



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA
DESARROLLAR CONDUCTAS PROTECTORAS DE LA
SALUD EN ESTUDIANTES CON HIPERTESIÓN**

**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
C E C I L I A M A R T Í N E Z C A B A Ñ A S**

Directora: **Mtra. Norma Yolanda Rodríguez Soriano**

Dictaminadores: **Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña**

Mtra. Margarita Chávez Becerra



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Resumen

Introducción	1
---------------------	---

CAPITULO 1

PSICOLOGÍA Y SALUD	2
---------------------------	---

1.1 Dimensión psicológica en el campo de la salud	2
1.2 Ámbito psicológico de la salud	3
1.3 Descripción del Modelo Psicológico de la Salud	7
1.4 Funciones del psicólogo en el ámbito de la salud	12
1.5 Psicología comunitaria	15

CAPÍTULO 2

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.1.1 Concepto	17
2.1.2. Etiología	18
2.1.3. Clasificación	21

2.2 Hipertensión Arterial

2.2.1. Definición	23
2.2.2 Etiología	24
2.2.3. Clasificación	26
2.2.4. Diagnóstico y tratamiento médico	26
2.2.5. Epidemiología	31
2.2.6 Evaluación y tratamiento psicológico	32

2.3 Dimensión psicológica de una alteración crónica de la salud

“Hipertensión Arterial”

2.3.1. Dimensión psicológica de la salud	36
2.3.2 Estilo y Calidad de vida	38
2.3.3. Percepción de riesgo y creencias de salud	39
2.3.4. Hábitos alimenticios	42
2.3.5. Ejercicio físico	43
2.3.6. Redes sociales	44

CAPITULO 3

MODELOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD	46
3.1 Definiciones referentes a la intervención comunitaria	46
3.2. El papel del psicólogo en comunidades	50
3.3. Problemáticas en la investigación e intervención comunitaria en salud	52
3.4. Características a considerar en la Prevención y Promoción de Salud a nivel comunitario	53
3.5. Modelos de Intervención comunitaria	57
3.5.1. Preceder- Proceder	57
3.5.2. Modelo Transteórico o Modelo de Cambio por etapas	61
3.5.3. Modelo de Marketing Social	63
3.5.4. Modelo de Diversidad Cultural	65

CAPITULO 4

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA	69
4.1 Titulo	69
4.2 Nombre del Responsable	69
4.3 Presentación	69
4.4 Área o Dependencia	71
4.5 Descripción del Proyecto Específico	71
4.6 Objetivo	74
4.7 Tiempo	74
4.8 Diagnostico	74
4.9 Estrategias de Evaluación	76
4.10 Recursos Disponibles	81
4.11 Indicadores de Rendimiento	81
4.12 Articulación del Plan	81

CONCLUSIONES	82
---------------------	-----------

REFERENCIAS	84
--------------------	-----------

ANEXO	90
--------------	-----------

RESUMEN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que provoca alteraciones sistémicas en el organismo de quien la padece y pone en riesgo su vida, es consecuencia de la combinación de factores psicológicos, ambientales, culturales y biológicos. Entre los factores culturales está el estilo de vida caracterizada por una abundante dieta en grasa, sedentarismo, tabaquismo, ingesta de alcohol, alta consumo de sal, estrés y ansiedad, como consecuente de estas acciones en los estudiantes es más probable que repercuta en un bajo rendimiento académico. Tiene la posibilidad de ser modificado siempre y cuando se acuda a servicios e instituciones de atención profesional.

Actualmente la incidencia y prevalencia de hipertensión aumenta entre los jóvenes universitarios, que no tienen la cultura del cuidado de su salud ni de acercarse a los servicios de salud que se implementan en su beneficio.

Desde el punto de vista psicológico, en el ámbito de la salud existe una problemática que consiste en trasladar el conocimiento teórico a la práctica, es decir, la mayoría de los reportes psicológicos en pro de la salud tienen el objetivo de investigar, analizar y discutir factores involucrados pero no están dirigidos a la intervención comunitaria en promoción y difusión de la salud. La importancia de diseñar programas de intervención radica en la creación de metodologías que fundamenten y den continuidad a investigaciones acerca de los diferentes factores de riesgo o de protección para desarrollar una enfermedad como lo es la hipertensión arterial.

Por tanto, el objetivo de esta propuesta es diseñar un programa de intervención con impacto institucional, que sensibilice a los estudiantes con hipertensión para desarrollar acciones dirigidas a la promoción de su salud. Este programa consistió en una primera etapa de evaluación multinivel (alumno, facultad, y entorno municipal) a partir de la cual se propuso el diseño de la intervención comunitaria con base a 4 modelos y por último la planeación estratégica para establecer los programas prioritarios y las líneas de acción.

La propuesta de intervención comunitaria pretende modificar la conducta individual de los alumnos incidiendo en dos niveles, el primero de ellos está enfocado a brindar información y el segundo es referente a la activación de los alumnos que padecen hipertensión para que tomen un papel activo en el fomento de conductas protectoras.

Se espera que la instrumentación de la propuesta se lleve a cabo mediante la red de comunicación efectiva que también está en proceso de construcción. Pretende observarse el impacto del programa en la modificación del estilo de vida y la mejora del rendimiento académico de los alumnos que padecen hipertensión.

INTRODUCCIÓN.

En el capítulo uno se mencionan los antecedentes de la psicología en el ámbito de la salud, que han facilitado el conocimiento e identificación de ciertas conductas que la perjudican, es por ello que en primera instancia se ubica la dimensión psicológica en el campo de la salud, desde el marco teórico propuesto por Ribes (1990).

En el capítulo dos se describen datos estadísticos en México que reportan tanto mortalidad como incidencia y prevalencia de enfermedad crónica degenerativa, en específico la hipertensión arterial, que se presenta cada vez con mayor frecuencia en personas jóvenes quienes pueden ver deteriorada su calidad de vida, se describen conceptos etiología y clasificación de enfermedades crónicas degenerativas entre ellas la hipertensión arterial, así como su diagnóstico y tratamiento médico y psicológico, el estilo y calidad de vida de estas personas que padecen esta enfermedad, y se describen algunas de las creencias protectoras y de riesgo que presentan los estudiantes universitarios.

En el capítulo tres se describen las diferentes áreas profesionales de trabajo que desempeña el psicólogo en comunidades, conceptos clave referente a la comunidad, psicología de la salud, promoción y difusión de la salud, intervención comunitaria y políticas públicas en salud, se describen también los diferentes modelos de intervención comunitaria que sirven como antecedentes para desarrollar la propuesta que se describe en el capítulo siguiente.

En el capítulo cuatro se desarrolló el programa de acuerdo a diferentes fases de intervención: información, activación y canalización, todas ellas diseñadas a partir de la evaluación del perfil psicológico y social de los alumnos, así como las condiciones de la institución, los programas de desarrollo social y de salud a nivel municipal, identificados durante la fase de evaluación, se describe la propuesta de intervención comunitaria, sus objetivos, la dependencia, el diagnóstico, los instrumentos de evaluación, los recursos disponibles, el tiempo y los indicadores de rendimiento.

CAPITULO 1

PSICOLOGÍA Y SALUD

1.1 Dimensión psicológica en el campo de la salud.

Las enfermedades han sido uno de los problemas mas graves que han aquejado a la humanidad; desde sus inicios, las enfermedades infecciosas cobraron un gran número de vidas, aunque posteriormente la situación fue cambiando con el desarrollo del conocimiento e investigación de la medicina, ciencia que se ocupó de impulsar los tratamientos para combatir problemas de salud.

En la actualidad se han presentado nuevas enfermedades que tienen como origen factores distintos de la disfunción biológica de origen hereditario, metabólico o estructural; puesto que son el resultado de la combinación de diferentes comportamientos inadecuados, que el ser humano practica en su vida cotidiana. Como ejemplo de ellos se pueden mencionar los malos hábitos alimenticios, sedentarismo, así como consumo de alcohol y tabaco; estas conductas a largo plazo ponen en riesgo la salud, y en consecuencia, la calidad de vida.

Es así que la efectividad del ser humano para interactuar con su medio ambiente, es la clave para prevenir prácticas inadecuadas y evitar el desarrollo de padecimientos crónicos degenerativos, como la hipertensión, la cual se aborda con mayor detalle en el siguiente capítulo. Los padecimientos crónicos ameritan la participación de otras ciencias, en este caso se describen las aportaciones del conocimiento en base al modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990).

Tanto el conocimiento de la psicología como de la medicina se pueden emplear en conjunto con otras ciencias de manera multidisciplinaria en la prevención, tratamiento e investigación de estos padecimientos, para encontrarles solución a los actuales problema de salud.

1.2 Ámbito psicológico de la salud.

El presente capítulo pretende explicar la importancia de la psicología en el ámbito de la salud y delimitar su estudio para evitar apropiarse de los campos de estudio de otras disciplinas, con tal de cubrir la alta demanda de resolver los problemas sociales.

Rodríguez (2002 p. 13) menciona que para comenzar a delimitar el campo de la psicología en el ámbito de la salud es conveniente tener un modelo teórico: *“... el modelo teórico es, por un lado, el que genera los conocimientos que se van a aplicar, y por otro lado, al contener una definición precisa del objeto de estudio de modo tal que no se traslape con los objetos de otras disciplinas, el que permite definir la dimensión psicológica de los distintos problemas humanos”* así mismo considera que *“... el conocimiento científico debe ser adaptado mediante un procedimiento de elaboración metodológica sintética, en el sentido que es resultado de un procedimiento de revisión del conocimiento genérico a las relaciones concretas y singulares de los eventos. Dicho procedimiento requiere, en principio, de una teoría general de la conducta, en segundo lugar de una teoría específica de la conducta humana y en tercer lugar de la creación de modelos adecuados a las diversas características de los sectores específicos de incidencia profesional.*

Piña (2006 p.1) reafirma la necesidad de tener un modelo teórico y comenta: *“ Éste debe contribuir, primero, a delimitar con precisión qué es lo psicológico y cuáles son las categorías analíticas que permitirán su correcta interpretación; segundo, procurar su evaluación sistemática, en estricta armonía con las medidas biológicas y sociales pertinentes a la salud y la enfermedad.”*

A través de la historia han existido diferentes modelos con enfoque en la conducta, que han tratado de explicar la causa de las enfermedades del ser humano; en sus inicios el estudio de la salud era descrito bajo el modelo médico-biológico, el cual expresaba que la persona era propensa a contraer enfermedades por causas fuera de su control quedando el cuerpo indefenso

arriesgándose a enfermar; otro de los modelos que ha estudiado la salud es el modelo sociocultural, el cual explica, que existen semejanzas entre las condiciones de vida dentro de un entorno físico y contextos socioculturales (prácticas y costumbres) que están relacionadas con la salud biológica del individuo. Ribes (1990).

Ribes (1990 p. 17) indica: *“... la viabilidad de ambos modelos para plantear prácticas efectivas de prevención, curación y rehabilitación, depende de que, constituyendo concepciones con un rango de generalidad empírica de nivel muy distinto, pueden intersectarse a lo largo de un eje mutuamente vinculador. Este eje no es otro que el representado por el comportamiento, entendido como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales.”*

“... Todo ser humano, como organismo biológico solo puede concebirse y entenderse desde la perspectiva de su actividad y práctica integrales como individuo. El organismo es un todo biológico estructurado con base a su herencia y experiencia individuales frente a un medio que le es característico.”

Así mismo explica que: *“... el análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado de salud-enfermedad de un individuo particular, constituye en realidad la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno y su estado continuo entre salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente.*

De este modo Rodríguez (2002 p. 14), comparte este supuesto en donde: *“...lo psicológico se refiere a un objeto conceptualmente definido concretamente, a la interacción de organismos individuales e intactos con elementos específicos de su medio ambiente.”* Esta autora declara que: *“... la psicología se debe de ocupar solamente del comportamiento, esto es, de todos aquellos elementos que forman parte de la unidad de análisis y que influyen para que el sujeto en particular, con una historia única, características singulares, determinadas capacidades y condiciones, ingiera cierto tipo de sustancias, en algunas circunstancias, con determinadas personas, teniendo*

efectos particulares de su comportamiento en relación con otros y con su propio comportamiento o condición.”

Como se describe anteriormente, el estudio de la psicología en el ámbito de la salud está delimitado al estudio del comportamiento, es decir a las interacciones que el individuo realiza dentro de una cultura para que el individuo desarrolle o no un padecimiento crónico, es así que la psicología evita inmiscuirse en otros campos que estudian los procesos de enfermedad entendida como alteración biológica, tratando de atender la alta demanda en problemas de salud.

Piña (2006 p.2) aclara que existe: *“...Un problema inadvertido y sobre el que ningún autor que se apoya en el modelo ha reparado, es que se pasa por alto que lo biológico y lo social comprenden un rango de fenómenos de mayor generalidad, en tanto que lo psicológico opera en un sentido opuesto; es decir, lo psicológico no se aplica a lo genérico; antes bien, se aplica a lo individual.*

Piña (2006 p.5) propone que: *“... la psicología de la salud debe entenderse simple y llanamente como un ‘campo de actuación profesional en el que los psicólogos poseen tanto los conocimientos —saber acerca de las cosas— como las competencias —saber hacer las cosas de modo eficiente— indispensables para cumplir con las funciones de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud’.* Este mismo autor subraya: *“... como una tarea fundamental, en una primer instancia, la de contar con un modelo teórico en el que se defina con precisión qué es lo psicológico y cómo es que interactúa con lo biológico y lo social. Se requiere, asimismo, en un segundo momento, disponer de los recursos metodológicos que posibiliten tanto la práctica de la investigación como el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención en todas sus variantes”.*

Es así que el modelo psicológico de la salud (Ribes, 1990) describe y analiza todas las variables de interacción de un individuo con su medio ambiente que interfieren en el mantenimiento o deterioro de la salud. A continuación se describirá el análisis de este modelo.

Para comprender los diferentes puntos de este modelo psicológico de la salud propuestos por Ribes (1990), se mencionaran los siguientes supuestos:

1.- La descripción psicológica del continuo salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables en la interacción entre los factores biológicos del organismo y aquellos que constituyen la acción funcional de las relaciones socioculturales.

2.- Cuando se analizan en un modelo psicológico, los factores biológicos y socioculturales no tienen representación en la forma de categorías correspondientes a las de sus disciplinas originales.

3.- Los factores biológicos representan como la condición misma de existencia del individuo práctico y de las reacciones biológicas integradas a su actividad.

4.- Los factores socioculturales se representan como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interrelación con las situaciones de su medio, con base en su historia personal. Ribes (1990 p. 18-19).

Ribes (1990 p. 20) postula que “... la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Ésta es la dimensión psicológica de la salud. La dimensión psicológica de la salud puede desagregarse en tres factores fundamentales:

1.- La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.

2.- Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.

3.- Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica". El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad biológica. Este resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de comportamiento que representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones correlativas y necesarias para la curación, o acciones rehabilitativas.

El ámbito psicológico de la salud se refiere a las acciones que realiza el individuo, mismas que provocan el mantenimiento o deterioro de la salud, así mismo la persona puede modular su comportamiento dependiendo de las variables del ambiente o de su propia experiencia para mejorar su salud. Teniendo en claro que el comportamiento de la persona es el objetivo para mantener o promover la salud, es posible detectar las conductas de riesgo e intervenir en ellas con la implementación de acciones en beneficio de la salud.

1.3 Modelo psicológico de la salud.

Este modelo tiene diferentes categorías descriptivas expuestas a continuación:

"... El proceso psicológico pertinente al mantenimiento recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales: a) la historia interactiva del individuo, b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación". Ribes (1991). p 22 y 24).

Para aclarar a que se refiere la historia interactiva de un sujeto Ribes expresa:

“... la historia psicológica de un individuo es la historia de sus interacciones, es decir, cómo se ha comportado en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones comprendidas en dichas situaciones”.

“... La historia constituye la disposición de un individuo a interactuar con una situación presente en un momento dado, con base en sus formas y modos de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación”. Aclarando que “... la historia constituye, por así decirlo, un factor que facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas, pero que no constituye el factor decisivo para que dichas conductas sean pertinentes funcionalmente en una situación determinada. Ribes (1991). p 24-25).

Ahora bien esta categoría descriptiva de la historia psicológica del individuo también es examinada en base a dos dimensiones:

La primera de ellas es referente a los estilos interactivos: esta dimensión se refiere a las situaciones en particular que vive una persona por primera vez y la manera de cómo la persona responde ante esta situación y que más adelante puede comportarse de esta manera, sin embargo si la situación en particular exige alguna conducta o comportamientos específicos la persona podrá ajustar su interacción ante dicha situación y podrá ser ajustada constantemente. *“... De este modo los estilos interactivos modulan, la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas que implica el comportarse frente a una situación que prescribe los criterios de eficacia de un individuo”.* Ribes (1990 p. 25).

La segunda de estas dimensiones es: *“...” la disponibilidad de competencias funcionales tiene que ver con lo que se podría denominar la capacidad conductual de un individuo”.* Para tener en claro en qué consisten estas capacidades conductuales; Ribes propone ciertos conceptos mencionados en seguida:

Competencia: *“...una competencia comprende siempre el comportamiento de un individuo, la situación y requerimientos que dicha situación establece, así como los resultados, efectos o consecuencias que tiene el comportamiento relativo a los requerimientos de dicha situación”.*

Comportamiento: *“... el comportamiento de un individuo consiste siempre en acciones integradas de diversa complejidad, que incluyen, en proporciones distintas, movimientos, reacciones sensoriales y acciones lingüísticas de diferente índole (escuchar, hablar, indicar, observar señalamientos, leer o escribir). La forma (o morfología) peculiar de cada acción depende del desarrollo biológico del individuo, de las acciones previamente aprendidas con base a su desarrollo social, y de las características de los objetos, acontecimientos y personas con los que se relaciona en una situación determinada”.*

Situación: *“... constituye lo que, en términos técnicos, se define como un conjunto o campo de contingencias”. Aclara que: “... una situación constituye siempre un conjunto organizado de contingencias o relaciones condicionales entre las acciones de un individuo y las acciones de otro(s) individuo(s) y de los objetos potencial y actualmente efectivos. Por ello siempre que hagamos referencia a una situación, desde la perspectiva psicológica, lo haremos señalando su naturaleza contingencial”.*

Contingencia: *“... una contingencia es una relación de condicionalidad entre acontecimientos”.*

Acontecimientos *“... los acontecimientos que interesan a la psicología son las acciones de los organismos e individuos y las acciones de los objetos relativas a los individuos”.*

Consecuencia: *“... las consecuencias o efectos tienen que ver con lo que ocurre como resultado de la interacción del individuo con los elementos que constituyen una situación. Estos resultados pueden consistir en consecuencias que afecten y alteren la condición u ocurrencia de ciertos acontecimientos que definen a la situación o ambos.” Ribes (1990 p. 26).*

Ahora bien la capacidad conductual referente a la interacción del sujeto ante una situación particular y la efectividad que tenga esta interacción dependerá de si se emplea o modifica esta conducta ante una situación posterior.

Ribes (1990) especifica el análisis de las competencias funcionales en tres variables: la primera de ellas son los requerimientos de la situación como campo de contingencias, es decir los resultados que la persona tenga ante distintos cambios en una situación en particular o en un momento determinado, la segunda de estas variables son los factores que definen el contexto de la interacción, como pueden ser las características de la situación o condiciones biológicas momentáneas de la persona y la tercera referente a la experiencia del sujeto para interactuar en diferentes situaciones.

Este modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990 p. 30) menciona otra condición de análisis de la vulnerabilidad biológica definiéndola como *"... por vulnerabilidad biológica se entiende la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica"*.

Así mismo describe ciertas condiciones que afectan la vulnerabilidad; estas variables son de índole biológica (desnutrición, prácticas inadecuadas de higiene) y de naturaleza orgánica (alteraciones genéticas y congénitas). Otro de las variables que incluye este modelo son las conductas instrumentales de salud, que son acciones que pueden aumentar o disminuir el riesgo de que una persona enferme, o en dado de caso de que el estado de enfermedad se agrave, o de lo contrario que mejore el estado de salud.

"... En este sentido, las conductas instrumentales se definen siempre como las acciones efectivas específicas para prevenir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de patologías biológicas." Ribes (1990, p.31).

Este autor divide las conductas instrumentales en dos tipos la primera de ellas en conductas promotoras de patologías como directas e indirectas:

“... las conductas instrumentales directas aquellas que producen el contacto con el agente patógeno, ya sea éste un agente causante de lesiones- como ocurre en los accidentes de trabajo y domésticos-, o un agente infeccioso o de otro tipo que afecta en forma específica órganos y tejidos del organismo, como ocurre en los contagios venéreos, de SIDA, de enfermedades parasitarias diversas, o por exposición a radiaciones o agentes químicos cancerígenos o tóxicos diferentes. Las conductas instrumentales indirectas serían aquellas que sin producir contactos específicos con agentes patógenos o dañinos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes. De este modo las prácticas alimentarias inadecuadas, el ejercicio físico mal dosificado, el abuso de automedicación de antibióticos y otros fármacos, el consumo de alcohol, el tabaquismo, y muchas otras prácticas vinculadas directa o indirectamente con el cuidado de la salud, serían ejemplos de este tipo de conductas instrumentales”. Ribes (1990, p.31).

