



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Estilos de vida y educación para la salud.**

# **T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

**Licenciada en Psicología**

**P R E S E N T A**

**Stefany Mishelle Moreno Pérez**

**Vallejo Martínez Israel Axkaná**

Directora: **Mtra. María Cristina Bravo González**

Dictaminadores: **Mtro. Leonardo Reynoso Erazo**

**Dra. Patricia Guillermina Landa Durán**

**Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2011**



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.

## **DEDICATORIAS AXKA**

### **El presente, lo dedico con todo mi AMOR:**

A ti DIOS que me has permitido vivir y contar con una familia maravillosa.

Con mucho cariño a Papá Ramiro, Mamá Aída, Manito Ietza y Capitán Martínez por ser los motores que impulsan mi vida y por su apoyo incondicional en los momentos claves de mi existir.

A mis tíos, tías, primos y sobrinos por aportar su granito de arena en mi formación como persona y Profesionista.

A mis hermanos Edgar y Ale por brindarme su amistad pura y sincera.

A mi Directora de tesis Cris por todas las enseñanzas a lo largo de mi formación Profesional y por el infinito apoyo en la elaboración del proyecto.

A Leo y Paty por el interés y las tutorías para este proyecto.

*“Aprendí que no se puede dar marcha atrás, que la esencia de la vida es ir hacia adelante. La vida, en realidad, es una calle de sentido único”*

**Agatha Christie**

## ***DEDICATORIAS MISH***

**Con todo mi AMOR y CARIÑO a:**

**Mi Familia, Tere, Fredy y Fridita, quienes me acompañaron y apoyaron cada día y a cada momento de mi desarrollo profesional; creyeron en mis sueños y reconocieron mi esfuerzo.**

**Cristina, por mucho una mujer admirable en todos los sentidos, gracias Cris por mostrarme la psicología con tanta pasión y gracias por creer en mí y seguir a mi lado hasta el último momento.**

**Leo y Paty, por su participación en mi vida escolar y ser parte del cierre de este primer ciclo en mi vida como psicóloga.**

**A la UNAM, por acogerme entre sus brazos y ser la grandeza en la enseñanza, por contar con aquellos profesores que hicieron de esta experiencia, algo inolvidable.**

**Y finalmente, a ti Dios por permitirme llegar.**

## ÍNDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>Capítulo I. Psicología de la Salud</b>	
1.1 Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud.....	27
1.2 Definición de psicología de la salud.....	29
1.3 Diferencias entre psicología de la salud y medicina conductual.....	33
1.4 Modelos explicativos en psicología de la salud.....	36
1.5 Papel del psicólogo de la salud.....	44
<b>Capítulo II. Salud en función de los estilos de vida</b>	
2.1. Estilo de vida como factor de riesgo de enfermedades.....	50
2.1.1 Alcoholismo.....	53
2.1.2 Tabaquismo.....	55
2.1.3 Hábitos Alimenticios.....	59
2.1.4 Actividad Física y Sedentarismo.....	61
2.2 Estilo de vida y herencia.....	64
2.2.1 Diabetes.....	64
2.2.2 Cáncer.....	68
2.2.3 Enfermedades Cardiovasculares.....	70

2.2.4	Obesidad.....	73
2.3	Estilos de vida y autocuidado.....	75
2.3.1	Anticonceptivos.....	76
2.3.2	Revisión Médica.....	79

### **Capítulo III. Investigación**

3.1	Estudios sobre el estilo de vida como factor de riesgo de enfermedades (Alcoholismo, Tabaquismo y Actividad Física).....	82
3.2	Estudios sobre el estilo de vida y herencia (Diabetes, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares y Obesidad).....	86
	Método.....	93
	Resultados.....	94
	Discusión.....	107
	<b>Bibliografía.....</b>	<b>113</b>

