto de “campo de salud: una perspectiva canadiense**. En: Promoción de la salud: una antología. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.

López, S. (2000) **Prensa cuerpo y salud en el en el siglo XIX mexicano (1840 - 1900)** México: CEAPAC Porrúa.

Mitchell, D. (1999) **La diabetes**. Barcelona: Océano.

Rodríguez, J. (2002) **Clasificación y criterios diagnósticos**. En: Editores. Control Total de la Diabetes para el médico tratante. Libro de diabetes de la federación mexicana de diabetes.

Sheldon, G. (2001) **Guía de la clínica Mayo sobre hipertensión**. México: Intersistemas.

ANEXOS

Tabla 1. Perfil de Riesgo de la condición física de la muestra de estudiantes de la FES IZTACALA por edad y sexo.

Área	Condiciones	Femenino	Masculino	Total		Condición estudiantil
		Edad	Edad	F	M	
Condición Física	<p>☐ Hace usted Ejercicio o juega algún juego</p>	<p>De los 15 a los 18 años 52 de 70 no hacen</p> <p>De los 19 a los 22 años 121 de 168 no realizan ejercicios.</p> <p>De los 23 a los 46 años 12 de 21 no realizan</p>	<p>De los 15 a los 18 años 8 de 18 no lo realizan</p> <p>De los 19 a los 22 años 42 de 91 no hacen ejercicio.</p> <p>De los 23 a los 30 años 18 de 29 no realizan</p>	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	<p>Lo que se puede observar en esta área es que las mujeres se encuentran en un ALTO RIESGO por no llevar a cabo actividades físicas. Por lo cual tenderían a desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes. En lo que corresponde a los hombres en un MEDIANO RIESGO si continúan con esta dinámica de no realizar ejercicio tendrán a desarrollar algunas enfermedades crónicas degenerativas.</p> <p>En términos generales el área de condición física se encuentra en ALTO RIESGO para los grupos de edades. El único reactivo que está en BAJO RIESGO para las mujeres y MEDIANO RIESGO para los hombres es si utiliza escaleras en vez de elevadores.</p>
	<p>☐ Hace usted ejercicios de calentamiento y entrenamiento</p>	<p>De los 15 a los 18 años 54 de 70 no lo hace</p> <p>De los 19 a los 22 años 118 de 168 no lo hacen</p> <p>De los 23 a los 46 años 12 de 21 no lo hacen</p>	<p>De los 15 a los 18 años 11 de 18 no lo hace</p> <p>De los 19 a los 22 años 51 de 91 no hacen</p> <p>De los 23 a los 30 años 23 de 29 no lo hacen</p>	Alto Riesgo	Alto Riesgo	<p>En lo que se refiere a la realización de ejercicios de calentamiento se tiene que para ambos sexos se encuentra en ALTO RIESGO esto es congruente con lo que se refiere al cuestionamiento de si hace ejercicio donde se observa que las mujeres tienen un alto índice de no realizar ejercicios.</p>
	<p>☐ Tiene usted peso adecuado para su estatura y sexo</p>	<p>De los 15 a los 18 años 41 de 70 no tienen un peso adecuado</p> <p>De los 19 a los 22 años 96 de 168 no tienen un peso adecuado</p> <p>De los 23 a los 46 años 14 de 21 no tienen un peso adecuado</p>	<p>De los 15 a los 18 años 10 de 18 no tienen un peso adecuado</p> <p>De los 19 a los 22 años 49 de 91 no tienen un peso adecuado</p> <p>De los 23 a los 30 años 14 de 29 no tienen un peso adecuado</p>	Alto Riesgo	Alto Riesgo	<p>En lo que se refiere si tiene un peso adecuado para su estatura y sexo se tiene que para las mujeres este aspecto se encuentra en ALTO RIESGO para todas las diferentes edades, mientras que para los hombres de 15 a los 22 años se encuentra en ALTO RIESGO, para los de 23 a 30 años está en MEDIANO RIESGO.</p>
	<p>☐ En general está satisfecho con su condición física</p>	<p>De los 15 a los 18 años 35 de 70 no están satisfechas</p> <p>De los 19 a los 22 años 102 de 168 no están satisfechas</p> <p>De los 23 a los 46 años 12 de 21 no están satisfechas</p>	<p>De los 15 a los 18 años 8 de 18 no están satisfechos</p> <p>De los 19 a los 22 años 49 de 91 no están satisfechos</p> <p>De los 23 a los 30 años 14 de 29 no están satisfechos</p>	Alto Riesgo	Mediano Riesgo	<p>En lo relacionado si está satisfecho con su condición física se tiene en un ALTO RIESGO para las mujeres y MEDIANO RIESGO para los hombres. Esto indica que las mujeres de edad de 19 a 46 años no están satisfechas con su condición encontrándose en un ALTO RIESGO mientras que las de 15 a 18 años están en MEDIANO RIESGO. En comparación el hombre de 19 a 22 años está en ALTO RIESGO.</p>