Es así que las conductas instrumentales indirectas no tienen efectos inmediatos y específicos sobre la salud y son menos posibles de adiestrar eficazmente; ahora, las conductas instrumentales directas, son más fáciles de capacitar, a pesar de que determinantes culturales o sociales influyen sobre el entrenamiento.

El tratamiento de la patología biológica es cubierto por los tratamientos médicos, sin embargo las conductas instrumentales que están presentes en el transcurso del tratamiento son de suma importancia, según Ribes se presentan tres factores vinculados, el primero de ellos es la adherencia y seguimiento de una terapéutica efectiva, el segundo son las acciones que se requieren en la rehabilitación de enfermedades crónicas-degenerativas y la tercera en la aparición de comportamientos asociados a la patología biológica que se puede convertir en un problema terapéutico. La adherencia terapéutica es un factor determinante en la recuperación de la salud, ya sea en los procesos de

rehabilitación, ante una cirugía, en el periodo de hospitalización, en el consumo de fármacos y sus reacciones adversas, realizar ciertas actividades o ejercicios, cambios en dieta y hábitos en general, es aquí la importancia de entrenar ciertas conductas instrumentales con el objetivo de facilitar la adherencia a la terapéutica biomédica. Ribes (1990).

A pesar de que el modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes está dirigido a la intervención a nivel individual, es posible utilizar vías de comunicación masiva para multiplicarlo con impacto a nivel comunitario; ya que los estudiantes que padecen hipertensión arterial realizan conductas similares de riesgo al compartir estilos interactivos en un contexto sociocultural en el que se relacionan con otros estudiantes. Es entonces que este modelo propuesto por Ribes ayudará a cubrir con el objetivo de sensibilizar a la población de estudiantes que ya padecen hipertensión a realizar conductas en pro de su salud. Así mismo en el capítulo 3 se describirán diferentes metodologías de intervención comunitaria como el Modelo Preceder-Proceder, el Modelo Transteórico o Modelo de Cambio por etapas, el Modelo de Marketing Social y Modelo Trascultural. A continuación se mostraran algunas de las funciones del psicólogo dentro del ámbito de la salud.

1.4 Funciones de psicólogo en el ámbito de la salud.

El psicólogo tiene diferentes funciones que desempeñar en el área de la salud, en base al modelo psicológico propuesto por Ribes se han delimitado las funciones, que a continuación se describirán.

Rodríguez (2006 p.16) menciona cinco funciones profesionales que el psicólogo debe de ejercer "... a) detección, en donde *la metodología permite identificar el o los problemas, recursos, capacidades, necesidades vinculadas al comportamiento individual*, b) desarrollo, que se refiere en general al *entrenamiento de capacidades y competencias*; c) *planeación y prevención que aluden al diseño de planes y la aplicación de estrategias para evitar la aparición o agudización de cierto tipo de problemas sociales, aunque siempre manejados*

en lo individual; d) intervención, que se vincula con el uso de técnicas y procedimientos para la solución de problemas concretos ya existentes, y e) investigación, que en este caso puede considerarse investigación tecnológica porque tiene como objetivo redundar en la eficiencia de la aplicación del conocimiento básico.”

Ahora bien Rodríguez (2002) menciona algunas actividades a partir de las funciones del psicólogo:

Para la primera función del psicólogo que es la detección menciona “... se deben desarrollar procedimientos específicos al tipo de población y al sector multidisciplinario del que se trate, haciendo énfasis en las condiciones óptimas para la aplicación de instrumentos y/o procedimientos para identificar: conductas recursos, necesidades, competencias, etc”.

La segunda función es el desarrollo “...los procedimientos deberán elaborarse a partir de una teoría que como se señalo previamente, contemple las distintas competencias (véase Ribes y López, 1985; Ribes, 1990) para de esta manera establecer objetivos, diseñar y emplear situaciones de enseñanza-aprendizaje optimas para el establecimiento de competencias diversas, diseñar y aplicar instrumentos de evaluación competencial”.

Si la función es de rehabilitación, las metodologías “...se elaborarán y aplicarán considerando las distintas fases del procedimiento de análisis y modificación del comportamiento individual (identificación y definición del problema, análisis de soluciones, selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención y seguimiento)”.

La metodología en la fase de investigación “... dependerá de la pregunta formulada, el tipo de sujetos, variables a observar y/o manipular etc., lo cual dará lugar al empleo de distintos diseños, elaborados a partir de un modelo de análisis”. Rodríguez (2002 p.16).

Landa (1999, p. 36) relaciona el modelo propuesto por Ribes en las diferentes funciones que desempeña el psicólogo y comenta *“... tanto la investigación como el desarrollo son de importancia básica en lo que se refiere al primer momento del modelo, esto es a la parte de los procesos psicológicos relevantes a la salud, por ejemplo: el vasto campo de investigaciones sobre cierto tipo de estilos de personalidad y problemas de salud (v.g. Eysenck, 1985), la regulación de la inmunocompetencia a través de comportamientos asociados al estrés (v.g. Arder y Cohen, 1975), el estudio de los estilos de crianza y riesgo psicológico (v.g. Lewis, Feiring, McGuffog y Jaskir, 1984)”*.

Piña (2006 p. 5) destaca que... *“se puede trabajar en diferentes campos de actuación como son: el de investigación, prevención y rehabilitación, fundamentalmente, con especial énfasis en la investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud’*.

Landa (1999, p36) concluye que: *“... las funciones del psicólogo de la salud en el terreno de la prevención están íntimamente relacionadas con el desarrollo, estas serían las de informar, entrenar, instruir y regular, mientras que las funciones que se vuelven relevantes en el terreno de la rehabilitación serían las de auspiciar, regular, instigar, entrenar, informar e instruir”*.

Piña (2006. p 6) resalta que se requiere de... *“recursos metodológicos que posibiliten tanto la práctica de la investigación como el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención en todas sus variantes”*.

Anteriormente se ha descrito con detalle el modelo psicológico de la salud, así como las funciones de psicólogo que tienen una gran importancia en analizar e intervenir en problemas de salud, por medio del comportamiento del individuo. Si partimos de lo antes mencionado, es posible llevar intervenciones efectivas a nivel comunitario, si elegimos una población donde los individuos actúen de manera semejante, con ayuda de una metodología pertinente que

brinde los pasos necesarios para modificar distintas variables o factores de riesgo.

1.5 Psicología Comunitaria.

Como se ha mencionado, la psicología se ha enfocado tradicionalmente al estudio de las interacciones del sujeto con su medio ambiente, sin embargo con ayuda de una metodología adecuada se puede incidir en problemáticas a nivel comunitario sin perder el objetivo de la psicología que es el estudio de la conducta de un individuo; ese individuo está inmerso en una comunidad, y por tanto realiza conductas similares a la otros sujetos dentro de una sociedad; de sus elecciones depende el realizar acciones para desarrollar o no, algún padecimiento crónico. Es así que se puede intervenir en algunas conductas que diversos sujetos realizan poniendo en riesgo su salud dentro de una comunidad. Por ahora explicaremos cuales son algunas de las metas del psicólogo dentro de la comunidad.

Para lograr incidir en alguna problemática a nivel comunitario Biglan (2002) menciona que el psicólogo tiene varios objetivos entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

- El psicólogo ayuda a identificar los problemas de una población en base a una muestra representativa
- El psicólogo puede reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades; modificando factores de riesgo, siempre y cuando la comunidad los observe como indeseables o representen un inconveniente
- El trabajo del psicólogo puede facilitar a la comunidad la creación de metas, la organización de programas y políticas, que ayuden a resolver el problema.
- El psicólogo debe evaluar el bienestar de los miembros de la comunidad facilitando consulta y tratamiento en la implementación del programa.

- Así mismo el psicólogo debe contar con una metodología conceptual, incluyendo estudios de epidemiología, investigaciones de factores de riesgo, factores protectores, tener conocimiento en evaluaciones experimentales, análisis de datos, y políticas específicas.
- El psicólogo organiza la evidencia existente acerca de la incidencia y prevalencia de las conductas problema informando acerca del costo relativo en la persona y en la sociedad.
- El psicólogo crea, valida y administra instrumentos de evaluación.
- Organiza, analiza los datos obtenidos, presenta los resultados alcanzados en organizaciones locales y nacionales.

Como se describió anteriormente en este capítulo, es de suma importancia delimitar el campo de acción de la psicología, dentro del ámbito de la salud, comprendiendo que el sujeto tiene una biología particular, se encuentra inmerso en un entorno sociocultural y es capaz de regular su interacción dentro de su entorno. El objetivo clave se encuentra en las interacciones que lleva a cabo un sujeto con el medio que le rodea; realizando este análisis, se pueden identificar las conductas meta, que en dado caso se deben modificar si son perjudiciales y mantener si son benéficas para la salud.

Ahora bien este modelo de la salud propuesto por Ribes está enfocado al análisis de variables a nivel individual, sin embargo es posible ubicarlo en un medio masivo de comunicación para tener impacto en problemáticas de salud a nivel comunitario, puesto que en enfermedades crónicas, las personas que padecen hipertensión, realizan conductas similares de riesgo. Ya localizadas estas conductas o acciones, se pretende modificarlas por medio de un programa de intervención a nivel comunitario, que sensibilice a la población de universitarios que padecen hipertensión a realizar conductas protectoras de la salud. Para comprender mas a fondo todo lo referente a las enfermedades crónicas y en especial a la hipertensión arterial, está diseñado el contenido del capítulo 2.

CAPITULO 2

LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

La psicología ha tratado las enfermedades desde diferentes perspectivas teóricas y aplicadas, tomando en cuenta la relevancia tanto de la conducta como de las cogniciones en una afección de salud; más sin embargo, no hace referencia a los daños y alteraciones en el nivel orgánico. Por tanto, para un mejor abordaje teórico sobre las enfermedades crónicas, es necesario retomar conceptos desde la perspectiva médica, que es la disciplina que se ha ocupado de la investigación, clasificación, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan al individuo.

2.1.1. Concepto.

Ahora bien, al hablar de enfermedad el referente inmediato es la salud, la cual, tiene la connotación de un estado físico idóneo, carente de enfermedad. De acuerdo con la OMS (2007. Recuperado el 20 de julio de 2008 de: <http://www.who.int.>), *“la salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas; en contraste, refleja un concepto más holístico de la salud. Sin embargo, la percepción entre salud y enfermedad no debe concebirse como dos conceptos totalmente diferentes, sino como un proceso multicausal con variables biológicas, psicológicas y sociales que actúan para cubrir las demandas tanto externas como internas del individuo.

Es necesario que tengamos en claro a qué se refiere el término de enfermedad crónica porque no hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad empieza a contemplarse como crónica; sin embargo, *“... se puede mencionar que toda enfermedad que tenga una duración mayor a*

tres meses puede considerarse como crónica. Particularmente en el ámbito médico, se describe como una patología de larga duración, cuya curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca". (Recuperado el 06/10/07, <http://www.medterms.com/script/main/art.>)

Robles (2004. p.251), describe..." *las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida*". Al tratar aspectos de salud en el ámbito psicológico, se pretende complementar desde una perspectiva multidisciplinaria el conocimiento y abordaje de este padecimiento que no sólo afecta al organismo, sino también la conducta de los individuos que la padecen y de quienes integran su red(es) de apoyo.

Ahora que tenemos en claro a qué se refiere el término de enfermedad crónica es preciso conocer cuales son los factores que influyen en el desarrollo de este tipo de padecimiento. A continuación se mencionarán algunos agentes involucrados en su proceso.

2.1.2. Etiología.

Al tratar de establecer la causalidad de las enfermedades, es importante buscar el factor de riesgo (FR). Piedrola, Rey y Domínguez (1994), afirman que el factor de riesgo es el causante de la enfermedad crónica, por tener una multicausalidad y una multiefectividad haciéndola más difícil de precisar. Juárez (1997) señala que "*...los factores sociales definen la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas recursos y contactos físicos, químicos, biológicos y psíquicos con incidencia en la salud del paciente. La vida psíquica es también importante porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante lo que el individuo selecciona o transforma el ambiente social y los recursos biológicos ligados a la actividad mental,*

emocional y conductual.”(p.7). En conclusión, hay coincidencia en torno a la multicausalidad de las enfermedades crónicas, situación que obliga a estudiarlas desde diferentes ángulos. Por ejemplo, López (2003 p. 272) incluye ciertos factores psicosociales, como eventos desencadenantes de las enfermedades crónico degenerativas, y contempla los siguientes:

Educativos:

Se justifica el desarrollo de enfermedades crónicas, a partir de una deficiente orientación y educación para la salud tanto a nivel preventivo como de intervención.

- *Educación insuficiente o inadecuada.*
- *Tradiciones culturales negativas en relación con nutrición, actividad física, recreación y uso de anticonceptivos orales.*
- *Publicidad consumista nociva, que promueve la desnutrición y la adicción al alcohol y el tabaco.*

Ocupacionales:

Se relacionan con la falta de higiene individual, el grado de riesgo del ambiente laboral en la generación de estrés, sedentarismo, desnutrición, falta de recreación y el riesgo del manejo de sustancias tóxicas.

Socioeconómicos:

Políticas de salud que no se enfocan al problema específico. Desnutrición, estrés individual, familiar y comunitario, consumismo y trucos publicitarios.

Ambientales:

Contaminación de aire, tierra y aguas con efecto psicobiológico nocivo. Urbanismo y comunicación ajenos al bienestar y recreación sociales.

Sector Salud:

Deficientes políticas educativas y recursos para la prevención, detección y control del problema específico y sus factores de riesgo.

- *Escasa cobertura de los programas específicos*
- *Falta de capacitación médica y paramédica*
- *Alto costo de la atención médica privada*
- *Iatrogenias.*

Liben por su parte (en: Robles 2001 p.235-236), contempla tres variables que interactúan entre sí para desencadenar las enfermedades crónicas y que influyen en el proceso de adaptación ante un padecimiento de este tipo.

1. *Los eventos antecedentes (variables causales o contextuales) presentes durante el origen de la enfermedad crónica.*

Pueden ser categorizados como:

- a) *Eventos desencadenantes, acontecimientos que causan parcial o totalmente o contribuyen a la enfermedad, y explican las causas típicas de las condiciones crónicas e incluyen:*

- *predisposición genética o hereditaria*
- *traumas de nacimiento*
- *accidentes o lesiones*
- *enfermedades*
- *condiciones asociadas con el proceso de envejecimiento.*

- b) *Variables contextuales asociadas en el tiempo y espacio con la enfermedad. Son situaciones o eventos biológicos psicosociales y/o ambientales específicos presentes en el momento de la condición crónica, que proveen de información para entender mejor el efecto presente y la adaptación psicosocial futura.*

2. *Proceso dinámico de adaptación por si mismo (reacciones subsecuentes de la enfermedad crónica).*
3. *La anticipación de consecuencias psicosociales.*

Ya que conocemos la definición y las variables o factores que propician las enfermedades crónicas así como los elementos de la etiología, también es necesario mencionar algunos criterios de clasificación de las enfermedades crónicas que existen; y así delimitar su estudio de manera objetiva para abordar la problemática.

2.1.3. Clasificación.

Mazarrasa, Germán y Sánchez (1996, p.5), describen y clasifican las principales enfermedades crónicas causantes de un alto índice de morbilidad y mortalidad, de acuerdo con el tipo de afección que ocasionan en el organismo:

- *Enfermedades cardiovasculares. Pueden ser clasificadas en cuatro grupos: enfermedades cerebrovasculares (ECV), cardiopatías isquémica (CI), cardiopatía reumática y enfermedad vascular periférica.*
- *Cáncer (Pulmón, colon, mama, cérvix, etc.).*
- *Traumatismos (accidentes de tráfico, etc.).*
- *Enfermedades osteoarticulares (artropatías, alteraciones sistémicas del tejido conjuntivo, osteopatías, condropatías, etc.).*
- *Enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica –EPOC-, procesos asmáticos, etc.).*
- *Enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad, hipertensión arterial etc.).*
- *Enfermedades digestivas (úlceras pépticas, colitis ulcerosa, cirrosis hepática).*
- *Enfermedades neurodegenerativas (Parkinson, Alzheimer, etc.).*
- *Enfermedades mentales (psicosis, depresión, paranoia, etc.).*

Otra clasificación es la que presentan Caja y López (1997), en función de una serie de características que comparten dichas enfermedades:

- *“Padecimiento incurable, permanente e irreversible con periodos de remisión y recaídas.*
- *Plurietílicos-plurifactoriales: están asociados a diversos factores químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo.*
- *Multiefectividad: se deben a factores complejos. Un factor de riesgo puede producir múltiples efectos sobre distintos problemas de salud.*
- *No son producidos por agentes microbianos.*
- *Incapacidad residual: dejan secuelas psicofísicas y, por tanto, disminuyen la calidad de vida.*
- *Rehabilitación: requieren adiestramiento y un largo periodo de supervisión y cuidados.*
- *Importancia social: determinada por las tasas de mortalidad y la repercusión socioeconómica, incapacidades en la población activa y gasto sanitario que generan.*
- *Prevenibles: tanto a nivel primario, mediante la modificación de determinados factores, como a nivel secundario, mediante su detección precoz” (p148).*

Por su parte Robles (2004 p.252). menciona que: *“...las personas que adquieren una condición de enfermedad crónica, presentan un buen número de cambios significativos y profundos, cuando afrontan la incidencia, permanencia y efectos de la afección; así mismo experimentan síntomas depresivos debido a que la enfermedad pone en riesgo su vida, dando lugar a ideas de muerte y planeación suicida. La misma autora indica que “...las reacciones emocionales no adaptativas mas frecuentemente reportadas por quienes padecen una enfermedad crónica, son la depresión y la ansiedad; que se encuentran íntimamente relacionadas con problemas físicos, conductuales, sociales y cognitivos importantes, afectando tanto el nivel de auto cuidado personal, como el apego al régimen del tratamiento y al control metabólico.”*

Dentro del grupo de las enfermedades crónicas, se hace énfasis en, la hipertensión arterial, ya que quienes padecen esta enfermedad tienen mayor probabilidad de desarrollar otra enfermedad; y está vinculada con estilos de vida no saludables, inadecuados hábitos alimenticios y la falta de actividad física, entre otros factores. A continuación se dará una descripción de la hipertensión arterial a fin de contextualizar su estudio desde la perspectiva psicológica.

2.2. Hipertensión Arterial (HA).

Como se describió anteriormente, el desarrollar alguna enfermedad crónica es consecuencia de la combinación de muchos factores: psicológicos, ambientales, políticos, educativos y culturales; los cuales propician y desencadenan el deterioro de la salud. Para el estudio de estas enfermedades es necesario tener en cuenta la incidencia de la hipertensión arterial para después implementar intervenciones que ayuden a promover y mantener la salud. A continuación se explicarán elementos relacionados con el tema que nos ocupa, en atención a ubicar la naturaleza del fenómeno.

2.2.1 Definición.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa, y una de las más frecuentes en nuestro país. Está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una presión sistólica mayor de 140 mmHg y se determina por dos factores principales: la cantidad de sangre que circula y el calibre de las arterias por las que circula.

La presión arterial normal es de 120/80 mm Hg (milímetros de mercurio); lo que provoca que el corazón ejerza una presión máxima de 120 mm Hg, durante la sístole o fase de bombeo, y una presión en reposo o diástole de 80 mm Hg. En general, cuando mayor es el volumen de sangre circulante y menor es el diámetro por el que circula ese volumen, mayor es la TA. (Fernández-Abascal 2000).

2.2.2 Etiología.

Figueroa y Ramos (2006) consideran diversos factores de riesgo estrechamente asociados con un incremento significativo de la enfermedad cardiovascular y los dividen en:

Factores de Riesgo no modificables:

Los factores no modificables son aquellos que por su naturaleza no pueden ser tratados o modificados, como:

- *“Historia familiar de hipertensión: si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida, si ambos padres padecen hipertensión existe un 60% de probabilidad de desarrollarla.*
- *Raza: se presenta con frecuencia HA severa en la raza negra y enfermedad obstructiva coronaria en la raza blanca.*
- *Edad: tanto en hombre (después de los 45) como en mujer (después de los 55 años)*
- *Género: los hombres tienen mas probabilidad de sufrir HA que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala.” (p.169-170.)*

Factores de Riesgo modificables:

Son aquellos asociados al estilo de vida y pueden ser controlados y /o sustituidos por comportamientos saludables. Entre ellos destacan:

- “Obesidad o Sobrepeso: *el efecto promedio de la pérdida de 1kg de peso corporal es la disminución de 1.6/1.3 mmHg en la presión sanguínea sistólica/diastólica.*
- Sedentarismo e Inactividad Física: *se considera sedentario a la persona que no realiza alguna actividad física o ejercicio regular, idealmente aeróbica e isotónica mínimo 3 veces por semana, de 30 a 45 minutos de duración. Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión.*
- Tabaquismo: *fumar aumenta el trabajo del corazón, disminuye el flujo sanguíneo, incrementa la presión arterial y el riesgo de cáncer, produciendo daños progresivos e irreversibles en el corazón y los pulmones. Un fumador tiene 3 veces mas riesgo de sufrir un infarto que un no fumador.*
- Alcoholismo: *se considera excesiva la ingesta de mas de 3.9 cc de alcohol al día, que equivale a dos copas de vino o 60ml de ron, wisky, aguardiente o dos cervezas. Cada onza de alcohol eleva la presión arterial, los triglicéridos, el ácido úrico y favorece la presencia de arritmias cardíacas y su aporte calórico aumenta el riesgo de obesidad.” (p.169-170.)*

Es importante mencionar que los factores modificables pueden ser a la vez causa y consecuencia de las enfermedades crónicas degenerativas, poniendo en riesgo la salud o la vida de la persona. Son los que se espera cambiar para que el individuo enfrente alguna enfermedad, en beneficio de su salud.