## RESUMEN

Desde épocas remotas, el hombre siempre ha querido vivir más y mejor, sin aceptar los cambios que el tiempo y la edad van produciendo sobre su salud tanto física como emocional llevándolo al envejecimiento y a la muerte. Las enfermedades, las dolencias, las pérdidas, son procesos difíciles de aceptar en la cultura de hoy que quiere vivir una eterna juventud. En el marco de la Psicología de la Salud se han propuesto distintos modelos teóricos con el fin de comprender los factores que afectan al cambio conductual requerido para llevar a cabo conductas saludables. En este estudio se exploraron los estilos de vida de 50 miembros del personal de una Institución dedicada al tratamiento de adolescentes en conflicto con la ley, con edades que oscilaban entre 21 y 60 años, a quienes se les aplicó un instrumento de evaluación de forma individual sobre factores de riesgo, con el objetivo de caracterizar sus estilos de vida. Los resultados muestran que los hábitos de conducta tienen efectos significativos sobre la ejecución de la conducta actual. El estilo de vida se conforma durante la adolescencia, y la prevalencia de conductas saludables, como la práctica de actividad física durante la etapa adulta, depende de las pautas conductuales adoptadas durante la juventud; más aún, es probable que una persona sedentaria o con un estilo de vida poco saludable mantenga tales hábitos durante años. Es por lo anterior que es de suma importancia realizar estudios sobre estilos de vida en grupos para diseñar y desarrollar programas de prevención con el fin de reducir factores de riesgo a la salud.

## INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Salud, constituye el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud-enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional.

Para Flórez (2004) el cuadro de morbilidad y mortalidad de la población mundial ha experimentado cambios que lo alejan de las antiguas epidemias de enfermedades infectocontagiosas. En los países con alto desarrollo económico se ha incrementado la esperanza de vida de la población, con un predominio de las enfermedades crónico degenerativas entre las causas principales de enfermedad y de muerte. En los países en vías de desarrollo coexisten problemas como la desnutrición, la violencia y la accidentalidad, con enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades infectocontagiosas. Las primeras agobian especialmente a la población adulta; las segundas a la población infantil.

Para hablar de los antecedentes de la psicología de la salud es necesario hacer mención de los conceptos que influyeron para explicar las cuestiones que aparentemente no tenían un referente objetivo. Al respecto, Amigo, Fernández y Pérez (1998) señalan que esto tiene implicaciones muy relevantes, pues se recurría a una concepción dualista como la de mente-cuerpo, cuando no se encontraba un referente objetivo directo para explicar alguna enfermedad. Esta



concepción dualista, hasta la fecha todavía se sigue utilizando en algunas culturas y/o sociedades para explicar la salud y la enfermedad.

En el renacimiento, apareció el modelo biomédico que ayudó a que se lograran grandes avances dentro de la medicina.

Aunque dicho modelo seguía apoyado en las doctrinas dualistas de mente–cuerpo, ya que se consideraba que lo físico y lo mental eran dos realidades separadas, sin darle importancia a los factores sociales o psicológicos, aportó grandes beneficios a la humanidad en el estudio y control de las enfermedades infecciosas (Amigo et al., 1998).

A pesar de que este modelo abrió nuevas posibilidades para entender la enfermedad, Engel (1977) señaló algunas deficiencias del mismo, que son las siguientes:

- El criterio de “anormalidades bioquímicas” para diagnosticar la enfermedad, puesto que las alteraciones bioquímicas pueden ser condiciones necesarias, pero no determinantes, para el desarrollo de una enfermedad.

- El gran peso que se le da al diagnóstico del estado físico, puesto que el diagnóstico del estado físico depende en gran parte de la información que proporciona el paciente, ya que no sólo las pruebas de laboratorio son decisivas para identificar una enfermedad. Por lo tanto, la exactitud del diagnóstico está en relación con la habilidad que tenga el médico en la entrevista diagnóstica y su capacidad para entender las prácticas sociales y culturales del paciente, así como los determinantes psicológicos de los síntomas.

- Este modelo no puede explicar de manera satisfactoria la influencia de la relación médico – paciente en los resultados del tratamiento.