	<p>Está usted satisfecho con su actual nivel de energía</p>	<p>De los 15 a los 18 años 39 de 70 no están satisfechas con su nivel de energía</p> <p>De los 19 a los 22 años 104 de 168 no están satisfechas con su nivel de energía</p> <p>De los 23 a los 46 años 16 de 21 no están satisfechas con su nivel de energía</p>	<p>De los 15 a los 18 años 8 de 18 No están satisfechas con su nivel de energía</p> <p>De los 19 a los 22 años 53 de 91 no están satisfechas con su nivel de energía</p> <p>De los 23 a los 30 años 12 de 29 no están satisfechas con su nivel de energía</p>	<p>Alto Riesgo</p>	<p>Mediano Riesgo</p>	<p>En lo que corresponde de si están satisfechos con su actual nivel de energía, se tiene que las mujeres se encuentran en un ALTO RIESGO y los hombres en MEDIANO RIESGO, algo que hay que resaltar es que la muestra que se encuentra en el rango de edad de los 19 a los 22 de los hombres se encuentra en un ALTO NIVEL esto se hace patente al momento de contratar los resultados que obtuvieron en el primer reactivo de esta área.</p>
	<p>Usa usted las escaleras en lugar de elevadores</p>	<p>De los 15 a los 18 años 14 de 70 no usa escaleras</p> <p>De los 19 a los 22 años 34 de 168 no usa escaleras</p> <p>De los 23 a los 46 años 5 de 21 no usa escaleras</p>	<p>De los 15 a los 18 años 6 de 18 no usa escaleras</p> <p>De los 19 a los 22 años 26 de 91 no usa escaleras</p> <p>De los 23 a los 30 años 7 de 29 no usa escaleras</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Mediano Riesgo</p>	<p>Con respecto a si usa escaleras en lugar de elevadores las mujeres prefieren las primeras en vez de elevador lo cual se encuentra un nivel de BAJO RIESGO mientras que los hombres se presentan en un MEDIANO RIESGO</p>

Anexos Tabla 2. Perfil de Historia Familiar de la muestra de estudiantes de la FES IZTACALA por edad y sexo.

Área	Factores de riesgo	Femenino	Masculino	Total		Condición estudiantil
		Edad	Edad	F	M	
Historia Familiar	<p>□ Tiene usted. Un abuelo haya tenido un ataque al corazón</p>	<p>De los 15 a los 18 años 5 de 70 si tienen un abuelo con ataque al corazón.</p> <p>De los 19 a los 22 años 20 de 168 si tienen un abuelo con ataque al corazón.</p> <p>De los 23 a los 46 años 6 de 21 si tienen un abuelo con ataque al corazón.</p>	<p>De los 15 a los 18 años 1 de 18 si tienen un abuelo con ataque al corazón.</p> <p>De los 19 a los 22 años 14 de 91 si tienen un abuelo con ataque al corazón.</p> <p>De los 23 a los 30 años 0 de 29</p>	Bajo Riesgo	Bajo Riesgo	De acuerdo, a los resultados obtenidos por el reactivo de si tiene un abuelo, tío o familiar que haya tenido un ataque al corazón se tiene que para ambas muestras estudiadas se encuentran un BAJO RIESGO .
	<p>□ Tiene usted un abuelo haya tenido presión sanguínea alta</p>	<p>De los 15 a los 18 años 25 de 70 si tienen un abuelo.</p> <p>De los 19 a los 22 años 86 de 168 si tienen un abuelo.</p> <p>De los 23 a los 46 años 8 de 21 si tienen un abuelo.</p>	<p>De los 15 a los 18 años 8 de 18 si tiene un abuelo.</p> <p>De los 19 a los 22 años 39 de 91 si tiene un abuelo.</p> <p>De los 23 a los 30 años 16 de 29 si tienen un abuelo.</p>	Mediano Riesgo	Mediano Riesgo	En lo referente al los antecedentes familiares si han tenido presión sanguínea alta. Se tiene que las mujeres se encuentran un MEDIANO RIESGO , ya que el rango de edad que va de los 19 a los 22 años se concentra una mayor incidencia de tener un familiar con este padeciendo. Mientras los hombres están en un MEDIANO RIESGO , teniendo al rango de edad de 23 a los 30 años en un ALTO RIESGO
	<p>□ Tiene usted un abuelo haya desarrollado diabetes</p>	<p>De los 15 a los 18 años 35 de 70 si tienen un abuelo con diabetes</p> <p>De los 19 a los 22 años 118 de 168 si tienen un abuelo con diabetes</p> <p>De los 23 a los 46 años 18 de 21 si tienen un abuelo con diabetes</p>	<p>De los 15 a los 18 años 11 de 18 si tienen un abuelo con diabetes</p> <p>De los 19 a los 22 años 52 de 91 si tienen un abuelo con diabetes</p> <p>De los 23 a los 30 años 21 de 29 si tienen un abuelo con diabetes</p>	Alto Riesgo	Alto Riesgo	A los resultados obtenidos para la pregunta de si tiene un abuelo, tío y/o familiar que haya desarrollado diabetes tiene que: las mueres se encenfran en una ALTO RIESGO en términos generales, para la población del rango de edad de los 15 a los 18 entra en un nivel de MEDIANO RIESGO , mientras que la muestra e estudiantes hombres está en un ALTO RIESGO para todos los rangos de edad.