Anteriormente se pensaba que padecer alguna enfermedad crónica era sinónimo de muerte, este pensamiento en la actualidad ha ido cambiando hasta el día de hoy; puesto que el saber que se tiene una enfermedad crónica brinda

la oportunidad de fomentar la calidad de vida y realizar cambios positivos hacia la salud.

2.2.3. Clasificación.

Fernández–Abascal (2000, p. 80) describe que hay dos tipos de hipertensión en base a su origen:

*“La hipertensión **esencial o primaria**, cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente, siendo por tanto un trastorno funcional.*

*La hipertensión **secundaria** puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada, y surge como resultado de la alteración de uno o varios elementos clave, de control del sistema cardiovascular.”*

Los síntomas que llega a presentar el individuo que está propenso o tiene hipertensión son ansiedad, mareo, fatiga y dolor de cabeza; pero si la presión arterial es grave, puede llegar a presentar confusión, náuseas, vómitos, dolor de pecho, distorsión de la visión (visión borrosa o visión de luces), zumbidos en los oídos, hemorragia nasal, sudor excesivo, adormecimiento de mitad del cuerpo, mareos al levantarse o al cambiar de posición y respiración entrecortada. La mayoría de los pacientes no tienen síntomas, sin embargo, eso no quiere decir que no sea peligrosa. Un hecho muy importante es que se puede tener la presión arterial alta y no saberlo, (www.vivirmejor.es recuperado el 06/ octubre/2008).

2.2.4. Diagnóstico y tratamiento médico.

López (2003, p. 273-274) menciona que *“...al diagnosticar la hipertensión arterial se requiere de un estudio integral para ubicar al paciente según la fase de la enfermedad, el estadio de su tensión arterial y la causa o causas probables, antes de determinarla como hipertensión esencial”*. Pues

“...indica que los límites entre la hipertensión y la presión arterial normal no son bien definidos, sólo 20% de los casos detectados por encuesta ha recibido tratamiento y de éstos, sólo el 30% alcanza cifras tensionales de control; un error de apreciación diagnóstica puede conducir a dar tratamientos o una farmacoterapia innecesaria e incluso perjudicial.” Este autor comenta que el estudio inicial del enfermo debe tener los elementos siguientes: *“...el Interrogatorio y exploración física cuidadosa como exámenes paraclínicos en base a biometría hemática, examen general de orina, estudios a base de Química sanguínea (Urea, creatinina, ácido úrico, nitrógeno uréico, triglicéridos, colesterol total, HDL y LDL, glucemia, potasio, calcio séricos, y excreción de sodio), exámenes de gabinete (electrocardiogramas, ecocardiograma, radiografía de tórax) y estudios especializados si hay sospecha de órganos afectados (pielograma, angiograma renal, catecolaminas, cortisol, reninoplasma)”*. El mismo autor señala que se debe establecer un acuerdo con las fases de la enfermedad, los estadios de la tensión arterial y la causa.

Para llevar a cabo una evaluación médica adecuada, Martínez, C. (1999, p. 42) indica precisar la información. Obteniendo los datos a través de:

1. La historia clínica

La cual debe incluir la historia familiar de presión arterial elevada o de enfermedades cardiovasculares (cerebrovasculares, renales o diabetes mellitus y otros factores de riesgo como hiperlipidemia, hábito de fumar, obesidad e intolerancia a los carbohidratos), tiempo de duración de la hipertensión, las cifras que se han alcanzado, resultados y efectos secundarios del tratamiento farmacológico utilizado, historia de su peso, si realiza ejercicios, consumo de sal, ingesta de alcohol, si existen síntomas de hipertensión secundaria.

2. Examen físico

Al medir la presión arterial se deberán cumplir ciertos requisitos para lograr confiabilidad en el dato, durante el examen físico es importante que el paciente descanse 5 minutos antes de tomarle la presión arterial

(PA), no debe haber fumado o ingerido cafeína por lo menos 30 minutos antes de tomar la PA, debe estar en posición sentada y con el brazo apoyado.

Para tomar la PA se infla el manguito del baumanómetro, se palpa la arteria radial y se sigue inflando hasta 20 o 30 mm de Hg por encima de la desaparición del pulso, se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa antecubital y se desinfla el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja a una velocidad de 3 mm de Hg/segundos o lentamente.

El primer sonido (Korotkoff 1) se considera la PA sistólica y la PA diastólica la desaparición del mismo (Korotkoff 5). Es importante señalar que la lectura de las cifras debe estar fijada en los 2 mm Hg o divisiones más próximos a la aparición o desaparición de los ruidos.

Se deben efectuar dos lecturas separadas por 2 minutos. Si la diferencia de las mismas es de 5 mm Hg debe efectuarse una tercera medición y promediar las lecturas. Verificar en el brazo contralateral y tomar en cuenta la lectura más elevada. Para realizar el examen Físico se sugiere: tres tomas de presión arterial en la forma ya señalada

Además, se sugiere tomar el peso, talla, medir el índice de masa corporal, realizar el examen del fondo de ojo (investigando retinopatía) y se examina el abdomen; en el aparato respiratorio se indagan broncoespasmos; en el examen del cuello se buscan venas dilatadas, aumento del tiroides; en el corazón se averigua taquicardia, tumores dilatación de la aorta, aumento del tamaño del corazón, elevación del precordio, soplos, arritmias, sonidos S3 y S4; en el examen de las extremidades se investiga la disminución o ausencia de pulsos arteriales periféricos y por último se realiza el examen neurológico.

Existen diferentes tratamientos utilizados en la hipertensión arterial tales como:

- Manejo farmacológico e información de la enfermedad al paciente

- Tratamiento en actividad física y reducción de peso
- Tratamiento en hábitos alimenticios en la ingesta de sal, alcohol, tabaco y grasas.

Oviedo (2003, p. 21) considera que para el manejo farmacológico, se deben tomar en cuenta varios factores como es *“...el grado de elevación de las cifras de la presión arterial, la presencia de daño a órgano blanco y la existencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.”*

López (2003 p.276) por su parte menciona el tratamiento farmacológico antihipertensivo que está basado en cuatro tipos de medicamentos los cuales son:

1. *Diuréticos: (tiazidas), las ventajas son que disminuyen la volemia, aumentan la efectividad de otros antihipertensivos, mejoran la insuficiencia cardíaca; aconsejables en ancianos y pacientes con tono venoso aumentado y obesos. Entre las desventajas y contraindicaciones puede causar depresión, intolerancia a la glucosa, diabetes e insuficiencia renal.*
2. *Betabloqueadores: Inhibidores adrenérgicos tienen las ventajas de disminuir el gasto cardíaco, la actividad plasmática de la renina y la recurrencia de cardiopatía isquémica; tratamiento útil en pacientes jóvenes y en casos de función aumentada del SNS, los alfabloqueadores no afectan el gasto cardíaco y no producen sedación. Entre las desventajas y contraindicaciones puede causar cefalea, irritación gástrica, insomnio, asma diabetes de tipo b, insuficiencia cardíaca.*
3. *Inhibidores del ECA: (inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina) tienen la ventaja de disminuir la recurrencia de la enfermedad coronaria, protegen el riñón, diabetes e insuficiencia cardíaca, vodilatación periférica. Entre las desventajas y contraindicaciones puede causar tos e insuficiencia renal.*

4. *Antagonistas del Calcio: Producen vasodilatación, efectivo en cardíacos, el diazóxido es vasodilatador, uso en emergencias encefalopatías o insuficiencia ventricular izquierda. Entre las desventajas y contraindicaciones puede causar arritmias, palpitaciones, insuficiencia cardíaca, náuseas y vómito.*

5. *Alfagonistas: (agentes de acción central) tienen la ventaja de disminuir el gasto cardíaco, no alteran los lípidos, no retienen líquidos. Entre las desventajas y contraindicaciones, se puede mencionar que puede causar somnolencia, impotencia sexual y depresión.*

Respecto al medicamento, López (op. cit) indica que la dosis dependerá del estudio previo integral del enfermo (fase, estadio, complicaciones, tolerancia, educación, situación económica, costo del medicamento, edad, sexo, condición fisiológica, etc.). Se advierte que es necesario educar acerca de la enfermedad y su control a nivel individual y familiar, indicando las posibles complicaciones y uso de medicamentos. Al inicio del tratamiento se emplea un solo medicamento a dosis bajas, el incremento de la dosis depende de la respuesta observable después de 4 a 6 semanas, previa verificación de la presión arterial en 24 horas y del cumplimiento de las indicaciones por parte del paciente.

Oviedo (2003) menciona que se debe sugerir la actividad física como hábito, de acuerdo con el sexo, edad, peso, costumbres y estado general. El tratamiento en actividad física se basa en una caminata de 30 a 45 minutos 4 veces a la semana.

La reducción de al menos 4.5 kg de peso ha demostrado la disminución en las cifras en presión arterial, el bajar de peso mejora el efecto hipotensor de los medicamentos y puede disminuir significativamente los factores de riesgo cardiovasculares.

López (2003) indica que en el tratamiento de hábitos alimenticios es necesario combatir el sobrepeso con una dieta limitada de calorías necesarias

hasta lograr el peso ideal, tener una alimentación baja en grasas saturadas, controlar el consumo de colesterol (yema de huevo, menudo, vísceras, ostiones, camarones, piel de aves, leche entera y derivados) y azúcares simples (azúcares de caña, miel, chocolates y dulces); la dieta debe ser abundante en fibras, potasio, calcio y magnesio, hay que reducir la ingesta de sal a menos de 2.5 gramos al día, evitar los alimentos comerciales preparados con alto contenido de sal (papitas, chocolates, sodas, pan de todas las clases, conservas etc.) evitar la ingesta de alcohol (no debe exceder de una copa diaria) y debe prohibirse el cigarrillo.

2.2.5. Epidemiología de hipertensión arterial.

En América Latina y el Caribe las enfermedades cardiovasculares representan el 31% del total de las defunciones. Se estima que ocurrirán 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares en esta región durante los próximos 10 años. En México, este grupo de enfermedades establece un problema de salud pública, y al igual que ocurre en otros países del mundo, es el resultado de esta escalada epidemiológica; las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70 000 defunciones por este motivo y 26 000 por enfermedades cerebrovasculares. Se presentan 44 070 muertes por enfermedad isquémica del corazón siendo 24 102 hombres y 19 965 mujeres. En la actualidad, alrededor 15.1 millones de mexicanos tienen algún grado de hipertensión arterial (ENSA 2000). Aunado a lo anterior, el aumento de la esperanza de vida y la elevada frecuencia de los factores de riesgo determinan el incremento de la prevalencia de estas enfermedades y sus complicaciones. Secretaría de Salud México (2001).

Figuroa y Ramos (2006) describen que los padecimientos cardiovasculares se convirtieron en la primera causa de mortalidad en México, en ese año murieron casi 70 000 mexicanos y la tercera parte de la población presentó problemas de hipertensión (15 millones de adultos), de los cuales sólo el 14 % de los hipertensos estaba en tratamiento, al resto se le consideró como

potenciales enfermos. Particularmente entre los 20-24 años de edad, la prevalencia de hipertensión fue de 15%, mientras que entre los 25-29 años fue de 17.4%.

Ante estos resultados es necesario crear intervenciones efectivas en promoción de la salud hacia la prevención y tratamiento de este padecimiento.

2.2.6. Evaluación y tratamiento psicológico.

Para llevar a cabo la evaluación psicológica Muñoz (1998), señala que la recogida de información debe incluir un análisis descriptivo de los contextos, situaciones, estímulos, conductas a nivel motor, físico y cognitivo; observando e investigando variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel de estudios, lugar de residencia, estructura familiar, características físicas y comportamentales (verbales y no verbales).

El psicólogo ayuda al paciente a realizar una lista exhaustiva de problemas y objetivos, posteriormente se hace la elección de las variables de tratamiento por medio de un análisis de los acontecimientos, antecedentes y consecuentes de la conducta problema en base al contexto, (que son variables ambientales y del sujeto incluyendo aspectos sociológicos e históricos). El análisis de variables tendrá que considerar los antecedentes, que son los acontecimientos que ocurren antes de la conducta problema, las variables del organismo, son las que tienen relación directa con la secuencia de la conducta problema, (se observa la respuesta que es la actividad del organismo a nivel motor, fisiológico y cognitivo), por último se analiza el consecuente que son las situaciones que ocurren inmediatamente después de la conducta en cuestión.

Es necesario contar con alguna información acerca del desarrollo histórico de la conducta objetivo respecto a factores de predisposición a la raíz del problema y su evolución, pueden ser factores biológicos de predisposición (relacionados con el funcionamiento del sistema nervioso, endocrino o con el desarrollo biológico), factores psicosociales (estatus económico, nivel educativo, grupos de referencia), y factores de aprendizaje (repertorio de conducta en el momento de origen del problema).

El tratamiento adecuado debe incluir diversas técnicas de modificación de conducta aplicadas en distintos momentos, sobre diferentes componentes del problema tanto específicos como generales. El tratamiento debe especificar que técnicas se van a aplicar, sobre qué problema y en qué sucesión temporal.

La evaluación continua será la que informe el logro de los objetivos del tratamiento y por tanto será la que indique el término del mismo. La evaluación se mantiene durante el tratamiento y se extiende al postratamiento.

Con respecto a la Evaluación Psicológica Robles, (2004 p. 260-266) considera tres niveles de evaluación clínica en la adaptación de la enfermedad crónica, que se enfocan en las siguientes categorías:

Funcionamiento intrapersonal: este nivel se relaciona con el bienestar psicológico de la persona, satisfacción con la vida, autoconcepto y autoestima; incluye síntomas psicológicos observables (como ansiedad y depresión), limitaciones o habilidades psicológicas (como involucramiento en actividades sociales), abuso de sustancias (como indicador de estilos de afrontamiento no funcionales o desadaptativos) y asertividad (como afrontamiento eficaz).

Funcionamiento interpersonal: en este nivel incluye la evaluación de indicadores de funcionamiento familiar y de pareja, muestra los indicadores afectivos, cognitivos y conductuales relacionados con las interacciones sociales de la persona que padece alguna enfermedad crónica (relaciones de la vida familiar, relaciones de matrimonio).

Funcionamiento extrapersonal: la evaluación involucra actividades laborales (salario anual, nivel de habilidades laborales), actividades recreativas (evalúa el número y duración de la participación en dichas actividades), actividades escolares (evalúa el aprovechamiento académico, habilidad para aprender), así como relaciones de iguales y sociales (evalúa indicadores afectivos, cognitivos, conductuales relacionados con las interacciones sociales como la

expresión emocional apropiada ante una situación, comprensión empática toma de decisiones, solución de problemas).

Al evaluar el impacto de la enfermedad y su respectivo tratamiento, es esencial valorar el grado de alivio de los síntomas, mismos que podrían traducirse en una mejoría de la calidad de vida.

Fernandez y Abascal (2000, p. 98-107) indican que *“...para realizar la evaluación psicológica se comienza con una entrevista cuyo contenido será enfocado a la detección de posibles hábitos facilitadores del padecimiento, también es necesario informar a la persona cómo se realizan las tomas de presión arterial, el tipo de alimentación adecuada a su padecimiento posteriormente mencionarle al paciente las diferentes técnicas para reducir la presión y modificar los factores de riesgo”*,

Hemos mencionado la importancia de la evaluación para obtener información, mediante la que se organiza el tratamiento y se seleccionan las técnicas adecuadas para implementar el programa de intervención. A continuación se mencionan algunas técnicas utilizadas en el tratamiento psicológico de la hipertensión.

Cabe aclarar que los autoregistros son originalmente una técnica de evaluación, sin embargo, por su efecto reactivo también puede ser empleada para complementar otras técnicas de intervención. El psicólogo brinda la enseñanza y función de esta herramienta, al paciente.

- *...”Autoregistros. Durante la evaluación y tratamiento se utilizarán tarjetas de registro, donde se describirán cada una de las conductas bajo observación mediante técnicas de autoobservación; antes, durante y después de la conducta problema. Autoregistros en el tipo de alimentación (se anotara el tipo de alimentos, la cantidad de sodio, la proporción de grasas y el valor calórico, así mismo llevar un control de peso); autoregistros en la presión arterial (realizar un registro de los*

niveles de presión arterial, en dos o tres momentos del día las presiones sistólicas y diastólicas anotando sus valores junto con las condiciones y estado emocional en que fueron realizadas); autoregistros en el consumo de tabaco y/o alcohol (anotar el número de cigarrillos que fuma diariamente y la cantidad de alcohol ingerido).

- *Reestructuración Cognitiva: reestructurar las creencias y autoverbalizaciones erróneas que tiene el paciente acerca de su padecimiento para que dicha intervención se adecuada y eficaz.*
- *Técnicas de Autocontrol en hábitos alimenticios como en la ingesta de sal y grasas.*
- *Resolución de Problemas: actuar sobre los factores psicológicos ya que frecuentemente en esta área aparecen más déficit en pacientes con hipertensión.*
- *Relajación: Existen diferentes técnicas, relajación condicionada al metrónomo, autosugestión de calor, pasividad total, relajación hipnótica, técnicas de meditación (basándose en ejercicios de yoga que se centran en respiraciones lentas y pausadas al tiempo que focalizan la atención en la propia entrada y salida del aire). Son utilizadas para disminuir los niveles de la presión arterial.” Fernandez Abascal (2000, p. 106).*
- *... “Biofeedback:. La biorrealimentación (biofeedback) utiliza instrumentos monitores eléctricos, con objeto de detectar procesos fisiológicos internos, para brindar la información a la persona, haciendo posible su control voluntario y modificaciones funciones biológicas que se consideran autónomas e involuntarias tales como la frecuencia cardíaca, o la propia presión arterial (PA). Dos son las formas más comunes de detección de esta respuesta psicofisiológica. La del*

manguito de presión que consiste en la colocación del manguito sobre la arteria braquial del sujeto a una presión promedio de sus valores sistólicos y diastólicos, de esta forma se puede oír por medio de un micrófono el ruido producido por el flujo de sangre que sobrepasa estos valores medios. La otra forma es la velocidad de pulso sanguíneo, consiste en medir el intervalo de tiempo entre la llegada de la onda pulsátil a dos puntos situados en la misma arteria o el tiempo entre la contracción del ventrículo izquierdo y la llegada de la onda pulsátil a un punto de la arteria braquial, siendo esta medida de tiempo inversa a la PA". Amigo (1994 p. 216).

Tanto la evaluación como el tratamiento psicológico debe cubrir un riguroso análisis de variables, logrando una evaluación sistemática de diferentes variables, que influyan en la conducta que se desea cambiar tales como, factores ambientales, sociales, conductuales (interacción en trabajo, conyugal, recreación, social), creencias y antecedentes de alguna enfermedad, considerando el desarrollo biológico de la persona, así mismo se analizan factores de predisposición que interfieran en el cumplimiento de objetivos. La selección y aplicación de las diferentes técnicas de modificación de conducta dependerán de los resultados de dicha evaluación, para lograr un cambio conductual exitoso.

2.3.1 Dimensión psicológica de la salud.

Retomando lo expuesto en el capítulo uno referente a la importancia del ámbito psicológico en la salud, recordaremos que este estudio está delimitado al comportamiento entendiéndose como: *"la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales"* (Ribes, 1990 p.17).

Son entonces las interacciones que tienen el individuo con su medio ambiente las que determinan en gran medida si éste desarrollará o no alguna enfermedad, considerando a su vez los factores de herencia y de estructura

biológica. El modelo psicológico de la salud propuesto por Ribes (1990), nos brinda las variables que interfieren para que un individuo se enferme, cómo influyen los procesos psicológicos, las características funcionales del comportamiento, la historia del individuo, su vulnerabilidad, la modulación de estados biológicos y conductas instrumentales; por medio del estudio de dichas variables es posible intervenir en ellas y lograr modificarlas.

Otro de los puntos importantes abordados en el capítulo uno, son las diferentes funciones que el psicólogo puede desarrollar en el ámbito de la salud, como son detectar, intervenir, planear, prevenir e investigar en beneficio del mantenimiento o mejora de la salud; así mismo se plantea la importancia de la creación de metodologías que fundamenten y den soporte a la modificación de las diferentes variables expuestas anteriormente (Rodríguez, 2002).

Cabe aclarar que el modelo propuesto por Ribes (1990), está dirigido a analizar las diferentes variables involucradas en la conducta de un individuo, en base a este análisis se puede promover conductas protectoras y eliminar conductas de riesgo, facilitando así el entrenamiento de una persona. Mas adelante se realizará un programa de intervención a nivel comunitario y esto se debe a la correlación de los factores de riesgo, que pueden tener en común los estudiantes universitarios que padecen hipertensión, este programa de intervención se realizará con ayuda de la combinación de diferentes modelos de intervención comunitaria, sin perder de vista el objeto de estudio que es la conducta individual.