Posteriormente, se trataron de incorporar los aspectos positivos del modelo biomédico, pero superando las concepciones dualistas y reduccionistas del

modelo anterior en donde los procesos fisiológicos y psicológicos se excluyen mutuamente. Este modelo alternativo es el modelo biopsicosocial, que intenta incorporar los factores psicológicos, sociales y culturales, junto a los biológicos, como determinantes de la salud y la enfermedad, así como de los tratamientos a utilizar. Asimismo, este modelo no deja de lado la relación médico–paciente. Dicha conceptualización implica también el planteamiento de una perspectiva multidisciplinar (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

El surgimiento formal de la Psicología de la Salud, nace con la definición de Matarazzo (1982) que la entiende como “un conjunto de contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además de la mejora del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud”.

Recientemente, Reynoso y Seligson (2005) argumentan que la Psicología de la Salud puede considerarse cómo un área derivada de la terapia conductual donde se han realizado numerosas investigaciones sobre la conducta humana, enfermedad y prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales; es por ello de gran importancia la identificación de conductas que disminuyan el riesgo de la enfermedad y favorecer otras para ayudar a los individuos a cambiar sus conductas con el fin de ser más sanos.

Finalmente, desde el punto de vista de la Psicología Clínica de la Salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención se percibe como fundamental.

Actualmente existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y problemas de riesgo y para las cuáles es posible establecer programas preventivos.

La prevención y el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas representan un gran reto conjunto tanto para la tecnología conductual como para la medicina; la prevención es clasificada en cuatro categorías (Sandín, 1993):

1) Primaria, que es el nivel en el cual se previene la enfermedad o el daño en personas sanas, empleando técnicas de modificación de conducta para evitar los factores de riesgo y así mantener la calidad de vida de las personas.

2) Secundaria, en este nivel ya hay un desarrollo incipiente de la enfermedad, en otros casos no hay ni siquiera un diagnóstico claro de la misma; o bien, aunque esté diagnosticada se desarrolla con lentitud.

En este nivel se trabaja la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su conducta y proporcionándole habilidades de afrontamiento ante su padecimiento.

3) Terciaria, en este nivel se trabaja cuando los primeros síntomas de la enfermedad ya están presentes, para prevenir estados más avanzados y evitar factores de riesgo que complicarían la rehabilitación, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro, para de esta manera elevar la calidad de vida y favorecer la independencia y readaptación del paciente.

4) Cuaternaria, es la intervención que se realiza cuando el paciente ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, paliando los efectos más nocivos, y trabajando para evitar las recaídas, sobre todo, si estas tienen altas posibilidades de presentarse.

De esta forma, la prevención debe estar enfocada a las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad entre la población tiene relación con sus

hábitos y costumbres (alimentación, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conducta sexual, entre otros), dicho de otro modo, el proceso de salud-enfermedad, está siempre en función de los estilos de vida de las personas.

El estilo de vida, según Vives (2007) se refleja tanto por las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad, como las peculiaridades y las tradiciones un lugar en concreto, sería pues la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aún haciéndolo más particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida en particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas, etcétera. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Para Rodríguez-Marín (1995) se trata de un término que atañe a pautas comportamentales, es decir, a formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito, permitiendo entender la relación directa que se establece entre la forma y el estilo de vivir con aspectos de la salud.

Al respecto Reynoso y Seligson (2005) sugieren que el estilo de vida implica conductas y actividades cotidianas que se relacionan directamente con las creencias acerca de las prácticas saludables, de riesgo y enfermedad, y que pueden ser generadoras de enfermedades tales como la hipertensión, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares o el cáncer, entre otras, encontrándose dentro de los elementos que constituyen determinado estilo de vida, las conductas y preferencias relacionadas con los siguientes aspectos: tipo de alimentación,

actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, la autorresponsabilidad, actividades de recreación, las relaciones interpersonales, las prácticas sexuales, las actividades laborales y los patrones de consumo, entre otros.

Puede entonces decirse que el estilo de vida es, de una manera genérica, todos aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad, por lo que un estilo de vida saludable constituiría un importante factor en la configuración del perfil de seguridad del individuo (Vives, 2007).

Al hablar de estilo de vida saludable, se implican comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etcétera. Es entonces necesario que el análisis de los estilos de vida deba hacerse desde un modelo que considere al ser humano como punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos. El comportamiento individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento y, a su vez, sobre la integridad funcional de la persona (Vives, 2007).