<p>¬ Tiene usted un abuelo haya desarrollado glaucoma</p>	<p>De los 15 a los 18 años 4 de 70 si tienen un abuelo con glaucoma</p> <p>De los 19 a los 22 años 7 de 168 si tienen un abuelo con glaucoma</p> <p>De los 23 a los 46 años 0 de 21</p>	<p>De los 15 a los 18 años 1 de 18 si tiene un abuelo con glaucoma</p> <p>De los 19 a los 22 años 5 de 91 si tienen un abuelo con glaucoma</p> <p>De los 23 a los 30 años 2 de 29 si tienen un abuelo con glaucoma</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Los resultados de que si tiene un abuelo que, tío o familiar que haya desarrollo glaucoma se tiene que para ambas muestras estudiadas están en BAJO RIESGO.</p>
<p>¬ Tiene usted un abuelo haya desarrollado gota</p>	<p>De los 15 a los 18 años 8 de 70 si tiene un familiar con gota</p> <p>De los 19 a los 22 años 18 de 168 si tiene un familiar con gota</p> <p>De los 23 a los 46 años 2 de 21 si tiene un familiar con gota</p>	<p>De los 15 a los 18 años 2 de 18 si tiene un familiar con gota</p> <p>De los 19 a los 22 años 7 de 91 si tiene un familiar con gota</p> <p>De los 23 a los 30 años 2 de 29 si tiene un familiar con gota</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Asimismo, tiene que dentro de los resultados arrojados del reactivo si un familiar ha desarrollado la enfermedad de Gota se tienen que las mujeres se encuentra en BAJO RIESGO lo mismo los hombres BAJO RIESGO.</p>
<p>¬ Tiene Usted un abuelo... Haya desarrollado cáncer de mama</p>	<p>De los 15 a los 18 años 4 de 70 si tienen un familiar con cáncer de mama.</p> <p>De los 19 a los 22 años 20 de 168 si tienen un familiar con cáncer de mama.</p> <p>De los 23 a los 46 años 0 de 21</p>	<p>De los 15 a los 18 años 0 de 18</p> <p>De los 19 a los 22 años 7 de 91 si tienen n familiar con cáncer de mama.</p> <p>De los 23 a los 30 años 1 de 29 si tiene un familiar con cáncer de mama.</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Para el reactivo de su tienen un abuelo, tío, etc. Que haya desarrollo cáncer de mama, se tiene que para hombres y mujeres este factor se encuentra en BAJO RIESGO</p> <p>En General se tienen los siguientes resultados de la historia familiar de los estudiantes de la FES Iztacala se tiene que el tener un abuelo, tío, hermano que haya tenido un ataque al corazón, desarrollado glaucoma y gota esta en un BAJO RIESGO. Sin embargo, a los factores de si han tenido un abuelo, tío o hermano con Diabetes esta en ALTO RIESGO y la presión sanguínea alta se encuentra en MEDIANO RIESGO para las mujeres ya que en la edad de 19 a los 22 se encuentran que en ALTO RIESGO y es donde se concentra la mayor parte de muestra estudiantil. Mientras el sexo masculino esta en MEDIANO RIESGO.</p>

Anexos Tabla 3. Perfil de Autocuidado y cuidado médico de la muestra de estudiantes de la FES IZTACALA por edad y sexo.