2.3.2 Estilo y Calidad de vida.

Ahora bien, bajo una perspectiva psicológica, tomaremos en cuenta algunos términos que nos ayudarán a entender en algunos aspectos relacionados con la pérdida de la salud, de acuerdo a las características y el perfil de la población de universitarios, para incidir en aquellos hábitos y creencias que brinden la posibilidad de desarrollar alguna enfermedad crónica. Comenzaremos por definir qué es el de estilo y calidad de vida.

Marcelo y Borroto (2001) refieren El término estilo de vida ...*“como la influencia de todo el sistema de relaciones socioeconómicas y culturales del hombre en la sociedad sobre su proceso salud-enfermedad, lo cual reviste indiscutiblemente enorme importancia en la determinación de este último. Debe tenerse en cuenta que el modo de vida no es más que una forma específica e importante de la actividad humana y el estilo de vida es lo individual que se toma del modo de vida.”*(p.2). Por lo cual “el estilo de vida (es) quien ocupa un lugar protagónico en la hipertensión en este caso, rompe el equilibrio salud-enfermedad para propiciar el desarrollo de la patología”.

Del mismo modo Singer (1979. en: Sáez, Font, Pérez y Marqués, 2001) menciona que el estilo de vida *“hace referencia a una manera global de vivir basada en la interacción de las condiciones de vida y las pautas individuales de conducta. Estas últimas vienen determinadas por:*

a) los factores socioculturales

b) las características personales

Se puede traducir como una forma de vivir si nos referimos a los aspectos más objetivables (conductas) o como una forma de entender la vida si introducimos referentes cognitivos y psicológicos (actitudes)”. (p.48).

Otro concepto frecuentemente utilizado en promoción de la salud es el de “calidad de vida”, no es sinónimo de estilo de vida pero ambos interfieren con el mantenimiento de la salud, el estilo de vida a nivel de interacciones con su medio ambiente y el de calidad de vida a nivel de creencias individuales acerca de su salud. Para tener claro a que nos referimos cuando se menciona calidad de vida es oportuno aludir que Carpio, et. al., indica que es : *“el resultante funcional del estado y conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales, psicológicas de los individuos, estado que define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas en que su comportamiento, como modo de existencia practica, tiene lugar así, como los resultados de*

dicho ajuste tiene sobre el ambiente y sobre el propio organismo.” (Carpio, 2002 p.15).

Sin embargo esta definición no es la única ya que Schwartzmann (2003) menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como la ... *“ percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de, cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, enfatizando así mismo la importancia de la auto-evaluación de los factores culturales.*

Es conveniente tener ambas definiciones porque complementan la manera en que los especialistas puedan entender de manera integral el problema y brindar alternativas efectivas. Para medir la calidad de vida Schwartzmann (op. cit.) indica una serie de puntos en relación con la salud propuestas por el Grupo HOQOOL, en 1995 teniendo en consideración los siguientes aspectos:

Subjetivos: recoger la percepción de la persona involucrada.

Multidimensionales: revelar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles, físico, emocional, social, interpersonal etc.

Incluir sentimientos positivos y negativos.

Registrar la variabilidad del tiempo: la edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), en el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.

2.3.3. Percepción de riesgo y creencias de salud.

Al evaluar la calidad y estilos de vida el especialista tiene elementos de juicio para cambiar la percepción ante un posible riesgo de padecer o presentar alguna enfermedad; para realizar este cambio es necesario conocer cuales son las creencias que tienen los jóvenes en cuanto a su salud y percepción de riesgo de una enfermedad, Meda (2004) comenta que ...*“la percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia*

vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad), y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad).” .

Los jóvenes universitarios, tienen creencias favorables relacionadas con la actividad física, deporte, creencias de tener conductas de autocuidado tales como evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas; sin embargo, estas creencias no coinciden con las prácticas saludables que realizan los jóvenes.

Este autor indica que las creencias de reducir la amenaza ante alguna enfermedad están en relación con la eficacia de reducir dicha amenaza y el convencimiento de que los beneficios superarán los costos (percepción de beneficios y barreras). Meda (2004).

Una de las variables clave son los estímulos internos y externos; como ejemplo de estímulo interno, es el síntoma de alguna enfermedad mientras que un estímulo externo puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. Es aquí la importancia de implementar intervenciones efectivas dirigidas a cambiar y afirmar estas creencias y llevarlas a acciones de protección y promoción de la salud.

Otra de las investigaciones relacionadas con las ciencias y las acciones dirigidas a la salud en jóvenes universitarios es demostrada por Arrivillaga 2003 quien identifica variables importantes en la influencia de factores socio-ambientales en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias de jóvenes, respecto a su salud.

- ✓ Una de las variables detectadas es que a mayor edad, la presencia de creencias favorables a la salud es directamente relacionada con la percepción de vulnerabilidad que se produce con el paso del tiempo y de los años.
- ✓ Otra de las variables es que las mujeres jóvenes tienen más creencias favorables hacia la actividad física, hábitos alimenticios y autocuidado en comparación con los hombres.

- ✓ En cuanto a la relación creencias y prácticas sobre la salud, un resultado significativo en varias de las dimensiones del estilo de vida fue la incongruencia entre las creencias y el tipo de prácticas ejecutadas por los jóvenes.

Para identificar en qué momento se encuentran los jóvenes para realizar el cambio de hábitos Arivillaga (2003, p.193) indica que, si se desconocen las conductas de riesgo es más probable que los jóvenes no realicen prácticas saludables.

Si se conocen las conductas de riesgo pero no se actúa, puede deberse a estas razones:

... “La persona que ni siquiera piensa en practicar una conducta saludable, trae consigo una actitud de indiferencia y hasta cierto punto negativa, sobre la práctica misma. Aquí, el conocimiento es de su importancia.

La persona piensa en practicar la conducta saludable, pero aún no se decide a hacerlo. En este caso, a pesar de la actitud positiva hacia la práctica saludable, existe un problema de compromiso y motivación frente a la misma.

La persona decide no practicar la conducta saludable. Lo que opera en esta situación es un proceso denominado “invulnerabilidad percibida”.

La persona piensa y siente que no es vulnerable y no tiene ninguna posibilidad de desarrollar alguna disfunción o enfermedad alguna. Es decir los jóvenes que realizan comportamientos habituales que no son favorecedores de la salud, pueden tener consecuencias negativas solo a largo plazo y las probabilidades nunca señalan una relación directa entre por ejemplo, fumar y desarrollar cáncer de pulmón en todas las personas, porque esta relación como muchas otras no es unicausal, lo que influye aún más en el proceso de invulnerabilidad percibida.

La persona decide practicar la conducta saludable pero aún no empieza a ejercitarla. En este caso no se identifican claramente los riesgos de no

llevar a cabo la práctica saludable, se presentan problemas en la toma de decisiones y las intenciones de desarrollar un estilo de vida saludable. Esto se relaciona directamente con el tema del autocontrol, como un medio importante para lograr mantener una serie de hábitos y pautas constantes de conducta que constituyen un estilo de vida promotor de la salud o que disminuyan los factores de riesgo para la aparición de la enfermedad”.

Para atender los distintos procesos psicológicos (aprendizaje, cognición, motivación y emoción.) asociados con la adopción de estilos de vida saludable y calidad vida como determinantes en el desarrollo de alguna enfermedad, a continuación se describirán algunos de estos factores que son de suma importancia para las personas que padecen hipertensión.

2.3.4. Hábitos alimenticios.

Los hábitos alimenticios inadecuados son un factor clave que en combinación con la vida sedentaria propician el desarrollo de hipertensión Holguin & Cols, (2006 p. 543) indican que: *...” el componente educativo respecto a los hábitos alimenticios con apoyo de un profesional de nutrición y dietética, en un programa de intervención, requiere de instrucciones precisas en el caso de cambios en el comportamiento alimentario, orientación sobre la eliminación de algunos alimentos, cómo reemplazar unos con otros, reducción de porciones, el manejo de las calorías, y lo mas importante reestructurar mitos y creencias culturales acerca de la valoración y/o descalificación de algunos alimentos en el manejo de presión arterial”.*

Dado que las personas somos quienes elegimos nuestros alimentos, así como la cantidad, calidad y lugar tanto de compra como de consumo de los mismos, Bowman y Russell (2003) mencionan que en numerosas ocasiones, nos vemos mediados o influenciados por elementos ambientales o cognitivos como: el momento del día, los factores socioculturales, las creencias y las

actitudes. Estos elementos, generalmente dan la pauta para el consumo y elección de nuestros alimentos. Es así que la comida ya no es tanto una necesidad fisiológica sino que es ya dependiente del medio exterior para obtener un adecuado equilibrio energético. De acuerdo con (Mela y Rogers, 1998. en: Bowman y Russell, 2003), es necesario relacionar y balancear las señales fisiológicas con los factores ambientales y cognitivos.

No hay que dejar de lado la relación existente entre los factores que regulan nuestros hábitos alimenticios; en la actualidad nuestro estilo de vida acelerado, el estrés, el bombardeo en los medios de comunicación sobre los alimentos de consumo rápido y de bajo costo, entre otros factores, han hecho modificar nuestras prácticas alimenticias. Le damos más importancia a lo que “se nos antoja” comer, sin que ello implique que el alimento es saludable, pese a esto, el fácil acceso a este tipo de comida hace mayor su consumo. En el caso de la hipertensión se hace énfasis principalmente en el bajo consumo de sodio, por lo tanto es recomendable que la ingesta de sal sea por debajo de cinco gramos por día, pues esto reduce las cifras de presión arterial sistólica.

2.3.5. Ejercicio físico.

Otro factor relevante para la prevalencia de la hipertensión es la inactividad física, en la hipertensión arterial existe un idea errónea la cual interfiere con la ejecución del ejercicio físico, pues las personas que padecen este problema, piensan que no pueden realizar actividad física pues al aumentar su presión arterial pueden sufrir alguna complicación.

Centelles (2005, p. 9) aclara esta idea errónea e indica que: *...” la práctica regular de ejercicios aeróbicos, como por ejemplo 30 ó 40 minutos de caminata a paso vivo, 3 ó 4 veces por semana, se puede disminuir la presión sanguínea, por reducción significativa de los valores de presión arterial sistólica*

(PAS) y presión arterial diastólica (PAD). Con la práctica de actividad física isotónica, progresiva y sistemática, de 20 minutos diarios, hay una disminución de la mortalidad por causa cardiovascular en 30%.” Esta autora también hace hincapié en que: ...”la caminata es el tipo de ejercicio que se recomienda a personas que padecen hipertensión, como ejemplo está la caminata como actividad física y se recomienda realizarla de 3 a 4 veces por semana, en un espacio amplio y bien ventilado, la Intensidad deberá ser baja o moderada sin llegar a una mediana intensidad, la duración es de 3 tiempos de 10 minutos, en caminatas durante 10 minutos, se realizará un descanso de 2 a 3 minutos de recuperación con respiraciones amplias”.

El ejercicio físico incrementa el aporte de oxígeno y mejora la contracción miocárdica, disminuye la frecuencia cardiaca basal y la tensión arterial en reposo en actividades diarias, incrementa el diámetro y capacidad de dilatación de las arterias coronarias, provocando una mejor circulación.

2.3.6. Redes sociales.

Holguin & Cols, (2006 p. 544) indican que: *...”en pacientes con alguna enfermedad crónica es indispensable la vinculación activa de la familia en el proceso de asimilación de los cambios y estilos de vida y más importante aun en el mantenimiento de estos. Reconocer así mismo, los ajustes que la mayoría de las veces las familias tienen que realizar para reforzar los cambios del familiar afectado, el programa de intervención debe de fortalecer el desarrollo de habilidades por parte el paciente para interactuar positivamente con sus familiares, amigos y profesionales de la salud en especial en los acuerdos y negociaciones relacionados con cambios en la alimentación y rutinas familiares que pueda interferir en el logro de los objetivos”.*

Robles (2004 p. 260), menciona que es importante en el área de relaciones de pares y sociales porque *“...la evaluación de indicadores afectivos, cognitivos y conductuales relacionados con las interacciones sociales, como la expresión emocional apropiada ante una variedad de situaciones; percepciones realistas de situaciones sociales; comprensión*

empática; actividades para la toma de decisiones; orientación para la solución de problemas e indicadores de funcionamiento social en el trabajo, la escuela o centros recreativos”.

Es de suma importancia el apoyo de la familia y /o amigos en el diagnóstico y transcurso de un padecimiento crónico; este apoyo funge como soporte para enfrentar los diferentes cambios que la persona tiene en el diagnóstico de hipertensión; tales cambios como es de la dieta, la adherencia al tratamiento, en los hábitos de sueño, ejercicio, etcétera; facilitando que se lleven a cabo los distintos tratamientos médicos y psicológicos.

Como se describió anteriormente, la psicología es un campo más que puede contribuir, influir y apoyar a otras ciencias en el estudio, investigación y tratamiento de padecimientos crónicos, como lo es en la hipertensión arterial.

En primera instancia el conocimiento de la psicología científica y aplicada, en conjunto con el Modelo propuesto por Ribes (1990) y la ubicación de esta perspectiva en medios masivos de comunicación, en combinación con diferentes modelos de intervención comunitaria pueden ser empleados; sin perder el objeto de estudio de la psicología, que son las interacciones de un individuo con su medio ambiente; con lo que se espera repercutir en diferentes conductas y/o acciones en beneficio de la salud de los estudiantes. Para obtener estas metas, se describirán diferentes modelos de intervención comunitaria en el siguiente capítulo 3.

CAPITULO 3

MODELOS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN SALUD.

Este capítulo referirá la importancia que tiene el trabajo del psicólogo comunitario desarrollando programas e intervenciones en la promoción y difusión de la salud, en un inicio se describirán varias definiciones para comprender todo lo referente al trabajo comunitario. Entre estas definiciones se encuentran las de conceptos tales como comunidad, organización comunitaria, salud pública, psicología y medicina conductual; así como las diferentes funciones que desempeña un psicólogo en esta área.

Esta propuesta de intervención comunitaria esta enfocada a los universitarios de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala que padecen hipertensión arterial y que realizan conductas de riesgo similares, tiene el objetivo de motivar conductas protectoras hacia la salud de estos estudiantes.

Se llevará acabo por medio de diferentes modelos de intervención comunitaria que han tenido resultados exitosos, sin perder el objetivo de la psicología de la salud que es la conducta individual, pues los estudiantes que padecen hipertensión arterial realizan conductas de riesgo afines las cuales se pretende motivar al cambio en beneficio de su salud. La intervención fue diseñada para individuos, pero la vía de contacto será de impacto comunitario por medio de la red de comunicación efectiva de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

3.1 Definiciones referentes a la intervención comunitaria.

Definición de comunidad: Para Minkler M y Wallerstein N (2002), La comunidad es definida por sus características e intereses tales como etnia, orientación sexual u ocupación. Las comunidades tienden a especificarse por tres características: la primera de ellas, es que las comunidades tienen la función de reunir personas basadas en necesidad de apoyo, la segunda de

estas características es que son unidades de interacción social, la tercera característica es que son unidades simbólicas de identidad colectiva.

Estos autores mencionan dos teorías que tratan de explicar el concepto de comunidad, la primera de ellas es la **perspectiva de sistemas ecológicos**, la cual estudia las comunidades autónomas geográficamente, enfocándose en características de la población tales como: tamaño, densidad, heterogeneidad, medio ambiente físico y estructura de organización social.

En contraste, la perspectiva o teoría de **sistemas sociales**, se enfoca principalmente en la organización formal que opera dentro de la comunidad, explorando de manera horizontal la interacción de subsistemas comunitarios (político y económico) y de manera vertical los sistemas extracomunitarios. Minkler M y Wallerstein (2002).

Warrens en 1963 concibe las comunidades como etnias, que cambian su estructura y función de acuerdo al desarrollo de niveles sociales políticos y económicos.

Minkler M y Wallerstein (2002) describen que dentro de las comunidades existen subsistemas y si la comunidad es más o menos heterogénea se determinarán las estrategias empleadas para el logro de objetivos.

Definición de organización comunitaria: Ahora, para comprender más acerca de las comunidades comenzaremos por definir a qué se refiere el término de organización comunitaria. Este tipo de organización se comenzó desde 1800 en E.U. gracias a los esfuerzos por coordinar servicios de ayuda para inmigrantes y población de bajos recursos económico a base de diferentes movimientos sociales. Entre los movimientos sociales se encuentra el movimiento populista que comienza con la revolución agraria convirtiéndose en una alianza multisectorial y una mayor fuerza política, otro de los movimientos laborales fue el de 1930 y 1940 que forma organizaciones y coaliciones que tenían el objetivo de cambiar la jornada laboral.

Minkler M y Wallerstein (2002) concluyen que el campo de trabajo en comunidades se realiza por medio de colaboración, cooperación y consensos, mejorando las tácticas y estrategias para ayudar a resolver los problemas.

Para 1970, existen nuevas investigaciones dirigidas a la promoción de la salud, incrementando el interés y participación en el control de factores de enfermedad por medio de la participación, organización pública, nuevas políticas en espacios gubernamentales y no gubernamentales, mayor número de proyectos que reducen las diferencias entre grupos, Minkler M y Wallerstein (2002).

En estas definiciones explicamos la importancia de conocer las características de una comunidad, así como también algunas teorías que analizan las historias y los procesos de organización comunitaria por medio de movimientos sociales. Los resultados de algunas teorías dan como resultado cambios por medio de estrategias específicas de intervención a diferentes niveles. Ejemplo de ello son cambios a nivel político en cuestiones de salud dentro de una comunidad. Sin embargo continuaremos con la definición de conceptos que serán de gran ayuda para comprender lo referente a la salud dentro de comunidades y las diferentes ciencias relacionadas con este tema.

Salud Pública: Oldenburg (2002) menciona que el término de Salud Pública se refiere a la combinación de programas, estos programas se basan en las creencias que tiene la población en combinación con técnicas relacionadas con el mantenimiento y mejoramiento de la salud de una población en específico, en conjunto con acciones sociales y colectivas. Ahora bien los servicios e instituciones de salud destacan la necesidad de la prevención para reducir la enfermedad, muerte e incapacidad de una población.

Promoción de la Salud: La Promoción en Salud es el proceso de capacitar a individuos y comunidades, incrementando el control tanto de la misma población como de los servicios e instituciones de salud en base a determinantes de salud. Oldenburg (2002).

Psicología de la Salud: Oldenburg (2002) indica que la Psicología de la Salud: es la disciplina científica que contribuye en la identificación,

promoción, prevención, tratamiento de enfermedades, correlación de la etiología, diagnóstico y mantenimiento de la salud.

Medicina Conductual: La Medicina Conductual es una profesión Interdisciplinaria que desarrolla conocimiento relevante e integra lo psicosocial, conductual y biomédico en los procesos de salud y de enfermedad en la aplicación de conocimiento, prevención, etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La medicina conductual extiende sus esfuerzos en la investigación entendiendo fundamentalmente los mecanismos bioconductuales, diagnóstico clínico, intervención, prevención en la enfermedad y promoción en la salud. Así mismo relaciona la práctica e investigación en salud pública, en base a la prevención de enfermedades y promoción de la salud con el apoyo de la psicología de la salud. Oldenbug (2002)

Epidemiología: La Epidemiología es la ciencia que identifica factores de riesgo de enfermedad (analiza sistemas y genera patrones de enfermedad), comprende las influencias globales en salud.

Estas definiciones son clave para comprender la importancia del conocimiento de diferentes ciencias y analizar las problemáticas de salud en comunidades, con el fin de promover ciertos cambios por medio de la acción de los integrantes de la misma comunidad en beneficio de su salud, llevando a cabo propuestas a diferentes niveles como es a nivel político. Más adelante se describirá lo referente al trabajo del psicólogo en comunidades y se analizarán diferentes metodologías de intervención en problemas de salud dentro de comunidades.

Otro de los puntos importantes, es que se debe facilitar la construcción comunitaria para que sea la misma comunidad la que en primera instancia detecte sus problemas y lleve a cabo posibles soluciones, siendo los mismos integrantes de la comunidad los responsables del cambio, para llevar este objetivo se describirá a continuación el trabajo que desempeña un psicólogo en comunidades.

3.2 El papel del psicólogo en comunidades.

Para Minkler M y Wallerstein N (2002), el apoyo brindado por el psicólogo comunitario, radica en ayudar a describir junto con la comunidad cuales son los problemas o sus demandas, es decir: "Empezar donde la gente esta".

Biglan (2002) menciona algunos objetivos que el psicólogo tiene que llevar a cabo en la intervención comunitaria tomando en cuenta que: el psicólogo ayuda en la identificación de los problemas que la comunidad considere necesario resolver, capacita a los integrantes de la comunidad, modifica factores de riesgo, crea objetivos, programas, y políticas en beneficio de la salud así mismo el psicólogo debe contar con una metodología conceptual, incluyendo estudios de epidemiología. También investiga factores de riesgo, factores protectores, debe conocer y aplicar evaluaciones experimentales, analizar los datos y políticas específicas, organizar la evidencia e informa los datos obtenidos, crear, validar y administrar instrumentos de evaluación.

Por su parte Arenas (2001 en: Diez 1990, p. 22) comparte esta opinión donde el psicólogo proporcione a la comunidad:

"...La creación de mayores oportunidades, educativas y laborales para la solución de problemas de salud. Brindar asistencia social, enfocándose en integrar aspectos técnicos, profesionales y científicos.