Barceló y Borroto, (2001) mencionan que la actividad humana tiene un carácter complejo y es influenciada en gran parte por un proceso sociocultural; dicho proceso se concretiza mediante el modo de vida, las condiciones del grupo en el que se desenvuelve el individuo y un determinado estilo de vida difícil de

cambiar y, que en muchas ocasiones, termina constituyendo un factor de riesgo para el individuo.

El análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud y, además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales (Vives, 2007).

El estilo de vida de las sociedades occidentales se ha caracterizado por un mayor nivel de hostilidad, competitividad y apresuramiento, unido a una menor actividad física, alimentación no balanceada, múltiples eventos estresantes cotidianos y poco descanso; estos componentes del estilo de vida de los habitantes de las grandes urbes occidentales se ha relacionado con la aparición de diversas enfermedades y padecimientos. Desde finales de la década de 1960 hay estudios que relacionan el comportamiento con las enfermedades y con la salud; independientemente del papel de la genética y la herencia en la aparición de algunos padecimientos, los profesionales de la epidemiología y los psicólogos han demostrado tales relaciones. De esta forma, se puede hablar de comportamientos pro saludables, como por ejemplo la realización de ejercicio, una alimentación balanceada, el no fumar y el beber pequeñas cantidades de alcohol. Por otra parte, existe evidencia de la relación que hay entre la conducta de fumar y la probabilidad de desarrollar algún problema respiratorio, o bien de la relación entre la obesidad, el sedentarismo y la hipertensión arterial. Es entonces que se puede hablar de comportamientos patógenos (García, 2009).

El alcohol, que, consumido en exceso puede resultar patógeno, es una sustancia que dependiendo de la cantidad y frecuencia consumida puede ser considerada como un nutriente, una toxina o una droga.

Debido a su densidad energética (7 kilocalorías por un gramo), el alcohol es una fuente de energía para muchos consumidores, alcanzando hasta un 50 %

de su ingesta calórica diaria, sin embargo su papel como factor de riesgo para desarrollar obesidad aún está en discusión.

El consumo del alcohol se confunde con frecuencia con el abuso y la dependencia. El consumo es milenario, se asocia con la cultura y expresiones ceremoniales, en cambio el abuso se asocia con un consumo patológico (excesivo e incontrolable), más deterioro o disfunción en el campo social u ocupacional. La dependencia, además de los criterios anteriores, debe llenar la evidencia de tolerancia o síndrome de abstinencia. Estos dos últimos, el abuso y la dependencia, constituyen el criterio de alcoholismo (Ardilla y Herran, 2005).

El consumo cotidiano del alcohol tiene repercusiones directas contra la salud, al menos en dos sentidos. Por una parte, el consumo diario, por encima de dosis mínimas, es causa o factor agravante de diversos problemas de salud, incluso aunque no produzca ebriedad. Por otra, el consumo excesivo ocasional (“borrachea de un día”), presenta algunos riesgos para la salud pero, lo que adquiere una gravedad evidente, tiene una alta relación con el riesgo de accidentes. En toda Europa se calcula que el 9% de las enfermedades son consecuencia del consumo de productos alcohólicos. Incluso respecto al consumo moderado existen controversias puesto que si, por un lado, puede prevenir enfermedades cardiovasculares, por otro tiende a incrementar otros riesgos. Además, los efectos negativos no se limitan a la persona bebedora sino que influyen sobre su entorno familiar y social (Actis, Pereda y Prada, 2004).

Al respecto, Ardilla y Herran (2005) afirman que los estudios del consumo de alcohol han relacionado a éste último con el desarrollo de eventos epidémicos como los cardiovasculares, el cáncer y otros que están incrementándose y relacionados con la enfermedad social y mental; la violencia intrafamiliar, la morbilidad y mortalidad por accidentes de vehículo automotor, el suicidio, absentismo laboral escolar, problemas interpersonales, y las conductas sexuales

peligrosas, además, el consumo del alcohol es un factor de riesgo en el embarazo, el estado nutricional y la dieta.