Área	Factores de riesgo	Femenino	Masculino	Total		Condición estudiantil
		Edad	Edad	F	M	
Autocuidado y Cuidado Médico	Se lava los dientes diariamente	De los 15 a los 18 años 0 de 70 De los 19 a los 22 años 0 de 168 De los 23 a los 46 años 0 de 21	De los 15 a los 18 años 1 de 18 no se lava los dientes De los 19 a los 22 años 1 de 91 no se lava los dientes De los 23 a los 30 años 0 de 29	Bajo Riesgo	Bajo Riesgo	De acuerdo a los resultados presentados de la pregunta si se lava los dientes diariamente se tiene que tanto que hombre como las mujeres este factor se encuentra en BAJO RIESGO .
	Se efectúa un chequeo dental	De los 15 a los 18 años 35 de 70 no se hacen chequeo dental De los 19 a los 22 años 48 de 168 no se hacen chequeo dental De los 23 a los 46 años 6 de 21 no se hacen chequeo dental	De los 15 a los 18 años 8 de 18 no se hacen chequeo dental De los 19 a los 22 años 40 de 91 no se hacen chequeo dental De los 23 a los 30 años 9 de 29 no se hacen chequeo dental	Mediano riesgo	Mediano Riesgo	Por el contrario los resultados que arroja el reactivo de si se efectúa un chequeo dental se tiene que para hombres y mujeres están en un rango de MEDIANO RIESGO .
	Usa bloqueadores solares	De los 15 a los 18 años 47 de 70 no utiliza bloqueador De los 19 a los 22 años 76 de 168 no utilizan bloqueador De los 23 a los 46 años 12 de 21 no utilizan bloqueador	De los 15 a los 18 años 12 de 18 no utilizan De los 19 a los 22 años 60 de 91 no utiliza bloqueador De los 23 a los 30 años 19 de 29 no utilizan bloqueador	Mediano Riesgo	Alto Riesgo	Con lo que respecta al reactivo de que si usa bloqueadores solares se tiene que las mujeres se encuentra en MEDIANO RIESGO pero marcado en rojo. Este señalamiento se hace a partir de que el grupo de 15-18 y 23-46 están en ALTO RIESGO lo cual demuestra que no usa. Mientras los hombres su nivel de ALTO RIESGO .

<p>↯ Para mujeres, se examina las mamas</p>	<p>De los 15 a los 18 años 34 de 70 no se examinan las mamas</p> <p>De los 19 a los 22 años 56 de 168 no se examinan las mamas</p> <p>De los 23 a los 46 años 6 de 21 no se examinan las mamas</p>	<p>De los 15 a los 18 años</p> <p>De los 19 a los 22 años</p> <p>De los 23 a los 30 años</p>	<p>Mediano Riesgo</p>		<p>A la pregunta exclusiva para mujeres de que si se examina las mamas se obtiene que esta muestra estudiada esta en un nivel de MEDIANO RIESGO</p>
<p>↯ Para hombres, se examina los testículos</p>	<p>De los 15 a los 18 años</p> <p>De los 19 a los 22 años</p> <p>De los 23 a los 46 años</p>	<p>De los 15 a los 18 años 10 de 18 no se examinan los testículos</p> <p>De los 19 a los 22 años 37 de 91 no se examinan los testículos</p> <p>De los 23 a los 30 años 11 de 29 no se examinan los testículos</p>	<p>Mediano Riesgo</p>	<p>Mediano Riesgo</p>	<p>Asimismo, al reactivo que es exclusivo para los hombres se tiene que están en un MEDIANO RIESGO, lo que significa, que algunos de ellos se examinan su testículos, hay un dato importante que es que el grupo de edad que se encuentra de los 15 a los 18 años están en un ALTOR RIESGO, lo cual que la mayoría de estos estudiantes no se hacen una revisión de sus testículos.</p>
<p>↯ Sabe usualmente qué hacer en caso de enfermedad</p>	<p>De los 15 a los 18 años 30 de 70 no saben que hacer en caso de enfermedad</p> <p>De los 19 a los 22 años 51 de 168 no saben que hacer en caso de enfermedad</p> <p>De los 23 a los 46 años 2 de 21 no saben que hacer en caso de enfermedad</p>	<p>De los 15 a los 18 años 1 de 18 no sabe que hacer en caso de enfermedad</p> <p>De los 19 a los 22 años 18 de 91 no saben que hacer en caso de enfermedad</p> <p>De los 23 a los 30 años 5 de 29 no saben que hacer en caso de enfermedad</p>	<p>Mediano Riesgo</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Los resultados arrojados por el cuestionamiento de si saben que hacer en caso de enfermedad, se tiene que las mujeres se encuentran en un MEDIANO RIESGO, en términos generales, particularizando el grupo de edad que va de 23 a los 46 están en un BAJO RIESGO. En ese mismo nivel de riesgo se encuentran los hombres.</p>
<p>↯ Evita los rayos X innecesarios</p>	<p>De los 15 a los 18 años 21 de 70 no evitan los rayos X</p> <p>De los 19 a los 22 años 37 de 168 no evitan los rayos X</p> <p>De los 23 a los 46 años 2 de 21 no evitan los rayos X</p>	<p>De los 15 a los 18 años 4 de 18 no evitan los rayos X</p> <p>De los 19 a los 22 años 19 de 91 no evitan los rayos X</p> <p>De los 23 a los 30 años 4 de 29 no evitan los rayos X</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Bajo Riesgo</p>	<p>Tanto para las mujeres y los hombres de la muestra de estudiantes de la FES Iztacala se encuentran en un BAJO RIESGO</p>