El entrenamiento comunitario, debe tener un enfoque múltiple y tienen que generar recursos humanos mediante la preparación de no-profesionales y paraprofesionales. La prevención debe ser objeto central de cualquier programa con un enfoque comunitario. El psicólogo y la comunidad deben participar en forma activa y ser responsables en la detección de problemas y necesidades, así como en el diseño de programas para abordarlas".

Oldenburg (2002) indica que el trabajo del psicólogo en comunidades deberá ser: el de Investigar, desarrollar hipótesis, desarrollar metodologías adecuadas, llevar a cabo Intervención en diferentes niveles dentro de una

población, tomar en cuenta estudios de población, implementar estudios, acumular evidencia, innovar la difusión por medio de medios publicitarios, evaluar diferentes etapas dentro de la intervención, dar seguimiento y monitoreo constante. Así mismo las intervenciones del psicólogo comunitario serán dirigidas a diferentes niveles como son:

- A nivel político
- Social
- Medioambiental

Las intervenciones se llevarán a cabo en diferentes contextos como:

- Escuela
- Trabajo
- Centros de salud

Se puede realizar cambios en:

- Legislación,
- Sistemas políticos, regionales y estatales.

Como se describe anteriormente por varios autores, es muy amplio el trabajo del psicólogo en comunidades, así mismo se resalta la importancia de dirigir las actividades y acciones de manera sistemática, tomando en cuenta distintas variables y factores tanto en la evaluación como en la implementación del programa. Para lograr objetivos de manera exitosa, se deben considerar diferentes niveles y factores sociopolíticos, así como económicos para desarrollar cambios por cada área de incidencia dentro de la comunidad en el ámbito de la salud. En seguida abordaremos la problemática que se detecta en el trabajo de la psicología comunitaria, referente a la aplicación de la investigación y teoría psicológica en la práctica en promoción y difusión de la salud en el ámbito comunitario.

3.3. Problemáticas en la investigación e intervención comunitaria en la salud.

Uno de los problemas que existen actualmente en la investigación de la psicología en el ámbito de la salud es que la investigación actual no está dirigida a la intervención en comunidades especialmente en promoción y difusión de la salud, Oldenburg (2002) analizó varios artículos publicados en 12 revistas en el año 1994, referentes a la promoción de la salud en conductas asociadas con enfermedades cardiovasculares y cáncer. Estos reportes de investigación están relacionados con los esfuerzos del cambio conductual en diversos niveles tales como el nivel social, medioambiental y político. El análisis que realiza Oldenburg (2002 p.2) muestra claramente que: *“...Existe un abismo entre el porcentaje de investigaciones en promoción en salud y la práctica”* y concluye que aún persiste la problemática entre la generación del conocimiento y la puesta en práctica de dicho conocimiento. Así mismo menciona que los reportes dan mucha mayor atención al desarrollo de la investigación, en comparación con el desarrollo de métodos efectivos, para ampliar la propagación y difusión de estas intervenciones. Claramente la transferencia del conocimiento dentro de la práctica, es esencial para disponer y mejorar la práctica de la promoción de salud, la disponibilidad de resultados en investigaciones relevantes no garantiza prácticas beneficiosas. Tal transferencia de conocimiento incluye el desarrollo de investigaciones formales, organizaciones y estructuras de soporte apropiadas a una meta, financiadas y monitoreadas, en la propagación y entrenamiento actual para profesionales e investigadores.

Greenwald y Cullen (2002) desarrollan investigaciones e identifican los contextos de las intervenciones para definir el problema. Tales modelos son utilizados para conceptualizar los pasos dentro de la planeación y adopción de programas. Estos autores indican que los resultados que aparecen frecuentemente en muchas investigaciones en promoción de la salud, son difíciles de aplicar en la vida real. Kottke et. al. (1990), enfatizan varios modelos en promoción de la salud e intervienen en múltiples niveles, incluyendo el psicológico socio-ambiental y componentes políticos; comparten la idea de que

es limitada la investigación en estas áreas, porque los investigadores no tienen muchos estudios en relación con variables relevantes en estrategias de intervención y promoción en salud.

Oldenbug (2002) indica que la investigación contemporánea promoción-salud no está suficientemente enfocada a los contextos sociales, medioambientales en conductas saludables, tampoco a métodos adecuados que implementen estrategias en promoción de la salud enfocándose a lo social y medioambiental. Se espera que estos resultados estimulen la investigación en promoción y difusión; mejorando y extendiendo la práctica en promoción de la salud.

Es por ello que según Oldenburg las metas se dirigen principalmente a mejorar la investigación e intervención en salud pública, promover la salud dentro de la práctica, implementar políticas relevantes, alentar la investigación e intervención en conductas que no son estudiadas actualmente, asegurar la eficacia y efectividad previa a la implementación de políticas comunitarias, así como investigar métodos y programas efectivos de difusión e implementación de estrategias sociales y medioambientales en promoción de la salud.

Debido a esta grave problemática caracterizada porque las investigaciones actuales se han olvidado de implementar intervenciones en promoción y difusión de la salud, así mismo como el desarrollar métodos necesarios para incidir en la problemáticas de la salud en comunidades, mas adelante se presentará una propuesta de un programa de intervención que trata de cubrir la demanda en la promoción y sensibilización de conductas protectoras de salud en universitarios que padecen hipertensión.

3.4 Características a considerar en la Prevención y Promoción en Salud a nivel comunitario.

Oldenburg (2002) menciona que para comprender más acerca de intervención, de investigación y de práctica en medicina conductual a nivel comunitario, es necesario considerar ciertos factores tales como:

- A) Desarrollo local y global que afectan la salud

- B) Determinantes socioeconómicos.
- C) Explicación en diferentes multiniveles
- D) Mejoras basadas en la investigación.

Y explica la importancia de transferir las intervenciones hacia el mundo real, desarrollando una infraestructura sustentable que refuerce la investigación, educación, entrenamiento en programas y dirección de las necesidades en salud para poblaciones en desventaja.

Oldenburg (2002) menciona que los factores clave como el estilo de vida y conducta saludable, son la meta para influenciar a la población, evitando la inactividad física, fumar, tomar alcohol, uso de drogas, promoción de conductas protectoras como es el uso de medicamentos, inmunización, salud reproductiva, salud sexual, higiene oral y salud mental. Así mismo indica que la pobreza como las diferencias sociales y económicas son la mayor causa de enfermedad, en 1995 el reporte de salud mental describe que la pobreza es la mayor contribución de enfermedad mental, estrés, suicidio, desintegración familiar y abuso de sustancias. La combinación de estos factores es la causa de reducción en la expectativa de vida y aumento de discapacidad. Así mismo las poblaciones indígenas que reflejan las desventajas sociales y económicas, están expuestas a factores de riesgo, sociales y económicos; como desempleo, bajos ingresos, poca educación, desnutrición, uso dañino de sustancias y violencia. Localizadas estas variables las intervenciones tienen que estar dirigidas a diferentes niveles, que garanticen evidencia, eficacia y efectividad de los procedimientos. Para lograr el objetivo de estas intervenciones se necesita:

- 1.- Mejorar la política social y económica (macronivel).
- 2.- Optimizar las condiciones de vida en el trabajo.
- 3.- Reducir los factores de riesgo.
- 4.- Capacitar a los individuos en el empoderamiento, incluyendo factores de redes de apoyo.
- 5.- Generar un sistema equitativo de salud.

Jonh y Mc Kinlay (en Oldenburg 2002), Mencionan que es necesario mejorar el análisis, dirigiendo las intervenciones psicológicas hacia el nivel de vida medioambiental o estructura social. Esta estrategia se enfoca tanto al cambio individual, como al comunitario por medio de la publicidad, cambios en la legislación y el uso de políticas restrictivas; en un marco específico tal como escuelas, trabajo o contextos de salud o grupos clave en la comunidad al asegurar la reducción en los índices de factores de riesgo poblacionales como mortalidad y morbilidad.

Varias intervenciones utilizan combinaciones conductuales, enfocándose en la influencia del medio ambiente, relacionando enfermedades crónicas, cardiovasculares y cáncer. Identifican que la clave está en las intervenciones en comunidades a diferentes niveles. Estas intervenciones efectivas necesitan: a) tener una perspectiva multinivel, b) dirección social en las desigualdades y factores de riesgo, c) incluir programas de planeación e implementación comunitaria, d) reunir investigaciones e intervenciones adecuadas a la comunidad y e) utilizar procesos de localización. Oldenburg (2002).

Los resultados de la investigación generados por la difusión pretenden generar cambios en los sistemas políticos, regionales, estatales y a nivel nacional. Recientemente los modelos y estructuras tienen identificado un número de etapas distintas en la investigación, desarrollo y evaluación que definen el problema de salud. Incluye desarrollo de hipótesis, métodos, intervenciones controladas, pruebas, estudios de población, implementación y demostración de estudios. Oldenburg (2002).

Este autor indica que la acumulación de evidencia base, intervenciones e innovaciones en el desarrollo de evaluaciones en la institucionalización de políticas son de utilidad potencial, de quienes están dentro del área de salud pública. Esta estructura clave incluye: a) desarrollo e investigación básica, b) innovación en la difusión, c) institucionalización y sustentabilidad que puede ser empleada en identificación de intervenciones a nivel individual, grupal o a través de la población, incluyendo cambios en la legislación y medioambiente político.

Oldenburg (2002) indica que es necesario ampliar el ámbito de la medicina conductual, fomentar más investigaciones que se enfoquen en difusión de evidencia, para que los resultados efectivos y apropiados se trasladen a la práctica del mundo real. Los resultados identificados son factores comunes, e incluyen lo siguiente:

- 1.- El desarrollo e implementación de estrategias de cambio a multinivel, referentes a las causas y determinantes de salud conductual.
- 2.- Colaboración con el sector salud y sociedad.
- 3.- Contribución activa por parte del sector salud.
- 4.- Compromiso político más allá de un solo sector
- 5.- Desarrollo de evidencia epidemiológica de la salud.
- 6.- Desarrollo de programas medioambientales, en educación universitaria.
- 7.- Evaluación y monitoreo de los esfuerzos identificados.

Por su parte Gómez de Campo (1999, p.25-26). *“... Indica la importancia del esquema científico de la relación entre el individuo y los sistemas sociales desde una perspectiva interdisciplinaria, la acentuación en la prevención primaria como objetivo básico de la intervención psicológica, la necesidad de que la psicología aporte elementos teóricos y prácticos significativos para la solución de los problemas sociales, como para el diseño de estrategias que faciliten el desarrollo de los nuevos y mejores modelos de cambio social. Inclusión de comunidades marginadas y grupos desfavorecidos dentro de los destinatarios de los servicios profesionales. Urgencia de nuevos programas de estudio que contribuyan a la formación de psicólogos y de ejercer la profesión en una variedad de contextos que salgan de lo tradicional, importancia en impulsar modelos y teorías orientadas hacia la salud y el crecimiento”.*

Ya detectadas las variables tanto protectoras como de riesgo a la salud se puede implementar tanto estrategias de intervención y propuestas a diferentes niveles tanto a nivel comunitario como también a nivel político e

institucional de una comunidad, es por esta razón que analizaremos diferentes modelos de intervención comunitaria que han tenido éxito en sus intervenciones, los cuales se combinarán para dar pie a la propuesta de intervención de sensibilizar a los universitarios que padecen hipertensión a realizar cambios en beneficio de su salud.

3.5 Modelos de Intervención comunitaria.

Según Casas (1996, p 34.) la intervención comunitaria “...*está orientada a dinamizar una comunidad para que sea capaz de prever o afrontar necesidades o problemas que le afecten, en última instancia situaciones sociales consideradas injustas o no deseables para dicha comunidad, la cual se siente afectada por una responsabilidad colectiva*”. Es así que el trabajo de un psicólogo en comunidades está dirigido a evaluar, detectar, desarrollar, intervenir, investigar así mismo llevar cabo seguimientos de la intervención empleada apoyando la dirección del cambio comunitario; antes, durante y después de un tratamiento que modifica la problemática encontrando una solución exitosa. Ahora describiremos cuatro Modelos de intervención Comunitaria los cuales serán combinados para la implementación de nuestra intervención que mas adelante en el capítulo cuatro será descrita.

3.5.1. Modelo Preceder- Proceder.

Este modelo utiliza las teorías interpersonales, individuales y teorías de cambio en la comunidad, emplea folletos, cintas de vídeo, grupos de apoyo y anuncios de servicio público. Los cuales representan sólo algunas de las herramientas disponibles para los profesionales de la salud en el diseño, la ejecución y evaluación para el programa de cambio en la salud. Este tipo de modelo proporciona una estructura en la aplicación de teorías y estrategias de intervención se puedan identificar y aplicar.

El Modelo Preceder se basa en la premisa de que el diagnóstico médico precede a un plan de tratamiento, por lo que debe preceder a la educación de un plan de intervención.

Es hasta 1991, que el Modelo fue al marco de preceder para conocer la importancia de los factores ambientales como determinantes de la salud y las conductas en salud. En los dos últimos decenios, la importante contribución de factores de estilo de vida para la salud pública y el bienestar ha sido cada vez más reconocida. En el rubro sobre el estilo de vida se encuentra la dieta, el ejercicio, situaciones que generan estrés, el uso de cigarrillos, así como la ingesta de alcohol y prácticas sexuales, los cuales han sido vinculados a la longevidad y la calidad de vida.

El objetivo de este Modelo radica en la participación activa de los destinatarios así como en la definición de sus propios problemas de alta prioridad y objetivos en el cambio conductual de la salud, este modelo tiene 9 pasos de planificación para abordar los problemas de salud de la comunidad y elegir así, las estrategias adecuadas para su intervención y plan de acción.

Paso 1. Evaluación social.- Primeramente se realizan actividades tales como reunir datos, entrevistar a los líderes dentro de la comunidad, evaluar en conjunto la forma más adecuada de elaborar los programas de intervención y la capacidad del programa como de los miembros de la comunidad para generar un cambio en la salud.

Paso 2. Evaluación Epidemiológica.- Un estudio epidemiológico ayuda a determinar los problemas de salud más frecuentes o de mayor importancia en la comunidad. Sirve para analizar los datos subsecuentes a los obtenidos, investigar otros de forma general (estadísticas o encuestas) para conocer la morbilidad y mortalidad de la población, especificar los planes o programas de acción, personas o grupos específicos para el mejoramiento de la salud y a su vez mejorar la calidad de vida.

Paso 3. Desarrollo de una evaluación ambiental.- Evaluar y determinar los factores ambientales, sociales y físicos que contribuyen a los problemas de salud vinculados a los estilos de vida y que pongan en riesgo a la comunidad. Siendo detectados los factores de riesgo se requiere de estrategias distintas a

la educación como en los casos de condiciones inadecuadas para la alimentación o falta de recursos para la nutrición, por ejemplo, la teoría cognitiva puede ser utilizada en los casos de preparación de los alimentos, al entrenar al líder la forma adecuada de preparar los alimentos.

Paso 4 .Evaluación de la educación y del medio ambiente.- Después de seleccionar el comportamiento y los factores ambientales para la intervención, el paso 4 identifica el antecedente y el fortalecimiento de tales factores, que deben iniciar y sostener el proceso de cambio. Estos se clasifican como factores facilitadores que influyan colectivamente en el comportamiento y que produzcan cambios en el medio ambiente. Tales factores pueden ser actitudes, creencias, preferencias personales y aptitudes existentes, entre otras, reforzar los factores que proporcionan un comportamiento continuo garantizando la persistencia o repetición de la conducta; son el apoyo social, la influencia de los pares y otros significativos. Los factores que pueden afectar la conducta directa o indirectamente, son factores medio ambientales a incluirse en programas, servicios y recursos.

Los factores de predisposición se enumeran y valoran en términos de importancia y mutabilidad, desarrollando los objetivos prioritarios de intervención. Este proceso, al igual que en todos los pasos anteriores, debe ser impulsado por un profundo conocimiento de la literatura empírica relevante y con la aportación de la comunidad a través de su participación en la planificación o mediante la recolección de datos.

Paso 5. Evaluación de Políticas y Administrativas.- La finalidad es determinar políticas, recursos y circunstancias dominantes en el contexto del programa y organización que podrían facilitar o dificultar la implementación del programa. Green y Kreuter (1999) define el proceder como: la política es el conjunto de objetivos y normas para las actividades de una organización o administración, la regulación es el acto de ejecución de las políticas y cumplir las normas o leyes que reúne la coordinación de los recursos necesarios para aplicar un programa.

En esta etapa, se detallan las estrategias de intervención, la mayoría de los planificadores definen e identifican a las personas "clave" y evalúan la disponibilidad de los recursos necesarios (tiempo, la gente, la financiación) así como los obstáculos tales como el compromiso personal, la falta de espacio, si alguna organización política no participa en la implementación del programa, etc.

Paso 6. Aplicación y evaluación.- En este punto, el programa de promoción de la salud está listo para su aplicación. Normalmente, el proceso de evaluación determina la medida en que el programa se ejecutó de acuerdo con el protocolo. Se evalúa el impacto en el cambio, los factores facilitadores de la conducta y los factores ambientales. Por último la evaluación de resultados determina el efecto del programa sobre la salud y la calidad de vida.

La evaluación social conduce a la comprensión de las necesidades que se perciben en la comunidad, las características epidemiológicas, de comportamiento y de las evaluaciones educativas de las necesidades reales. Los puntos de intervención son los lugares donde estas necesidades se entrecruzan. La administración y la política de las evaluaciones definen los parámetros en el que una intervención puede funcionar. La planificación de programas suele ser un proceso interactivo en el que las decisiones anteriores son constantemente evaluadas a la luz de nuevos datos, recursos y otras decisiones.

Paso 7- 9 Impacto y resultados de evaluación.- Se evalúa el impacto del diseño del programa así como los resultados que pueda tener en la aplicación dentro de la comunidad. Ya sea en forma de subgrupos en los que a uno se les den todas las instrucciones como grupo control, para mejorar la salud, prevenir enfermedades y aumentar la calidad de vida; mientras que a otro, se le den pocas o sólo una instrucción como el mejorar la salud. De ahí, puede evaluar el impacto sobre la participación de las personas y el diseño del mismo programa así como su alcance en la comunidad.

El modelo de planificación PRECEDER- PROCEDER proporciona un enfoque de la promoción de la salud en la planificación del programa que es a la vez crítico acerca de dónde y cómo intervenir. Las categorías de los factores determinantes del comportamiento son lo suficientemente amplias para incluir la mayoría de las construcciones teóricas para el problema objeto de estudio y al mismo tiempo ayuda a garantizar un enfoque amplio para la solución de problemas. Mediante la incorporación de distintos niveles de análisis del problema y vinculando a los factores determinantes de los métodos de intervención, el proceso de promoción de la salud amplía más allá de la planificación de construcciones que se incluyen en una sola teoría. PRECEDER - PROCEDER es considerado como un modelo de planificación y de integración que puede ser utilizado para ayudar en la aplicación de la teoría a la práctica.

3.5.2 Modelo Trasteórico o Modelo de Cambio por etapas.

Rimer, B. (2002) menciona que es uno de los Modelos más utilizados en salud conductual desarrollado por educadores de la salud, enfermeras y médicos. El Modelo indica que es necesario alcanzar la “intención” de la persona renuente para lograr un cambio, en comparación con el que piensa cambiar. Una de las etapas del cambio, es evaluada con personas con iniciativa propia, que puede empezar con una terapia guiada u otras intervenciones que cubran sus necesidades.

Cabe aclarar que este Modelo de Intervención es de impacto individual sin embargo puede ser de suma utilidad para la propuesta de intervención, pues nos brinda un panorama de cómo los jóvenes universitarios que padecen hipertensión arterial se encuentran en la tercera, cuarta y quinta etapa donde los mensajes a nivel comunitario tratarán de motivar e impactar en el cambio de conductas protectoras.

Rakowsk, et al y otros (1993) encuentran necesario añadir etapas de riesgo o recaídas (subetapas). Este Modelo es apto para poblaciones de bajos

ingresos o étnias, utiliza mensajes individualizados e información altamente efectiva. Así mismo evalúa qué tan efectivas son las intervenciones.

El modelo predice que la persona puede pasar por 7 etapas en la modificación de su conducta:

- 1.- la primera es que la persona niega tener que oír el riesgo.
- 2.- en la segunda etapa la persona admite oír el riesgo de otros.
- 3.- la tercera etapa es que la persona admiten oír y asumir el riesgo.
- 4.- en la cuarta etapa la persona construye la desición para actuar.
- 5.- para la quinta etapa la persona adopta el cambio conductual.
- 6.- en la sexta etapa la persona inicia la conducta.
- 7.- y en la última etapa la persona es capaz de mantener la conducta.

Usualmente la persona pasa por todas las etapas, en algunos casos puede ser muy rápido, pero varía en cada etapa.

En la etapa 3 donde la persona admite oír y asumir el riesgo, reconoce que la prevención es efectiva y vital hacia la iniciativa en la decisión al acto. Las intervenciones en salud deben señalar la precaución, informar acerca del riesgo existente y derrotar los prejuicios que afectan la aceptación al cambio.