	<p>☐ Duerme lo suficiente normalmente</p>	<p>De los 15 a los 18 años 36 de 70 no duermen lo suficiente</p> <p>De los 19 a los 22 años 101 de 168 no duermen lo suficiente</p> <p>De los 23 a los 46 años 15 de 21 no duermen lo suficiente</p>	<p>De los 15 a los 18 años 8 de 18 no duermen lo suficiente</p> <p>De los 19 a los 22 años 71 de 91 no duermen lo suficiente</p> <p>De los 23 a los 30 años 18 de 29 no duermen lo suficiente</p>	<p>Alto Riesgo</p>	<p>Alto Riesgo</p>	<p>El sueño es un factor importante en el que se puede observar la calidad de vida del sujeto, ya que en el sueño se involucran los órganos del riñón e hígado, dejando ver que si la persona no lo hace de manera adecuada habrá que revisar su estado de estrés emocional, o sus áreas de familia, trabajo o escuela. En esta parte se observa como la muestra se encuentra dentro de niveles de alto riesgo y lo hace proclive a desarrollar en conjunto con otros factores alguna patología. El desgaste en el que se encuentra el cuerpo en una condición como esta lo hace más susceptible y campo optimo para las enfermedades oportunistas. Hay quien dice que así como esta el sueño esta la vida, de esta manera hay que hacer una revisión de los contextos en los que se desarrolla y una meticulosa observación en las habilidades de afrontamiento, que se vinculan directamente con el estrés, seguramente los niveles de estrés serán representativos en relación con este dato.</p>
	<p>☐ Se ha medido su presión sanguínea en el último año</p>	<p>De los 15 a los 18 años 13 de 70 no se han medido la presión sanguínea</p> <p>De los 19 a los 22 años 62 de 168 no se han medido la presión sanguínea</p> <p>De los 23 a los 46 años 7 de 21 no se han medido la presión sanguínea</p>	<p>De los 15 a los 18 años 6 de 18 no se han medido la presión sanguínea</p> <p>De los 19 a los 22 años 32 de 91 no se han medido la presión sanguínea</p> <p>De los 23 a los 30 años 13 de 29 no se han medido la presión sanguínea</p>	<p>Mediano Riesgo</p>	<p>Mediano Riesgo</p>	<p>Los jóvenes de la muestra no han insertado en su vida la prevención. Este dato nos muestra como es necesario cambiar los modelos con los cuales nos apropiamos y vivimos el cuerpo y la existencia. Este aspecto también haría pensar en los elementos con los que contamos a cuatro alrededor para hacer uso y cambiar o concienciar en este sentido. La cuestión tecnológica debería estar más al servicio y alcance.</p>
	<p>☐ Para mujeres, Se ha hecho una prueba citológica</p>	<p>De los 15 a los 18 años 57 de 70 no han realizado una prueba citológica</p> <p>De los 19 a los 22 años 148 de 168 no han realizado una prueba citológica</p> <p>De los 23 a los 46 años 16 de 21 no han realizado una prueba citológica</p>	<p>De los 15 a los 18 años</p> <p>De los 19 a los 22 años</p> <p>De los 23 a los 30 años</p>	<p>Alto Riesgo</p>		<p>Dentro de la pregunta exclusiva para mujeres si se ha hecho una prueba de citología se encuentran en alto riesgo. Al igual que el ítem anterior deja ver una cultura del desconocimiento.</p>

1. Folio _____

PROYECTO DE PSICOLOGÍA SOCIAL Y SALUD CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

El propósito de la siguiente encuesta es hacer un diagnóstico psicosocial de salud de los distintos sectores: estudiantes, trabajadores(as) y profesores(as) que integran la ENEP Iztacala. La salud de las comunidades en las que participamos es muy importante pues la de cada uno(a) está entrelazada ahí, por ello la participación de todos(as) es fundamental. La encuesta es anónima, lo cual garantiza la confidencialidad de sus respuestas. Por favor lea con atención las preguntas y contéstelas **TODAS** con absoluta sinceridad.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

Por favor marque con una "x" o escriba el dato que se le pide en la línea.

Datos Demográficos:	
2. Sexo: M F	3. Edad: _____
4. Estado civil: Soltero(a)____, Casado(a)____, Unión Libre____, Viudo(a)____, Divorciado(a)____, Otro: _____	
5. ¿Actualmente tienes pareja? Sí No	6. Sí tiene pareja ¿Cuántos años llevan juntos?: _____
7. ¿Tiene hijos?: Sí No	8. Sí tiene hijos ¿Cuántos tiene?: _____
9. Nivel de estudios terminados: Primaria____ Secundaria____ Bachillerato/Técnico____ Licenciatura__ Postgrado__ Otro: _____	

Características de su condición laboral:			
10. Ocupación en la ENEP Iztacala	11. Turno	12. Contratación	13. Carrera o depto.
<input type="checkbox"/> Trabajador <input type="checkbox"/> Académico/investigador <input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Matutino <input type="checkbox"/> Vespertino <input type="checkbox"/> Mixto	<input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Interino <input type="checkbox"/> Honorarios <input type="checkbox"/> Definitividad	_____ _____ _____
14. En su trabajo o estudio se siente: Insatisfecho(a)____ Poco satisfecho(a)____ Satisfecho(a)____ Muy satisfecho(a)____			

Estilo de Vida:	
	16. Cómo le gustaría distribuir su tiempo según las actividades que le gustaría realizar.
15. Indique porcentualmente cómo distribuye su tiempo semanal según las actividades que realiza. (Recuerde que el total es 100%)	
Actividades	Porcentaje
Dormir/Descanso	0 5 10 15 20 25 30 35 40
Comidas y aseo personal	0 5 10 15 20 25 30 35 40
Trabajo	0 5 10 15 20 25 30 35 40
Transportación/Traslados	0 5 10 15 20 25 30 35 40
Convivencia Familiar	0 5 10 15 20 25 30 35 40

Estudio	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
Ejercicio/ Deporte	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
Cultura/ Museos/ Arte/ Bibliotecas	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
Recreación y Esparcimiento/ amigos/ Lectura/ Cine/ Teatro/ Reuniones/ Paseos	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
Televisión/ Radio/ Periódico	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
Computadora/ Internet/ E-mail	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
Labores del hogar	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
Otra(s)	0	5	10	15	20	25	30	35	40	0	5	10	15	20	25	30	35	40	
	Total _____										Total _____								

17. ¿Cómo se ha sentido en su salud en los últimos dos meses?:

Muy mal__ Mal__ Bien__ Muy bien__

18. ¿Padece alguna enfermedad crónica? Sí__ No__

19. En caso de que alguna padezca ¿Cuál(es)? _____

20. Enfermó en los últimos 6 meses Sí__ No__

21. En caso de haber enfermado ¿Cuál fue el padecimiento? _____

22. Buscó atención médica Sí__ No__

23. ¿En dónde se atendió?: IMSS__ ISSSTE__ SSA __ ENEP-I__ Médico Privado__

Otro: _____

24. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses? Sí__ No__

25. En caso de haber sido hospitalizado ¿Por qué motivo? _____

26. ¿Ha acudido a algún grupo de apoyo por problemas de Salud, Psicológicos, Sociales y/o Legales en los últimos 12 meses? Sí__ No__

27. Sí acudió ¿A cuál? _____

SIGNIFICADO Y CREENCIAS EN SALUD

De las Sigüientes afirmaciones marque con una cruz, aquellas en las que **esté más de acuerdo**.

1.	Disfrutar cuando estoy con mi familia y mis amigos	
2.	Vivir muchos años	
3.	Ser capaz de correr para alcanzar un autobús sin que se me acabe el aire	
4.	Casi nunca tomar pastillas ni medicamentos	
5.	Tener el peso ideal conforme a mi estatura	
6.	Tomar parte en muchos juegos o deportes	
7.	Tener la piel limpia, la mirada viva y el cabello sedoso	
8.	Nunca padecer de nada que no sea un leve resfriado o un dolor de estómago	
9.	Ser capaz de adaptarme fácilmente a los cambios de la vida: por ejemplo, casarme, ser padre, cambiar de trabajo	
10.	Sentir la alegría de vivir, cuando me levanto	
11.	Ser capaz de tocar con los dedos las puntas de mis pies, sin flexionar las rodillas, o corre un kilómetro en 10 minutos.	

12.	Disfrutar mi trabajo y ser capaz de realizarlo sin demasiada tensión y esfuerzo	
13.	Tener cada parte de mi cuerpo en perfecto estado para trabajar	
14.	Comer el alimento “adecuado”	
15.	Disfrutar de alguna forma de relajación o distracción	
16.	Nunca fumar	
17.	Casi nunca ir con el médico	
18.	Beber sólo en cantidades moderadas	

EVALUACIÓN DE APOYO SOCIAL

Instrucciones: marque con una "X" la respuesta que usted considera adecuada a las situaciones presentadas a continuación. **Cada situación tiene dos preguntas.**

1. La riña o el problema que ha tenido en su trabajo:

- I) ¿A cuántas personas se lo cuenta?
 a) ninguna b) una c) dos o tres d) cuatro o más
- II) ¿A cuántas personas le gustaría poder contárselo?
 a) ninguna b) una c) dos o tres d) cuatro o más

2. Los favores como prestar alimentos, herramientas, utensilios de casa, cuidar niños, etc:

- I) ¿A cuántas personas se los hace?
 a) ninguna b) una c) dos o tres d) cuatro o más
- II) ¿A cuántas le gustaría poder hacérselos?
 a) ninguna b) una c) dos o tres d) cuatro o más

3. Los amigos o miembros de su familia le visitan en su casa:

- I) ¿Con qué frecuencia lo hacen?
 a) raramente b) una vez al mes c) varias veces al mes d) una vez a la semana o más
- II) ¿Con qué frecuencia le gustaría que lo hicieran?
 a) raramente b) una vez al mes c) varias veces al mes d) una vez a la semana o más

4. Sus problemas personales:

- I) ¿A cuántos amigos o familiares se los cuenta?
 a) ninguno b) uno o dos c) tres a cinco d) seis o más
- II) ¿A cuántos le gustaría poder contárselo?
 a) ninguno b) uno o dos c) tres a cinco d) seis o más

5. El participar en grupos sociales de su comunidad o en deportes:

- I) ¿Con qué frecuencia lo hace?
 a) raramente b) una vez al mes c) varias veces al mes d) una vez a la semana o más
- II) ¿Con qué frecuencia le gustaría poder hacerlo?
 a) raramente b) una vez al mes c) varias veces al mes d) una vez a la semana o más

6. ¿Tiene esposo (a) o compañero (a)?