Este modelo puede clasificar y diferenciar etapas de cambio conductual, incluye intervenciones terapéuticas, variables en la evaluación de programas de intervención, evaluación de variables independientes y dependientes, así mismo ayuda a comprender los mediadores de la conducta, lo que que significa un importante paso para desarrollar intervenciones efectivas.

3.5.3. Modelo de Marketing Social.

Puesto que Mainbach & y Cols (2002) indican que se ha especulado en relación con la mercadotecnia aplicada al cambio social, comenzaremos por definir a qué se refiere la mercadotecnia social:

- ✓ Promueve la conducta voluntaria de una población meta, ofreciendo beneficios que ellos anhelan y reduce barreras relacionadas, por medio de la persuasión para motivar la participación en las diferentes actividades. (Koter y Roberto, 1989).
- ✓ Analiza la aplicación de la tecnología en la mercadotecnia comercial, al evaluar, analizar y desarrollar programas para influir en la conducta voluntaria de la población meta mejorando su bienestar personal. (Andersen, 1995).
- ✓ Por último consiste en el cambio de dos o más participantes, en el cual cada uno intenta mejorar sus intereses percibidos, para lograr fines comunes. (Rothschild, 1999).

Mainbach, et al (2002) proponen que la definición de mercadotecnia social sea un proceso que intenta crear el cambio voluntario a partir de una organización de mercadotecnia y una comunidad, basada en la mutua satisfacción de objetivos. La organización de mercadotecnia usa sus recursos para entender el interés percibido de la población meta; organiza y ofrece un paquete de beneficios asociados a un producto, servicio o idea, reduciendo las barreras que interfieren en la adopción o mantenimiento de ese producto, servicio o idea.

Los objetivos que la mercadotecnia social son:

- Intervenir en la conducta voluntaria de los miembros de la comunidad meta.
- Cambiar o mantener la conducta de la persona.
- Ofrecer beneficios y reducir barreras, por medio de la conducta que realizan las personas.
- La diferencia de la mercadotecnia social y la comercial, es que en la mercadotecnia social los únicos beneficiados son las comunidades.
- Los profesionales de la salud detectan las necesidades de la comunidad por medio de evaluación y persuasión al cambio, en base a productos del interés de la comunidad.
- La motivación es un factor clave.

La Mercadotecnia modifica el atractivo de opciones específicas de conducta, a través del uso de incentivos u otros beneficios que refuerzan positivamente a través de la reducción de barreras o costos asociados a la conducta. Cambia a ojos de la población, las escalas de elección y competencia con otros productos, servicios o ideas. El reforzador directo e inmediato moldea efectivamente la conducta, más de lo que lo hace la expectativa del beneficio futuro. Se interesa por identificar, reducir o quitar barreras que interfieren con la conducta blanco, esas barreras pueden ser de tipo: económico, personal, social y ambiental.

Existen cuatro elementos clave de la práctica de la mercadotecnia:

Producto. Lo importante es cómo ofrecerlo para elicitarse en la audiencia el deseo de tenerlo. Hay que identificar los intereses de la comunidad, también deben planearse los recursos disponibles y la creación de nuevos productos o servicios así como la alteración de los existentes. Se deben ofrecer los deseos no satisfechos como posibilidades.

Precio. Evaluar barreras o costos involucrados en la adopción de la conducta deseable, maximizar la reducción de costos. Se investigan las características del consumidor, para identificar la percepción de la comunidad acerca del costo del producto. Los costos percibidos por mínimos que sean, se convierten en barreras significativas.

Lugar. El canal de distribución puede ser el elemento más importante. El producto debe hacerse accesible y conveniente, hay que entender con detalle dónde gasta la gente su tiempo, cuando y dónde toman sus decisiones y quién tiene acceso a ellos en esos momentos críticos.

Promoción. Se puede esperar el cambio voluntario siempre y cuando se asegure que el producto ofrece beneficios o atractivos a un precio razonable y está disponible en el lugar adecuado. Involucra elementos de comunicación o educación incluyendo la combinación de diferentes posibilidades visuales, auditivas, humanas, tecnológicas, físicas, etc

Es importante tener en cuenta que los miembros de una comunidad son libres de elegir o rechazar, por lo tanto debe entender y responder de acuerdo con sus necesidades percibidas. Existen algunas consideraciones en el proceso del desarrollo del Modelo:

Investigación: en dos niveles, el primero de ellos es el nivel del consumidor (escucharlo, enseñarlo, entenderlo, identificar sus necesidades, beneficios y barreras), el segundo nivel es del ambiente (Competencia existente, significado social, significado ambiental y económico).

División: de la población de acuerdo con características o elementos comunes. Las variables de decisión pueden ser demográficas (sexo, edad, etnicidad, nivel social, etc.), geográficas, psicológicas y conductuales. Con la segmentación se puede refinar la orientación del problema. Los beneficios y las barreras son más relevantes, los recursos se pueden optimizar.

Programas blanco: dirigidos a poblaciones diferenciales, de acuerdo con sus características

Minimizar recursos: en relación con las características de la población, este modelo ofrece una metodología de investigación, evaluación de usuarios y de ambiente.

Competencia cultural: se interviene cuando se conocen las conductas relevantes y consideraciones culturales asociadas.

La mercadotecnia social es un procedimiento que se utiliza a nivel local y nacional, con población de altos y bajos recursos.

3.5.4. Modelo de Diversidad Cultural

La aplicación de teorías relacionadas con la conducta saludable define claramente variables que pueden ser medibles y verificadas empíricamente. El proceso teórico de operacionalizar variables permite analizar las características de manera individual y grupal tales como: etnia, estatus socioeconómico, género, edad y localización geográfica. La lógica de este modelo se basa en la identificación de diferentes sub-grupos que compone una población, para

diseñar la intervención a partir de niveles que satisfagan las necesidades de los sub-grupos elegidos.

Resnicow & cols. (2002) aclaran que existen diferencias dentro de una población (poblaciones especiales), basadas en características como raza, etnia, género, orientación sexual, edad, localización y lenguaje. Los programas adaptados al cambio de salud conductual en estas poblaciones se describen por variables para desarrollar las intervenciones en sensibilidad cultural. La explicación de los programas al cambio de salud conductual se deriva de cuatro observaciones:

1.- En primera instancia por el aumento de la Diversidad étnica y racial en E. U. (7 millones en el 2000), este crecimiento desarrolló la aplicación de teorías en subgrupos y étnias en el contexto de E.U., el Modelo analiza los indicadores socioeconómicos en status étnicos y raciales, diferencias sociales como: personas con bajos recursos, educación, acceso a la salud y diferencias entre sub-grupos. El modelo prevé las diferencias en salud como lenguaje, discriminación y ausencia de profesionales, realiza programas que atiendan las desventajas de inmigrantes. Este modelo explica que las intervenciones que se han realizado son ineficaces porque se dirigen a poblaciones homogéneas, donde lo adecuado sería trabajar a partir de intervenciones dirigidas a contextos adecuándose a la diversidad de los diferentes sub-grupos de la población.

2.- Describe las diferencias en salud por índices de enfermedad y mortandad entre minorías (mexicanos, africanos, nativos de Alaska, hawaianos en comparación con los blancos), entre hombres, mujeres y niños.

3.- Enfatiza el conocimiento de los Factores conductuales de riesgo y "estrategias de detección".

4.-Analiza las diferencias en predictores de salud conductual por grupos, entendiendo las correlaciones y definiciones entre etnias y razas.

Este Modelo toma en cuenta la percepción de los individuos, motiva de acuerdo con la edad, género, grupo étnico, analiza los hábitos y prácticas de protección e influye en los factores culturales.

Resnicow & cols. (2002) definen conceptos relacionados con la sensibilidad cultural para conocer la dimensión y aplicación de las intervenciones, estos conceptos son:

Susceptibilidad Cultural: la susceptibilidad cultural se refiere a las características culturales, experiencias, normas, valores, patrones de conducta, creencias de una población, metas, medio ambiente, evalúa las intervenciones en salud y programas de cambio conductual.

Competencia Cultural: el término es referente a la capacidad individual de ejercer sensibilidad cultural interpersonal, puede emplearse algunos programas, materiales y mensajes.

Multicultural: El término multicultural aprecia perspectivas multirraciales, de grupos étnicos, sin suposición de superioridad o inferioridad, en este sentido la competencia cultural individual y las intervenciones de sensibilidad cultural, son implícitas y plurales.

Identidad de Etnia: incluye orgullo étnico y racial, semejanza por ingrupos, por ejemplo: comida, lenguaje, actitudes de una cultura mayor, compromiso con el grupo en particular, frecuentemente incluye adaptación o adopción de valores y prácticas de la multitud.

Para comprender las Dimensiones de la susceptibilidad cultural, son conceptualizadas por dos términos:

- *Estructura superficial*
- *Estructura de profundidad.*

La *estructura superficial* comprende las características de las conductas de riesgo, se observa características sociales y conductuales de la población, se emplea materiales audiovisuales e impresos, utiliza personas, lugares, lenguaje, música, comida (canales, escenarios etc.) con el fin de “envolver a la población meta en el desarrollo del proceso de la intervención”.

La *estructura de profundidad*: influye en la salud conductual y en poblaciones distintas, estudia la cultura, lo psicosocial, medioambiental y los factores históricos, Esta estructura analiza cómo la población meta percibe la causa, curso y tratamiento de las enfermedades específicas en salud conductual, esta estructura comprende variables como la religión, familia, sociedad, economía y gobierno que influyen en la conducta meta, es decir “como la creencia contribuye en el impacto de un programa”. Esta estructura indica y prevé el impacto de la intervención en base a la observación. El modelo puede ser adaptado por cada etnia o grupo, la teoría, proporciona una vista sistemática de situaciones específicas relacionadas entre variables, explica, predice y generaliza.

El desarrollo y la aplicación de las intervenciones, se realizan en base a un análisis del medioambiente social, enfermedades y factores de riesgo pretendiendo sensibilizar culturalmente a una población. Las entrevistas recuperan información clave y brindan resultados preeliminares, los miembros de la comunidad deberán ser convocados para explorar los pensamientos, sentimientos, experiencias y lenguaje. El *Mapping ethnic* identifica el lenguaje o vocabulario (modismos) para que las intervenciones se lleven a cabo con esta técnica.

En este capítulo describimos las diferentes definiciones relacionadas con la salud, comunidad y sus características, el amplio y arduo trabajo que el psicólogo puede desempeñar en comunidades por medio de evaluar diferentes niveles, comprendiendo los factores políticos, sociales y económicos así como la importancia en desarrollar programas dirigidos a resolver la problemática de promoción y difusión de la salud en la comunidad, trasladar el conocimiento a la práctica y realizar propuestas en políticas efectivas en torno a la salud. Se describieron varios modelos de intervención comunitaria e individual, que fueron la base para la propuesta de intervención en promoción y sensibilización en estudiantes universitarios que padecen hipertensión arterial, con base en ello el capítulo cuatro se desarrolla con la propuesta del programa de intervención.

CAPITULO 4

PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA.

4.1 Título: Programa de intervención comunitaria que sensibilice a los estudiantes de la FESI con hipertensión, para desarrollar acciones dirigidas a la promoción de su salud.

4.2 Nombre del responsable: Martínez Cabañas Cecilia

4.3 Presentación:

El presente proyecto específico se deriva de un proyecto general autorizado por el Programa de Apoyo a Proyectos para la Innovación y Mejoramiento de la Enseñanza (PAPIME), titulado "INTERVENCIÓN COMUNITARIA DIRIGIDA A ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS CON ENFERMEDAD CRÓNICA. UNA PROPUESTA MULTIDISCIPLINARIA", el cual tiene como objetivo desarrollar conductas promotoras de la salud en estudiantes universitarios con enfermedad crónica relacionada con síndrome metabólico. Tiene como hipótesis que si se conoce la incidencia de alteraciones de la salud relacionada con síndrome metabólico, de los alumnos de nuevo ingreso de la generación 2004 de la FES Iztacala, entonces se estará en condición de proponer estrategias específicas de intervención comunitaria dirigidas a modificar el estilo de vida de los alumnos detectados, con lo que se espera incrementar la eficacia de los mismos alumnos. Por esta razón se plantean tres líneas estratégicas de trabajo.

1.-La primera de ellas está enfocada a promover la creación y desarrollo de iniciativas institucionales encaminadas a fomentar la educación para la salud de los estudiantes de la FESI.

2.- En la segunda línea se pretende crear una identidad institucional que aglutine en temas relacionados con salud, a los alumnos de las seis carreras que se ofrecen en la FESI.

3.- En la línea tres se espera desarrollar las acciones dirigidas a la modificación de las actitudes de los alumnos.

Estas líneas de acción estratégica impactarán mediante tres programas prioritarios de intervención los cuales son:

- I. Nivel Institucional Administración. El primer nivel tiene cuatro subprogramas que son el académico, administrativo, relaciones interinstitucionales e inmueble.
- II. Nivel Institucional Identificación Donde se pretende la creación, desarrollo y difusión de identidad institucional hacia fomento de la salud. Cuenta con dos subprogramas, el primero de ellos tiene el propósito de Instaurar una red de comunicación efectiva y el segundo se propone la creación de “identidad institucional” que aglutine a los alumnos de las seis carreras de la FESI.
- III. Nivel Población. Está dirigido a los alumnos y enfocado a la modificación tanto de conductas como actitudes de riesgo para la salud, se divide en dos subprogramas: prevención e intervención.

Para abordar la problemática referente a la alta incidencia de estudiantes con alguna enfermedad crónica degenerativa relacionada con síndrome metabólico, es necesario desarrollar un plan estratégico de intervención a nivel comunitario. Con el apoyo de una metodología de impacto institucional; por lo tanto, los modelos base para desarrollar esta propuesta fueron:

Modelo Preceder- Proceder (Carlson et. Alt. 2002)

Se basa en la participación activa de la población meta, definiendo sus problemas de alta prioridad y objetivos, promoviendo un cambio conductual hacia la salud.

Modelo de Marketing Social (Maibach, et. al. 2002).

Promueve la conducta voluntaria de la población blanco, al ofrecer los beneficios que ellos desean y reducir las barreras relacionadas. Usa la persuasión para motivar la participación.

Modelo de Diversidad Cultural (Resnicow, et. al. 2002).

Este modelo toma principalmente características individuales y grupales, entiende cómo los miembros de la población meta, perciben la causa, curso y tratamientos de las enfermedades.

Modelo Trasteórico o Modelo de Cambio por etapas (Rimer, et. al. 2002).

Identifica la etapa de aceptación al cambio de la persona por medio de la “intención” y dirigir las intervenciones hacia esta etapa.

4.4 Área o dependencia: Grupo Multidisciplinario de Investigación en Salud y Rendimiento Académico (GMISARA).

4.5 Descripción del proyecto específico:

Se puede observar que la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas ha aumentado considerablemente en edades más tempranas. El INEGI reporta un aumento en el porcentaje de defunciones por padecimientos de ciertas enfermedades, en adolescentes de entre 15 y 29 años en México, de 1990 al 2005. Entre ellas, se encuentran en sexto lugar los padecimientos del corazón; puesto que en 1990 había un 3.1% de la población que fallecía por este motivo, pero para el año 2005, hubo un aumento de .5%, llegando a 3.6% de jóvenes que murieron por padecimientos del corazón. (INEGI 23/04/08)

Otra fuente de datos que reporta un alta incidencia en enfermedades crónicas degenerativas, es el Examen Médico Automatizado (EMA) aplicado a la generación 2004, de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; mostrando que de 1548 alumnos de todas las carreras, 636 reportan padecer una enfermedad crónica degenerativa. De los cuales 57 mencionaron tener asma, 2 indicaron padecer cáncer, 1 reportó diabetes, 7 epilepsia, 18 fiebre reumática,

136 tienen hepatitis, 85 indican enfermedades renales, 31 problemas cardiovasculares, 17 enfermedades pulmonares, 200 dijeron tener migraña, 232 mencionan ser obesos, y finalmente 76 alumnos indicaron tener diagnosticada hipertensión arterial.

De éstos últimos 20 corresponden al sexo masculino y 56 al femenino. Sin embargo, otro dato interesante es que de la muestra total de alumnos de generación 2004 a quienes se les aplicó el EMA, 17 hombres y 36 mujeres mencionaron desconocer si padecen hipertensión arterial, dando como resultado de esto 53 alumnos que podrían padecer esta enfermedad crónica sin saberlo.

La hipertensión arterial es una de las tantas enfermedades crónicas que con el paso del tiempo si no son atendidas adecuadamente, pueden ir deteriorando de manera física y psicológica a la persona que las padece.

De ahí la importancia de implementar una propuesta Multidisciplinaria que tenga por objetivo desarrollar un programa de intervención con impacto comunitario, que sensibilice a los estudiantes con hipertensión para desarrollar acciones dirigidas a la promoción de su salud.

Para llevar a cabo esta iniciativa, las acciones se dividieron en cuatro fases:

1.- EVALUAR se analizó a la población blanco en dos horizontes:

El primero fue a nivel de su perfil social, psicológico y cultural.

El segundo fue un estudio del contexto físico, administrativo y académico, en el que se encuentran al ser estudiantes de alguna carrera de las que se ofrecen en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

En ambas situaciones se hicieron observaciones directas, entrevistas y análisis de los datos arrojados del Examen Médico Automatizado (EMA) en la generación 2004- 2006 y estadística relacionada con muerte por enfermedad del corazón reportada por INEGI (2008).

2.- PLANEAR en esta fase se buscó evidencia empírica acerca de la relación que existe entre el comportamiento y la salud, particularmente en la

presencia de hipertensión arterial, desde una perspectiva psicológica. También se organizaron seminarios con fines de analizar los distintos modelos de intervención comunitaria en base a esta búsqueda y análisis se estructuró tres subfases de intervención:

2.1. Informar: Esta subfase se llevará a cabo en cuatro etapas:

El primer plano dará a conocer las estadísticas que reporta el INEGI, como son las causas de fallecimiento entre jóvenes de 15 a 29 años de edad, y en enfermedades crónica degenerativa.

En segundo plano se brindarán los datos de las enfermedades que existen en la población estudiantil de la FESI en las generaciones 2004-2006.

En tercer lugar solo se darán las estadísticas de reporte de hipertensión en la generación 2008, así como los alumnos que no saben o que están en riesgo de padecer esta enfermedad, para después dar a conocer la información de este padecimiento como sus consecuencias, las fases y tratamientos etc.

En cuarto lugar solo se brindaran las estadísticas de deserción a causa de enfermedad crónica.

2.2. Activar: en esta subfase se motivará a los alumnos al cambio de actitud, en base a frases formuladas a partir del perfil psicológico y sociocultural de los alumnos.

La distribución de frases será en base a la red de comunicación efectiva y se llevará a cabo en la subfase de Difusión.

2.3. Canalizar: se ofrecerán las distintas opciones tanto a nivel médico como actividades distintas en beneficio del tratamiento a los estudiantes que padecen hipertensión, las distintas opciones serán distribuidas en base a la ayuda de la red de comunicación efectiva, llevándose a cabo durante la subfase de difusión.

3. DIFUNDIR se contará con la ayuda de la red de comunicación efectiva y de la identidad institucional para llevar a cabo la difusión de mensajes, actividades alternativas y opciones de servicio en el Sector Salud.

4. SEGUIMIENTO Se pretende hacer una evaluación continua en relación a los resultados obtenidos, mediante un instrumento de reporte escrito, enviado a los alumnos que padecen hipertensión.

4.6 Objetivo de la siguiente propuesta es:

Elaborar un programa de intervención con impacto institucional, que sensibilice a los estudiantes con hipertensión para desarrollar acciones dirigidas a la promoción de su salud.

4.7 Tiempo: Indefinido

4.8 Diagnostico: El análisis está basado en una serie de elementos positivos y negativos de la evaluación institucional, que nos dan contexto para el desarrollo de actividades el cual es el siguiente:

Fortalezas (interno):

- Actualmente la Dirección de la FESI está fomentando el cambio curricular en las seis carreras (Psicología, Medicina, Optometría, Enfermería, Biología y Odontología) y es mayor la posibilidad de incluir la propuesta.
- Los estudiantes están bajo una política institucional
- Los estudiantes tienen un buen acercamiento a los recursos electrónicos
- En el Campus hay Instalaciones deportivas (canchas de fútbol, básquetbol y pista,), administrativas (salones Unidad de seminarios, explanadas y laboratorios de cómputo) que pueden apoyar las actividades de proyecto.
- Los participantes en el proyecto conforman un Equipo Multidisciplinario.

- El programa de intervención atiende distintos procesos psicológicos asociados con la adopción de estilos de vida saludables. (aprendizaje, cognición, motivación y emoción).

Oportunidades (externo):

- Se cuenta con cinco clínicas periféricas de atención a la salud
- Se cuenta con apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que presta atención médica a los alumnos inscritos en la UNAM.
- Tenemos el apoyo económico de PAPIME
- Coincidencia con campañas prosalud de diferentes instituciones
- Desarrollo de investigación en Psicología Aplicada a la salud y trabajo multidisciplinario trabajo comunitario

Debilidades:

- Los estudiantes no tienen la confianza suficiente en la Institución
- Los estudiantes tienen poco interés en su salud
- Los estudiantes no tienen conocimiento de servicios y ubicación de los consultorios de la FESI.
- Son resistentes al cambio, presentan problemas en la toma de decisiones y autocontrol.
- Los estudiantes no se perciben como vulnerables a la enfermedad.
- A pesar que tienen la información acerca de su padecimiento realizan conductas de riesgo.