- a) No b) varios compañeros distintos c) un compañero permanente d) casado o vive con alguien

EVALUACIÓN DEL ESTRÉS

Instrucciones: Marque con una “X” aquellos acontecimientos que haya experimentado o le hayan preocupado en los últimos doce meses.

- () 1. Sufrir heridas graves o padecer alguna enfermedad.
- () 2. Problemas emocionales con las drogas o el alcohol.
- () 3. Matrimonio.
- () 4. Muerte de un familiar o amigo íntimo.
- () 5. Problemas con sus amigos o sus vecinos.
- () 6. Exámenes.
- () 7. Aborto.
- () 8. Dificultades sexuales.
- () 9. Situación de violencia física.
- () 10. Problema legal grave.
- () 11. Complicación en alguna pelea.
- () 12. Pérdida de trabajo o retiro laboral.
- () 13. Compra o venta de alguna casa o departamento.
- () 14. Ascenso en el trabajo o en el sueldo.
- () 15. Problemas con compañeros de trabajo.
- () 16. Problemas con su jefe.
- () 17. Muerte de su cónyuge (marido o mujer).
- () 18. Divorcio.
- () 19. Separación o reconciliación.
- () 20. Discusiones familiares o problemas con la familia política.
- () 21. Ida o retorno a casa de sus hijos o familiares.
- () 22. Parientes que se han trasladado a su casa a vivir.
- () 23. Embarazo o nacimiento en la familia.
- () 24. Traslado a una nueva casa.
- () 25. Dificultades en la educación de sus hijos.
- () 26. Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia.
- () 27. Gastos excesivos para vacaciones.

DIAGNÓSTICO PARA LA MEDICIÓN DE RIESGOS Y ENFERMEDADES

El presente cuestionario está diseñado para aumentar su conocimiento y su conciencia de su estado general de salud y para resaltar áreas potenciales de preocupación, sobre todo en riesgos y enfermedades. Le muestra las áreas de su estilo de vida donde usted tiene hábitos saludables y donde debe mejorarlos. Usted debe mantener en mente que, aunque hay riesgos para la salud asociados con la edad, el sexo y la herencia que están fuera de su control, hay muchos otros que sí pueden modificar o controlar, tales como el ejercicio, la dieta, la obesidad, los niveles sanguíneos de colesterol, el uso de tabaco, etcétera.

Instrucciones: marque con una X la respuesta que más se adecue a su vida personal. **POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.**

SECCIÓN 1. CONDICIÓN FÍSICA		1	2
1	¿Hace usted ejercicio o juega algún deporte durante al menos treinta minutos, tres o más veces a la semana?	SÍ	NO
2	¿Hace usted ejercicios de calentamiento y entrenamiento antes y después de hacer ejercicios?	SÍ	NO
3	¿Tiene usted el peso adecuado para su estatura y sexo?	SÍ	NO
4	En general, ¿está usted satisfecho con su condición física?	SÍ	NO
5	¿Está usted satisfecho con su actual nivel de energía?	SÍ	NO
6	¿Usa usted las escaleras, en lugar de elevadores, cada vez que sea posible?	SÍ	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA: _____

SECCIÓN 2. HISTORIA FAMILIAR		1	2
¿Tiene usted un abuelo, padre, tío (a), hermano (a), que:			
1	Haya tenido un ataque al corazón antes de los 40 años de edad?	NO	SÍ
2	Haya tenido presión sanguínea alta requiriendo tratamiento?	NO	SÍ
3	Haya desarrollado diabetes?	NO	SÍ
4	Haya desarrollado glaucoma?	NO	SÍ
5	Haya desarrollado gota?	NO	SÍ
6	Haya desarrollado cáncer de mama?	NO	SÍ