Amenazas:

- No exista el Apoyo de la Institución en el préstamo de instalaciones deportivas o en acceso a la difusión de mensajes en la Gaceta.
- No exista un mecanismo de inscripción automática para el IMSS y acceso de base de datos.

4.9 Estrategias evaluación:

- Observación directa.
- Discusión derivada del seminario dirigido al análisis de modelos comunitarios de intervención, con perspectiva institucional o comunitaria.
- Se utilizó el Examen Médico Automatizado (EMA), elaborado por la Dirección General de Servicios Médicos (DGSM) de la UNAM. Instrumento de auto-informe escrito, con 346 reactivos distribuidos en 62 áreas que exploran: problemas de salud general, signos y síntomas no saludables, enfermedades infecciosas y crónicas, contacto con enfermos contagiosos, antecedentes heredo-familiares, enfermedades del aparato reproductor femenino y masculino, trastornos alimentarios, problemas visuales y odontológicos, talla, peso, dieta, estilo alimentario, estrategias para el control de peso, proyección hacia el futuro, actitud agresiva, indicadores de depresión y estrés, redes sociales de apoyo, relaciones interpersonales, maltrato emocional y físico, abuso sexual, lesiones, relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, embarazo, tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas no legales, uso del tiempo libre, actividad física y nivel socioeconómico. El EMA arroja frecuencia en cada uno de sus ítems.

Para llevar a cabo el seguimiento se realizará un cuestionario elaborado y difundido por Internet a los estudiantes que padecen hipertensión, obteniendo su opinión acerca de:

D1= Los alumnos conocen su estado de salud actual

D2= Los alumnos conocen las conductas de riesgo relacionadas con síndrome metabólico

D3= Los alumnos realizan las conductas que incrementan el riesgo de sufrir síndrome metabólico

- Las frases y conductas en pro de su salud.
- Se contara con la ayuda de Servicios Estudiantiles para conocer las bajas definitivas a causa de la hipertensión.
- Asistencia de los alumnos a los consultorios médicos por carrera para mantenerse al tanto de su hipertensión.

Etapas			
Fases	Planeación	Difusión	Seguimiento
Información	<p><i>Los carteles contendrán las Estadísticas del INEGI referentes a las principales causas de muerte en adolescentes, junto con las frases que a continuación se mencionan.</i></p> <p>Hey! Tu guey voltea si tu!!! Yque crees!!! hoy me entere de algo espeluznante....</p> <p>Sabes cuantos chavos se quiebran a causa de alguna enfermedad crónica</p>	<p>La difusión para la etapa de información se llevará a cabo por medio de los recursos y estrategias generados en el Programa II. para la creación, desarrollo y difusión de identidad institucional hacia fomento de la salud, colocando la información en puntos y espacios Estratégicos.</p>	<p>Para llevar a cabo el seguimiento se realizará un cuestionario elaborado y difundido por Internet a los estudiantes que padecen hipertensión, obteniendo su opinión acerca de las frases y si han realizado algún cambio a favor del cuidado de la salud (chequeos, toma de medicamento, realizar actividad física etc.) Se contara con la ayuda de Servicios Estudiantiles para conocer las bajas definitivas a causa de la hipertensión. Asistencia a los consultorios médicos por carrera para mantenerse al tanto de su toma de presión.</p>

	<p><i>Los carteles contendrán las Estadísticas de la generación 2004-2008 de las enfermedades crónicas mas frecuentes dentro de la población estudiantil de la FESI, junto con las siguientes frases que a continuación se mencionan.</i></p> <p>Te voy a decir la netaaunque es posible que sientas bien gacho... pero mas vale tarde que nunca...</p>		
	<p><i>Los carteles contendrán las Estadísticas de la generación 2008 en hipertensión junto con las siguientes frases que a continuación se mencionan</i></p> <p>No es choro... estamos bien amolados: Tú ¿de qué lado estás'?</p>		
	<p><i>Los carteles contendrán las Estadísticas de los alumnos de la FESI que desertan por motivos de salud junto con las siguientes frases que a continuación se mencionan</i></p> <p>No manches!!!... ¿Sabes cuantos de tus amigos arrastran la cobija y no acaban la carrera por que se enferman? pues ahí te va!!!</p>		
	<p>iiiA verdad!!! si que está cañón.... más cuando yo pertenezco a las estadísticas ¿Y tu que tal?????.....</p> <p>Y tu estas haciendo algo para no ser del montón??</p>		

	<p><i>Los carteles contendrán las frases e imágenes (dibujos dispersos en el cartel referentes a la sintomatología) siguientes:</i></p> <p>Si sientes que: te dan palpitaciones mariposas en el estómago te zumban los oídos te duele la cabeza NO estas enamorado!!! Tienes hipertensión!!! CHECATE!!!!!!</p>		
Activación	<p><i>Esta es una pequeña historieta que será relatada con el emblema de identidad institucional de acuerdo al programa II para la creación, desarrollo y difusión de identidad institucional hacia el fomento de la salud.</i></p>	<p>La etapa de activación se llevará a cabo con la ayuda de un espacio en la Gaceta como parte de la historieta en promoción de la salud.</p>	
	<p><i>Los carteles contendrán las frases e imágenes que se describen a continuación:</i></p> <p>Checa tu presión pa que ames con pasión</p>		
	<p>Que lo único que se te suba sea tu novio..... checa tu presión</p>		
	<p>¿Te gustaría ser amado? empieza por ti, vigila tu presión.</p>		

	<p>Para que tu corazón no lastime a los que amas..... checa tu presión</p>		
	<p>Ser feliz depende de ti..... tú tienes el poder de cambiar las cosas ATREVETE!!!!!!!</p> <p>Los que de corazón se quieren vigilan su presión</p> <p>Un corazón es una riqueza que no se vende ni se compra pero sí se cuida... atiende tu hipertensión</p> <p>Sabes lo que hoy siente tu corazón... aprende a escucharlo toma tu presión</p> <p>Frases de corazón: cuídate, haz ejercicio, pórtate bien, ponte el suéter, checa tu presión, no llegues tarde, duerme bien, come saludable, llevas llaves,</p>		
	<p>Oye tu! Voltea!! Responde: ¿Comes a tus horas? ¿Duermes bien? ¿Haces ejercicio? ¿Eres feliz? Shhhhhhh!!!! Si respondes a mas de 1 que no... ven con nosotros!!</p> <p>Una de color rosa para la cabeza, otra azul para el estomago, otra de color</p>		

	amarillo para la gripa TEN CUIDADO !!! No te automediques es PELIGROSO!!		
	No se vale rajarse así que ponte la pilas y checa tu presión!!		
	Por si las moscas mejor me checo y tomo mi medicamento!		
	Yo si me rifo! Estoy al tanto de mi presión		

4.10 Recursos disponibles:

- Apoyo Institucional
- Infraestructura de la FESI
- Recursos Humanos y materiales de los participantes.

4.11 Indicadores de Rendimiento:

Criterios de evaluación y/o seguimiento

Se realizara una encuesta vía correo electrónico a los alumnos que padecen hipertensión acerca de las frases distribuidas por la facultad obteniendo su opinión y el impacto que ésta frase produjo.

4.12 Articulación con el Plan:

Línea Estratégica de Acción: Línea III a Nivel de Población

Programa: Modificación de Conductas y Actitudes de riesgo para la salud, en subprograma de intervención

CONCLUSION.

La combinación de diferentes conductas pueden aumentar o disminuir que el ser humano padezca alguna enfermedad, en el caso de la hipertensión enfermedad crónica que provoca alteraciones sistémicas en el organismo y puede ocasionar la muerte, se tienen identificadas conductas de riesgo que desencadenan esta enfermedad, como llevar una vida sedentaria, consumir altas cantidades de grasa y sal, fumar, beber alcohol, estar expuestos a situaciones estresantes y de ansiedad.

En base a los resultados del EMA (Examen Medico Automatizado) aplicado a los jóvenes de la FESI de la generación 2004 se descubrió que de 1548 alumnos 76 alumnos indicaron tener diagnosticada hipertensión arterial, pero existen 53 alumnos que mencionaron desconocer si padecen hipertensión arterial. Estas cifras revelan que se debe implementar programas de intervención en promoción y difusión de la salud. Esta es una de las razones por la cual se hace la propuesta de intervención en promoción y difusión de la salud. Para llevar a cabo esta propuesta en motivar a los estudiantes de la FESI que ya padecen hipertensión arterial a realizar cambios conductuales, cognitivos en beneficio de su salud y mejorar su rendimiento académico se realizaron frases de acuerdo con el perfil psicosociocultural. La vía de contacto será de impacto comunitario por medio de la red de comunicación efectiva de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Y esta basada en diferentes modelos de intervención comunitaria que han tenido resultados exitosos, sin perder el objetivo de la psicología de la salud que es la conducta individual, aportando una metodología que brinda continuidad en la investigación e intervención en promoción y difusión de la salud.

Se sugiere llevar a cabo intervenciones por parte de las diferentes carreras de la FESI en torno a temas de salud para tener una perspectiva multidisciplinaria y modificar conductas de riesgo para sumar esfuerzos en beneficio de la salud de los alumnos, así mismo se plantea realizar mayor difusión en cuanto a los servicios de las cinco clínicas periféricas de la FES, brindar información acerca de los servicios el seguro facultativo por parte del IMSS y difundir las campañas de salud de diferentes instituciones.

La propuesta del programa de intervención que se describe anteriormente se verá beneficiada por medio de la gaceta, links desde la página de Internet de la facultad, se requerirá de recurso humano y materiales que distribuyan la información y frases en lugares estratégicos de la facultad.

Se espera tener un seguimiento por medio de cuestionarios que serán distribuidos por medio de los correos de los estudiantes que padecen hipertensión y se llevarán constantes evaluaciones buscando las opiniones y sugerencias de los propios estudiantes para actualizar y renovar este proyecto.

Una de las estrategias para la difusión y promoción de la salud será tener actividades atractivas para los jóvenes como: pequeños videos, historietas, comics, graffiti, cine debate etc.

Las complicaciones que se pueden presentar es que no se tenga el apoyo necesario por parte de la institución en el préstamo de instalaciones, deportivas y/o culturales, que no exista el apoyo en la difusión de mensajes en la GACETA o pagina de Internet de la FES, las complicaciones que se pueden presentar en base a los estudiantes es que tienen poco interés en su salud, son resistentes al cambio, además de tener problemas en la toma de decisiones, autocontrol además de no percibirse como vulnerables a la enfermedad.

Tomando en cuenta las complicaciones que se pueden presentar tanto las estrategias se espera tener vías alternas que disminuyan las barreras que se presenten durante la intervención y lograr que los alumnos que ya padecen alguna enfermedad crónica modifiquen conductas de riesgo por conductas protectoras y así entonces mejorar su rendimiento académico.

REFERENCIAS

- Amigo, I. (1994) El control de la hipertensión esencial a través de las técnicas de retroalimentación. Revista Medicina Clínica Vol. 103 N. 6 p 216-218.
- Arenas, E. (2001) Propuesta de intervención multidisciplinaria en comunidades. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. De Méx. México.
- Arrivillaga, M. Salazar, I. Correa, D. (2003) Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia Médica 34. 186-195.
- Bigland, A. & Smolkowski, K. (2002), The role of the community Psychologist in the 21 century. Prevention & Treatment 5.
- Borroto, M. Paz, M. (2001) ¿Influyen algunos factores psicosociales sobre la Hipertensión Arterial.? P.1-
- Bowman, B. & Rusesell, R. (2003) Conocimientos actuales sobre nutrición. Instituto Internacional de Ciencias de la Vida. P. 873 No. 592
- Caja y López (1997) Enfermería Comunitaria II: Epidemiología. Barcelona: México; Masson.
- Carlson, A., McDonald, E. (2002) The Precede-Proceed Planning Model. En: Glanz, K., Rimer, B. Lewis, F. (Ed). Health behavior and the health education. Theory, research and practice. P. 359-382
- Carpio, C. Pacheco, V. Flores, C. y Canales, C. (2002) Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. Revista Sonorense de Psicología, 14 (2) 3-15.

Casas, Ferrán. El rol de los servicios sociales formales en la intervención comunitaria”. En: Sánchez, V. Alipio y Musitu, Gonzalo (compiladores 1996) Intervención comunitaria: aspectos científicos técnicos y valorativos. Ediciones Universitarias de Barcelona.

Centelles, L. Lancés, L. Roldan, J. (2005) La actividad física en la rehabilitación del paciente hipertenso. Propuesta de un sistema de ejercicios. Revista Digital Buenos Aires – 84. (10).

Corchado, M. (2001) Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. Archivos de cardiología de México. V. 71 P. 192-197.

Encuesta Nacional de Salud (ENSA) (2000). (<http://WWW.ims.gob.mx>) Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas 271-284.

Fernández-Abascal E. (2000) Evaluación y tratamiento psicológico de la hipertensión arterial. Intervención psicológica en trastornos de la salud. p.79- 113.

Figuroa, C. & Ramos, B. (2006) Factores de Riesgo en la Hipertensión Arterial y la Salud Cardiovascular en Estudiantes Universitarios: Anales de Psicología Diciembre Vol. 22 p.169-174.

Gómez del Campo. E. José F. (1999). Psicología de la Comunidad. Ed. Plaza y Valdés.

Holguin, L. Correa, D. Arrivillaga, M. Cáceres, D. Varela, M. (2006) Adherencia al Tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un Programa de Intervención Biopsicosocial. Universitas Psicológica. Bogota. Colombia 5 (003) p. 535-547.

- Martínez, C. & Cols. (1999) Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. *Revista Cubana Médica General Integral*. 15, (1). p.46-87
- Maibach, E.; Rothschild, M.; Develli, W (2002), Social Marketing. En: Glanz, K., Rimer, B. Lewis, F. (Ed). Health behavior and health education. Theory, research and practice. p. 437-461.
- Mazarrasa, German y Sanchez (1996) Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Madrid; McGraw-Hill Interamericana.
- Meda, L. Moreno, B. Morales, M. Torres, P. Lara B. Nava, G. (2004) Creencias de Salud–Enfermedad en Estudiantes Universitarios Revista de Educación y Desarrollo. Numero. 3 p. 31-37.
- Minkler, M. Wallerstein. (2002) Improving Health Through Community Organization and Community Building. En: Glanz, K., Rimer, B. Lewis, F. (Ed). Health behavior and health education. Theory, research and practice. 279-281.
- Muñoz, M. (1998) Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En: J. F. Labrador; J. Cruzado y M. Muñoz. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta Madrid: Pirámide.
- Resnicow, k. Braithwaite, R. Dilorio, Colleen, Glanz, Karen. (2002) Applying theory to culturally diverse and unique populations. En: Glanz, K., Rimer, B. Lewis, F. (Ed). Health behavior and health education. Theory, research and practice. p. 485-505. USA; Jossey-Bass.
- Ribes, E. (1990). Psicología y Salud: Un análisis conceptual. España: Martínez.

- Rimer, B. (2002) Perspectives on intrapersonal theories of health behaviour. En: Glanz, K., Rimer, B. Lewis, F. (Ed). Health behavior and health education. Theory, research and practice. P. 144-159.
- Robles, R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En: L Oblitas (Ed.). Psicología de la salud y calidad de vida (p. 249-275). México Thomson.
- Rodríguez, L. (2002). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. Psicología y Ciencia Social, 5 (1). 11-19.
- Oldenburg, B. (2002) Preventing Chronic Disease and Improving Health: Broadening the Scope of Behavioral Medicine Research and Practice. International Journal of Behavioral Medicine, 9 (1), 1-16.
- Oldenburg, B., Sallis, J. French, M. Owen, N, (1999) Health promotion research and the diffusion and institutionalization of interventions. Health Education Research theory & Practice, 14 (1), 121-130.
- Oviedo, M. Espinosa R. Olivares H. Trejo, J. (2003) Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Revista Medicina del IMSS V. 41 P. 15-26.
- Landa, D. P. (1999) El perfil profesional del psicólogo en la presentación de servicios de salud. Revista psicología y ciencia social. Vol.3, No.2. pp. 32-37.
- López, F. (2003) Prevención, Técnicas de Modificación de Conducta para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA) Psicología Científica.com y otros Factores de Riesgo. Alicante España. P. 1-6.

Piedrola, Rey y Domínguez (1994) Medicina Preventiva y Salud Pública
Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas.

Piña, J. Rivera, B. (2006) Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas
sobre su qué y su para qué* V. 5 N. 3 P.

Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial.
(2001). Secretaria de Salud Pública. México, 1-62.

Saez, Font, Pérez y Marqués (2001) Promoción y Educación para la Salud:
Conceptos, Mitología y Programas: Promoción y Educación para la
Salud. Lleida: Milenio.

Schwartzmann, L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos
Conceptuales. Ciencia y Enfermería V. 9 p. 1-15,

<http://www.who.int>

<http://www.medterms.com>

<http://www.vivirmejor.es>

ANEXOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
SECRETARÍA ADMINISTRATIVA
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS MÉDICOS
EXAMEN MÉDICO AUTOMATIZADO PARA ESTUDIANTES
INGRESO/EGRESO GENERACIÓN 2008
LEE ANTES DE EMPEZAR:**



Bienvenido a la UNAM : Este estudio nos permitirá tener los datos iniciales para abrir tu expediente clínico. Los resultados nos serán de utilidad para mejorar los servicios de atención individual, grupal o colectiva y cuidar los aspectos físicos, psicológicos y sociales que contribuyen en la salud de cada uno. Contesta con cuidado. En las preguntas que tienen letras de color blanco debes SELECCIONAR SOLO UNA respuesta; en las de color fuerte es importante que conteste TODOS los incisos. Fíjate en las que debes "BRINCAR"

No. de cuenta	Escuela	Grupo o Carrera	Edad	Sexo
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	0 0	M F
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1 1 1 1	1 1 1 1	1 1	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	2 2 2 2	2 2 2 2	2 2	
3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	3 3 3 3	3 3 3 3	3 3	
4 4 4 4 4 4 4 4 4 4	4 4 4 4	4 4 4 4	4 4	
5 5 5 5 5 5 5 5 5 5	5 5 5 5	5 5 5 5	5 5	
6 6 6 6 6 6 6 6 6 6	6 6 6 6	6 6 6 6	6 6	
7 7 7 7 7 7 7 7 7 7	7 7 7 7	7 7 7 7	7 7	
8 8 8 8 8 8 8 8 8 8	8 8 8 8	8 8 8 8	8 8	
9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	9 9 9 9	9 9 9 9	9 9	

La información que nos proporcionas es totalmente confidencial. Sólo tendrá acceso el equipo de salud.

1) ACTUALMENTE ¿TE SIENTES MAL DE SALUD? SI NO

a) Selecciona sólo UNA

2) EN EL ÚLTIMO MES, ¿HAS TENIDO MOLESTIAS IGUALES O MUY SIMILARES A ESTAS? SI NO

a) ¿Diarrea con sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Debilidad, te han dicho que te has puesto pálido y sientes que te falta el aire con esfuerzo o ejercicios que antes no te cansaban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Dolor e inflamación abdominal, con diarrea, falta de apetito y debilidad general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Debilidad que se acompaña de aumento importante en la sed y en la cantidad que orinas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Convulsiones (ataques)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Desmayos en varias ocasiones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Dolor punzante o ardoroso en la boca del estómago que se acompaña a veces con náuseas, eructos y llegas a vomitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Dolor de cabeza y sensaciones de mareo que se acompaña de zumbido de oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Problemas para oír	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) En tus genitales, comezón, ronchas o enrojecimiento y algún escurreimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Tu orina es turbia (no transparente) y se acompaña de molestias al orinar como ardor, dolor o deseos de seguir orinando aunque ya hayas terminado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Grietas y/o vejiguitas en los pies y has notado que te provocan comezón y mal olor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Alguna de tus articulaciones se inflama, se pone roja y te duele sin que te hayas golpeado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Tus uñas se han puesto gruesas, opacas y oscuras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ñ) Dolor en el pecho o espalda que te aumenta cuando respiras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o) Aparición de moretones sin causa aparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p) Fiebre sin que se sepa la causa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q) Pérdida de peso sin causa aparente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r) Tos que no se te quita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3) DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD, ¿CUALES HAS TENIDO O TIENES?

Contesta cada inciso	SI	NO	No Sé
a) Acné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Amigdalitis (anginas) cinco o más veces al año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Asma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Epilepsia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Escarlatina	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Fiebre reumática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Gripe o tos más de tres veces al año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Infecciones en el oído	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Leucemia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Parálisis permanente en las piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ñ) Mal funcionamiento del corazón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o) Mal funcionamiento pulmonar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p) Malformaciones de nacimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q) Migraña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
r) Obesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
s) Parotiditis (paperas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
t) Presión arterial alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
u) Rubeola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
v) Sarampión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
w) Varicela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
x) ¿Te han puesto transfusiones de sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
y) ¿Te has fracturado: DOS O MAS VECES?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
z) ¿Te han operado: DOS O MAS VECES?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
za) ¿Has tenido infecciones o hemorragias, por ponerte tatuajes o piercings?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
zb) ¿Te han diagnosticado hiperquinesia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4) HAS CONVIVIDO CON PERSONAS QUE PADEZCAN: SI NO

a) SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Tuberculosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5) DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD, INDICA SI LOS PADECEN O LOS HAN PADECIDO TUS FAMILIARES					
Contesta en cada opción	Padre	Madre	Hermanos	Ninguno	No sé
a) Alcoholismo	<input type="radio"/>				
b) Artritis	<input type="radio"/>				
c) Cáncer	<input type="radio"/>				
d) Del corazón	<input type="radio"/>				
e) Depresión	<input type="radio"/>				
f) Diabetes	<input type="radio"/>				
g) Obesidad	<input type="radio"/>				
h) Presión arterial alta	<input type="radio"/>				
i) Tabaquismo	<input type="radio"/>				

SOLO PARA HOMBRES			
6 H) SOBRE TU DESARROLLO FÍSICO:			
Contesta en cada inciso			
		SI	NO
a) ¿Ya has empezado a eyacular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Tienes dificultad para retraer la piel del pene?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Tienes alguno de tus testículos aumentado de volumen y te causa molestia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Tienes los testículos en la bolsa escrotal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿Consideras normal, la forma y tamaño de tus genitales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

♂

SOLO PARA MUJERES			
6 M) SOBRE TU DESARROLLO FÍSICO:			
		SI	NO
a) ¿Ya empezaste a menstruar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Tu menstruación es regular?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿En cada menstruación, ¿tienes dolor tan intenso que te impide hacer tu vida cotidiana?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Consideras normal la forma y tamaño de tus genitales y de tus mamas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

♀

7) ACERCA DE TU VISTA	SI	NO
a) ¿Ves bien de lejos y cerca, sin lentes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Usas lentes? Si tu respuesta es No, por favor pasa con el personal capacitado para que te hagan tu medición de agudeza visual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MEDICION DE AGUDEZA VISUAL	Sólo para el personal capacitado					
c) OJO DERECHO	20/20	20/25	20/30	20/40	20/50	20/60
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0+ <input type="radio"/>
d) OJO IZQUIERDO	20/20	20/25	20/30	20/40	20/50	20/60
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0+ <input type="radio"/>

8) DE TUS MUELAS O DIENTES DEFINITIVOS	Marca los que correspondan: si son más de 8 marca (+)
a) ¿Cuántos has perdido?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 +
b) ¿Cuántos tienes con caries?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 +
c) ¿Cuántos tienes tapados?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 +

8A) ¿CONSIDERAS QUE NECESITAS ATENCION DENTAL?	SI	NO
Selecciona sólo una	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8B) ¿HAS RECIBIDO ATENCION DENTAL EN LOS ULTIMOS DOCE MESES?	SI	NO
Selecciona sólo una	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sigue a 8C)	Brinca a la pregunta 8D)

8C) LOS MOTIVOS DE LA ATENCION FUERON:	SI	NO
a) Revisión dental para limpieza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Dolor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Sangrado de encías	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Dientes flojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Tratamiento de caries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Colocación de prótesis (piezas postizas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Tratamiento de ortodoncia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8D) ¿HAS PERDIDO DIENTES O MUELAS?	SI Sigue a la pregunta 8E)	NO Brinca a la pregunta 8F)
Selecciona sólo una	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8E) ¿CUALES FUERON LAS CAUSAS DE LAS PERDIDAS DE TUS MUELAS O DIENTES?		
Contesta en cada inciso	SI	NO

a) Caries	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Traumatismo (golpe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Movimiento de muela o diente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Tratamiento de ortodoncia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8F) ¿A QUE LUGAR ACUDES COMUNMENTE PARA ATENCION DENTAL?		
Contesta en cada inciso	SI	NO

a) Sector público (SSA, ISSSTE, IMSS, DIF, PEMEX, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Sector privado (consultorios particulares)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Clínicas de instituciones educativas (UNAM, Politécnico, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9) ANOTA TU PESO Y TALLA:	Marca también en los alveolos
a) Peso en Kg.	0 1
<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
b) Estatura en cm.	0 1
<input type="text"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

10) EN LOS ULTIMOS TRES MESES HAS TRATADO BAJAR DE PESO	SI	NO
a) Selecciona sólo UNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Sigue 11	Brinca a 12

11) PARA BAJAR DE PESO, EN LOS ULTIMOS TRES MESES HAS:		
Contesta en cada inciso	SI	NO

a) Tomado laxantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Vomitado lo que acabas de comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Hecho ejercicio dos horas o más al día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Dejado de comer un día o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Tomado pastillas especiales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Tomado diuréticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Has hecho más de dos dietas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12) CONSIDERANDO EL ESFUERZO QUE REALIZAS ACTUALMENTE ¿COMO TE VES EN DIEZ AÑOS?			
Contesta en cada inciso	SI	NO	No sé

a) Con un grupo de amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Casado(a) sin hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Casado y con hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Con mi carrera terminada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Viviendo con mis papás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Trabajando en mi profesión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Realizando estudios de posgrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) En buena forma física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Con automóvil propio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Con casa propia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) ¿CONSIDERAS QUE SE DEBE CORREGIR CON GOLPES A:			
Contesta en cada inciso	SI	NO	A veces

a) ¿Estudiantes que reprobaban años completos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Hijos que le faltan al respeto a sus papás?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Las mujeres que no obedecen a su esposo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Los esposos que le faltan al respeto a su esposa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS
EXAMEN MEDICO AUTOMATIZADO PARA ESTUDIANTES
INGRESO/EGRESO GENERACION 2008**



No. de cuenta									
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Escuela			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Grupo o Carrera			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Llena bien tu número de cuenta y tus respuestas

Si tienes dudas pregunta a los asesores

40) ¿CONSUMES MEDICAMENTOS SIN PRESCRIPCIÓN MEDICA?	SELECCIONA UNA
a) SI	Sigue a 41 <input type="radio"/>
b) NO, nunca he consumido	Brinca a 42 <input type="radio"/>
c) Alguna vez lo hice, pero ya no	Sigue a 41 <input type="radio"/>

41) CUALES MEDICAMENTOS HAS ESTADO USANDO EN LOS ULTIMOS:	12 meses	6 meses	30 días	No he usado
a) Sedantes o tranquilizantes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esteroides (para desarrollar músculos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Para el dolor de cabeza o cólicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Vitaminas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42) EN EL ULTIMO AÑO: CUANTOS DIAS A LA SEMANA	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7
a) Comías en tu casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Te saltabas comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Comías entre comidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

43) CUANTOS DIAS A LA SEMANA COMES O BEBES	0 a 1	2 a 3	4 a 5	6 a 7
a) Agua natural o jugos de frutas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Bolillo y tortilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Carne de res, cerdo, ternera, jamón, chorizo, tocino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Frutas y/o verduras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Helados, pasteles, gansitos, galletas, dulces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Huevo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Leche, yoghurt, quesos blancos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Leguminosa: frijol, haba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Pan y/o cereales de caja o barras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Pizzas, hamburguesas, hot dog y frituras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Pollo, pavo, pescado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) Productos light: leche, refrescos, quesos, helados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Refrescos gaseosos y café	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Sopos, quesadillas, tacos, tortas y tamales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44) Al terminar tus TAREAS escolares y familiares: ¿CUANTAS HORAS AL DIA TE QUEDAN LIBRES?	SELECCIONA UNA
a) 1 a 2	<input type="radio"/>
b) 3 a 4	<input type="radio"/>
c) 5 o más	<input type="radio"/>

45) ¿QUE ES LO QUE MAS HACES EN TU TIEMPO LIBRE?	Más	A veces	No lo hago
a) Leer LIBROS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Ir al cine o pasear en plazas comerciales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Toco un instrumento musical	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Escuchar música	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Ver la televisión y/o video juegos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Deporte o ejercicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Bailar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Entretenerse con la computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

46) De tu tiempo libre: CUANTO PASAS CON:	Más	A veces	Menos
a) Tu familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Tus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Tu pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

47) REALIZAS EJERCICIO QUE: DURE 30 MINUTOS Y TE HAGA SUDAR INTENSAMENTE, CUANDO MENOS 3 VECES A LA SEMANA	SELECCIONA UNA
a) SI	Sigue a 48 <input type="radio"/>
b) NO	Brinca a 49 <input type="radio"/>

48) A LA SEMANA CUANTAS HORAS DEDICAS A:	0	1h	2-3h	4-6h	7 o +
a) Aerobics	<input type="radio"/>				
b) Bailar	<input type="radio"/>				
c) Caminar	<input type="radio"/>				
d) Correr	<input type="radio"/>				
e) Fútbol	<input type="radio"/>				
f) Natación	<input type="radio"/>				
g) Otros deportes o ejercicios	<input type="radio"/>				
h) Pesas	<input type="radio"/>				
i) Trotar	<input type="radio"/>				

49) TU NO REALIZAS EJERCICIO DEBIDO A QUE:	SELECCIONA UNA
a) No me gusta	<input type="radio"/>
b) Me gustaría pero no tengo recursos	<input type="radio"/>
c) No me da tiempo	<input type="radio"/>

50) EL NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN TU CASA ES:	SELECCIONA UNA
a) 2 a 4	<input type="radio"/>
b) 5 a 7	<input type="radio"/>
c) 8 o más	<input type="radio"/>

51) TUS PAPAS (O TUTORES) ESTUDIARON HASTA:	Papá	Mamá
a) Secundaria o menos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Bachillerato o carrera técnica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Licenciatura o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

52) CONSIDERAS QUE TU SITUACION ECONOMICA FAMILIAR ES EN GENERAL		SELECCIONA UNA
a)	Muy buena	<input type="radio"/>
b)	Buena	<input type="radio"/>
c)	Regular	<input type="radio"/>
d)	Malas	<input type="radio"/>
e)	Muy mala	<input type="radio"/>

53) ¿CON QUIEN VIVES?		SELECCIONA UNA
a)	Solo	<input type="radio"/>
b)	Con mi pareja	<input type="radio"/>
c)	Con otros familiares	<input type="radio"/>
d)	Con personas que no son de mi familia	<input type="radio"/>
e)	Con mi papá y mi mamá	<input type="radio"/>
f)	Solo con mi papá	<input type="radio"/>
g)	Solo con mi mamá	<input type="radio"/>

54) DE LOS SIGUIENTES RECURSOS Y SERVICIOS, ¿CUALES TIENES PARA TU USO PERSONAL Y CUALES PARA USO DE LA FAMILIA?			
Contesta en cada inciso	Para ti	Para la familia	No Tenemos
a) Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Computadora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) DVD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Estación de videojuegos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Estéreo con CD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Lap Top	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Reproductor portátil de Mp3 y/o Mp4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Seguro médico privado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Refrigerador	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k) Teléfono celular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l) TV privada (por cable, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m) Viaje de vacaciones cada año	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n) Hornos de microondas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

55) DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN TU CASA SON:			
Contesta en cada inciso	SI	NO	
a) Padre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
b) Madre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
c) Hermanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
d) Tu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

56) EN TU FAMILIA:				
Contesta en cada inciso	Siempre	Casi Siempre	A veces	Nunca
a) Nos gusta pasar juntos el tiempo libre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Cada uno expresa fácilmente lo que desea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Nos pedimos ayuda unos a otros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Cuando surgen problemas, nos unimos para resolverlos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Nos turnamos las tareas y responsabilidades de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57) LA ESCUELA DE LA QUE VIENES ES:		SELECCIONA UNA
a)	Pública de la UNAM	<input type="radio"/>
b)	Pública de la SEP	<input type="radio"/>
c)	Privada	<input type="radio"/>

58) EN RELACION A LA ESCUELA DE LA QUE VIENES CONSIDERAS QUE:		
	SI	NO
a) El nivel académico fue bueno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) El ambiente con tus compañeros era respetuoso y amigable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) La actitud de los maestros hacia los estudiantes era respetuosa y de confianza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Reprobaste dos años o más	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Se impulsaban las actividades deportivas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Los alrededores eran seguros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Había estudiantes muy agresivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Casi siempre sus calles aledañas estaban sucias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Te sientes orgulloso de haber estado en esa institución	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Fue una etapa feliz de tu vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59) ¿CUANTO TIEMPO HACES PARA LLEGAR A TU ESCUELA NUEVA?		SELECCIONA UNA
a)	45 minutos o menos	<input type="radio"/>
b)	1 hora promedio	<input type="radio"/>
c)	2 horas o más	<input type="radio"/>

60) ALGUNA VEZ TE HAN TENIDO QUE HOSPITALIZAR, ENYESAR O SUTURAR POR UN ACCIDENTE EN:		
	SI	NO
a) Tu casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Tu escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Automóvil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Un antro o fiesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) La realización de un deporte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61) EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, ¿CUALES VACUNAS TE HAN APLICADO Y EN DONDE?				
	En la Escuela	IMSS	Otro servicio	Me falta
a) Hepatitis B 1ª Dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Hepatitis B 2ª Dosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Toxide tetánico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Sarampión Rubeola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

62) PARA TI LA GRAVEDAD DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DEL PAIS ES:				
	Lo más grave	Muy grave	Tolerable	No es Grave
a) La drogadicción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) La violencia familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) El SIDA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) La inseguridad en las calles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63) TE GUSTARIA PARTICIPAR EN GRUPOS PARA AYUDAR A CAUSAS COMO:			
	SI	NO	Ya participo
a) Evitar el terrorismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Derechos de la mujer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Los niños de la calle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Derechos de los ancianos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Derechos de los indígenas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Defensa del medio ambiente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) En contra del delito y de la inseguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Por la paz del mundo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
SECRETARIA ADMINISTRATIVA
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS
EXAMEN MEDICO AUTOMATIZADO PARA ESTUDIANTES
INGRESO/EGRESO GENERACION 2008**



No. de cuenta									
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9

Escuela			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Grupo o Carrera			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Llena bien tu número de cuenta.

Si tienes dudas pregunta a los asesores

14) EN EL ULTIMO MES, TE HAS SENTIDO TAN PRESIONADO POR TUS PROBLEMAS QUE:

Contesta en cada inciso →	SI	NO
a) ¿Has tenido la sensación de que no vale la pena vivir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Has vivido situaciones en las que has deseado dejar de existir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Has pensado que vale mas morir que vivir?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Has estado a punto de intentar quitarte la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

15) EN TU VIDA ALGUNA VEZ HAS LLEGADO A SENTIRTE TAN TRISTE QUE:

	Selecciona UNA	
	SI	NO
Intentaste suicidarte	Sigue a 16 <input type="radio"/>	Brinca a 17 <input type="radio"/>

16) ¿EN QUIEN TE HAS APOYADO PARA SEGUIR ADELANTE?

Contesta en cada inciso →	SI	NO
a) Alguno de tus padres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Otro familiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Un amigo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Un religioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Un profesor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) En un grupo de ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17) COMO ES TU RELACION CON LAS SIGUIENTES PERSONAS LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO:

Contesta en cada inciso →	Muy buena	Buena	Mala	Indiferente
a) Papá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Mamá	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Hermanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Profesores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Vecinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Otros parientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18) EN LAS ULTIMAS TRES SEMANAS:

Contesta en cada inciso →	SI	NO	A veces
a) ¿Has tenido miedo de desmayarte en público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Has dormido menos por tener preocupaciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Sientes miedo ante todo lo que tienes que hacer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Te has notado agobiado y en tensión constantemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿Te has sentido incapaz de enfrentar adecuadamente tus problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) ¿Has perdido confianza y fe en ti mismo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) ¿Sientes que no puedes esperar nada de la vida?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) ¿Te has sentido nervioso y a punto de estallar constantemente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19) ALGUNA VEZ TE HAN AGREDIDO FUERTEMENTE CON GOLPES EN:

Contesta en cada inciso →	SI	NO
a) Tu casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Tu escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Tu colonia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20) ALGUNA VEZ TE HAN AGREDIDO FUERTEMENTE CON INSULTOS Y HUMILLACIONES EN:

Contesta en cada inciso →	SI	NO
a) Tu casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Tu escuela	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Tu colonia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21) ¿HAS VIVIDO ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES?

Contesta en cada inciso →	SI	NO
a) ¿Te han violado o abusado sexualmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) ¿Te han asaltado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) ¿Han lesionado a un familiar tuyo por asaltarlo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) ¿Te han presionado en alguna fiesta o "antro" para comprar o consumir drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) ¿Te han presionado dentro o cerca de tu escuela para consumir drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22) ¿HAS TENIDO RELACIONES SEXUALES?		SELECCIONA UNA	
a)	SI	Sigue a 23	<input type="radio"/>
b)	NO	Brinca a 28	<input type="radio"/>

23) ¿A QUE EDAD EMPEZASTE A TENER RELACIONES SEXUALES?		SELECCIONA UNA	
a)	Antes de los 15 años		<input type="radio"/>
b)	Entre los 15 y los 17 años		<input type="radio"/>
c)	Después de los 17 años		<input type="radio"/>

24) ¿USAS LOS SIGUIENTES METODOS ANTICONCEPTIVOS?		Siempre	A veces	NO
a)	Condón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Dispositivo intrauterino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Inyección o pastillas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	Anticoncepción de emergencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	Otro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25) ¿TU O TU PAREJA HAN TENIDO UN EMBARAZO?		SELECCIONA UNA	
a)	SI	Sigue a 26	<input type="radio"/>
b)	NO	Brinca a 27	<input type="radio"/>

26) PARA TI QUE YA HAS TENIDO UN EMBARAZO:		SI	NO
a)	¿Planeaste el embarazo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	¿Has tenido un bebé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	¿Has tenido un aborto?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27) EN TUS RELACIONES SEXUALES:		SI	NO
a)	¿Tienes varias parejas o has cambiado frecuentemente de pareja?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	¿Tienes relaciones con personas del mismo sexo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	¿Has tenido alguna infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	¿Has recibido tratamiento médico para infección de transmisión sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28) ¿FUMAS?		SELECCIONA UNA	
a)	SI	Sigue a 29	<input type="radio"/>
b)	NO, nunca he fumado	Brinca a 31	<input type="radio"/>
c)	Alguna vez lo hice, pero ya no fumo	Sigue a 29	<input type="radio"/>

29) ¿A QUE EDAD EMPEZASTE A FUMAR?		SELECCIONA UNA	
a)	Antes de los 15 años		<input type="radio"/>
b)	Entre los 15 y los 17 años		<input type="radio"/>
c)	Después de los 17 años		<input type="radio"/>

30) ¿CUANTOS CIGARRILLOS FUMAS AL DIA?		SELECCIONA UNA	
a)	Uno a tres		<input type="radio"/>
b)	4 a 9		<input type="radio"/>
c)	10 a 15		<input type="radio"/>
d)	16 o más		<input type="radio"/>

31) PARA TI, QUE NO FUMAS, PIENSAS QUE LO MEJOR SERIA QUE		SI	NO
a)	Nadie cerca de ti fumara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Se hagan leyes más estrictas para controlar el consumo del tabaco	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Empieces a fumar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32) ¿TOMAS BEBIDAS QUE CONTENGAN ALCOHOL?		SELECCIONA UNA	
a)	SI, aunque sea de vez en cuando	Sigue a 33	<input type="radio"/>
b)	NO, nunca tomo	Brinca a 36	<input type="radio"/>
c)	Alguna vez lo hice, pero ya no tomo	Sigue a 33	<input type="radio"/>

33) ¿A QUE EDAD EMPEZASTE A TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS?		SELECCIONA UNA	
a)	Antes de los 15 años		<input type="radio"/>
b)	Entre los 15 y los 17 años		<input type="radio"/>
c)	Después de los 17 años		<input type="radio"/>

34) ¿CADA CUANDO TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS?		SELECCIONA UNA	
a)	1 a 3 veces al año únicamente en las fiestas familiares		<input type="radio"/>
b)	1 vez al mes		<input type="radio"/>
c)	1 vez a la semana		<input type="radio"/>
d)	Tres o más días a la semana		<input type="radio"/>

35) ¿CADA VEZ QUE TOMAS, CUANTAS COPAS O CERVEZAS BEBES?		SELECCIONA UNA	
a)	Sólo una		<input type="radio"/>
b)	2 a 3		<input type="radio"/>
c)	4 a 5		<input type="radio"/>
d)	6 y a veces más		<input type="radio"/>

36) TU QUE NO TOMAS BEBIDAS ALCOHOLICAS: PIENSAS QUE LO MEJOR SERIA QUE:		SI	NO
a)	Nadie cerca de ti tome bebidas alcohólicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Se hagan leyes más estrictas para controlar el consumo de alcohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Empieces a consumirlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37) ¿CONSUMES ALGUN TIPO DE DROGA?		SELECCIONA UNA	
a)	SI	Sigue a 38	<input type="radio"/>
b)	NO, nunca he consumido	Brinca a 40	<input type="radio"/>
c)	Alguna vez lo hice, pero ya no	Sigue a 38	<input type="radio"/>

38) ¿A QUE EDAD EMPEZASTE A CONSUMIR DROGA?		SELECCIONA UNA	
a)	Antes de los 15 años		<input type="radio"/>
b)	Entre los 15 y los 17 años		<input type="radio"/>
c)	Después de los 17 años		<input type="radio"/>

39) ¿CUALES, DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS, HAS ESTADO USANDO EN LOS ULTIMOS:		12 meses	6 meses	30 días	No la he usado
a)	Alucinógenos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Anfetaminas, extasis o tachas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	Cocaína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	Heroína	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	Inhalables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f)	Marihuana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>