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA _____

SECCIÓN 3. AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO		1	2
1	¿Se lava usted los dientes diariamente?	SÍ	NO
2	¿Se efectúa usted un chequeo dental, por lo menos una vez al año?	SÍ	NO
3	¿Usa usted bloqueadores solares regularmente y evita las exposiciones prolongadas al sol?	SÍ	NO
4	PARA MUJERES ¿Se examina usted las mamas en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	SÍ	NO
5	PARA HOMBRES ¿Se examina usted los testículos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes?	SÍ	NO
6	¿Sabe usted usualmente qué hacer en caso de enfermedad o accidente?	SÍ	NO
7	¿Evita usted los rayos X innecesarios?	SÍ	NO
8	¿Duerme usted lo suficiente normalmente?	SÍ	NO
9	¿Se ha medido su presión sanguínea en el último año?	SÍ	NO
10	PARA MUJERES ¿Se ha hecho una prueba citológica en los dos últimos años?	SÍ	NO
11	SÍ usted es mayor de 40 años, ¿se ha hecho un examen de glaucoma en los últimos cuatro años?	SÍ	NO

5	¿Se siente usted satisfecho al corresponder las actividades recreativas que realiza con sus valores y motivaciones?	SÍ	NO
6	¿Tiene usted dificultad para aceptar los valores, actitudes y estilos de vida de otras personas diferentes a usted?	NO	SÍ
7	¿Está usted satisfecho con su vida espiritual?	SÍ	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA _____

SECCIÓN 8. ESTRÉS Y APOYO SOCIAL		1	2
1	¿Se siente usted satisfecho con la cantidad de estímulos en su vida?	SÍ	NO
2	¿Es fácil para usted reírse?	SÍ	NO
3	¿Reprime sus sentimientos de disgusto sin expresarlos?	NO	SÍ
4	¿Puede usted tomar decisiones con un mínimo de atención y frustración?	SÍ	NO
5	¿Incluye usted en su rutina diaria un tiempo para relajarse?	SÍ	NO
6	¿Se prepara usted para eventos desagradables que puedan producirle estrés?	SÍ	NO
7	¿Ha tenido que hacer reajustes importantes en su hogar o en el trabajo en el pasado reciente?	NO	SÍ
8	¿Ha tenido usted algún familiar o amigo muerto, herido o gravemente enfermo en los últimos tiempos?	NO	SÍ
9	¿Tiene usted sentimientos de culpa o autocastigo por algo que le preocupa mucho?	NO	SÍ
10	¿Ha cambiado sus hábitos de comer y dormir por alguna situación de estrés o algún incidente en el pasado reciente?	NO	SÍ
11	¿Puede dormir frecuentemente sin despertarse en toda la noche?	SÍ	NO
12	¿Se despierta usted descansado?	SÍ	NO
13	¿Tiene usted una o más personas con las que pueda conversar problemas íntimos y personales?	SÍ	NO
14	¿Se siente usted respetado y admirado por los demás?	SÍ	NO
15	¿Tiene usted alguien a quien pueda pedir ayuda económica en calidad de préstamo SÍ fuera necesario?	SÍ	NO
16	¿Está usted satisfecho con el apoyo que brinda a los demás?	SÍ	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA _____

SECCIÓN 9. MEDIO AMBIENTE		1	2
1	¿Vive o trabaja en un medio ambiente de contaminación, de aire y de ruido?	NO	SÍ
2	¿Esta usted expuesto a menudo a cloruro de vinilo, asbesto u otras toxinas?	NO	SÍ
3	¿Ha extrañado usted su trabajo cuando lo ha dejado por alguna enfermedad o siente nostalgia por regresar a él?	NO	SÍ
4	¿Permanece sentado por periodos de una hora o más tiempo?	NO	SÍ
5	¿Se siente usted satisfecho con sus habilidades para realizar sus actividades de trabajo?	SÍ	NO
6	¿Cree usted que recibe justa y adecuadamente el reconocimiento por las actividades que realiza?	SÍ	NO
7	¿Está usted satisfecho con la flexibilidad del tiempo entre sus actividades de trabajo y el tiempo libre?	SÍ	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA _____

SECCIÓN 10. SEXUALIDAD		1	2
1	¿Está usted satisfecho con su actividad sexual?	SÍ	NO
2	¿Está usted satisfecho con sus relaciones sexuales?	SÍ	NO
3	¿Se siente satisfecho con usar (o no usar) anticonceptivos?	SÍ	NO
4	¿Se siente usted satisfecho al realizar (o no realizar) prácticas sexuales protegidas o seguras?	SÍ	NO

INDIQUE EL NÚMERO DE RESPUESTAS EN CADA COLUMNA _____

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL DIAGNÓSTICO

Para cada sección del diagnóstico, escriba en los espacios el número de respuestas que usted marcó en la columna izquierda del mismo.

No. de la Sección	Nombre de la Sección	No. de respuesta en la columna izquierda
1.	CONDICIÓN FÍSICA	
2.	HISTORIA FAMILIAR	
3.	AUTOCAUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	
4.	HÁBITOS ALIMENTICIOS	
5.	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS	
6.	ACCIDENTES	
7.	VALORES, ESFERA INTELECTUAL Y ESPIRITUAL	
8.	ESTRÉS Y APOYO SOCIAL	
9.	MEDIO AMBIENTE	
10.	SEXUALIDAD	