De igual manera, el tabaquismo supone un problema de salud pública mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), representa la segunda causa principal de muerte, en el mundo, esto supone casi cinco millones de muertes cada año. Los cálculos de la OMS señalan que para el año 2020 causara el doble defunciones que las actuales, esto es, cerca de diez millones de muertes al año. Hoy en día, la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el consumo del tabaco es uno de los productos más nocivos para la salud y que la nicotina es una sustancia que produce adicción (Cortes, González, Hoy y Kuri 2006).

Las principales causas de mortalidad relacionadas con el tabaco son el cáncer broncopulmonar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. Además, este consumo genera una elevada tasa de morbilidad y se le relaciona con más de 25 enfermedades (principalmente riesgo de cáncer, especialmente broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, problemas en desarrollo fetal durante el embarazo, etcétera). Además, el humo del tabaco ambiental genera un mayor riesgo de enfermedad para la población no fumadora.

Las ENS permiten conocer la proporción de fumadores y no fumadores entre la población adulta, la edad en que se comenzó a fumar, el tipo de tabaco consumido, la cantidad y la evolución del consumo. Entre 1993 y 2003 el porcentaje de fumadores (a diario o más esporádicamente) ha disminuido, desde el 36,2% de la población mayor de 15 años hasta 31,2% (en 2003 son unos 11 millones de personas). Durante estos años el descenso fue mayor entre quienes no fuman a diario (-23%) que en el caso de los fumadores diarios (-13%). La población que nunca ha fumado ha experimentado un ligero incremento y en 2003 son unos 18 millones de adultos. El grupo que ha visto incrementadas



notablemente sus filas es el de los ex fumadores (personas que no fuman actualmente pero que lo hacían anteriormente), que pasaron del 13,4% en 1993 al 17,7% en 2003 (algo más de 6,2 millones de personas). En resumen, durante estos años se ha registrado una disminución de la población afectada por el consumo de tabaco: hay menos fumadores en activo y más ex fumadores (Actis, Pereda y Prada, 2004).

Por otro lado, la alimentación es una de las claves del estado de salud de la población. Según la Organización Mundial de la Salud la dieta típica en muchos países desarrollados se caracteriza por un exceso de alimentos ricos en grasas y azúcares refinados y una deficiencia de carbohidratos complejos, que garantizan el aporte necesario de fibras. En la mayoría de los países de la Unión Europea el tipo de alimentación difiere sensiblemente de lo que los expertos consideran una dieta óptima; como consecuencia de ello algunos estudios estiman que las consecuencias ocasionan costes económicos superiores a los producidos por el tabaquismo (Grupo de Estudios de la OMS, 1990).

El análisis del gasto familiar, basado en la Encuesta de Presupuestos Familiares, a lo largo del período 1964-2000 revela una mejora en la alimentación, puesto que disminuye el porcentaje destinado a grasas, pan, pastas, patatas y cereales mientras aumenta la de frutas, verduras, carne y pescado. La falta de desayuno, o una ingesta demasiado ligera, es desaconsejada por los expertos en nutrición. Por tanto, más de la tercera parte de la población especialmente hombres activos, jóvenes o maduros incurriría en un déficit. Sin embargo, el desayuno insuficiente resulta más problemática para la población infantil, especialmente en su rendimiento escolar, puesto que reciben poco o ningún alimento hasta la hora de la comida. Los adultos, en cambio, tienen mayores posibilidades de compensar este déficit con otras raciones tomadas entre horas, antes de la comida de mediodía (INE, 2002).

Las recomendaciones sugieren ingerir diariamente los cereales y derivados, las verduras, hortalizas, frutas y patatas, además de los lácteos y el aceite de

oliva. Varias veces a la semana debería ingerirse el pescado (de 3 a 5 veces), los huevos (3 a 4), las legumbres (2 o 3) y el pollo (en función de la ingesta de otras carnes). Se debería restringir el consumo de carnes grasas, pastelería y bollería.

La alimentación ha de ser variada. Con el fin de aprovechar los nutrientes de diferentes alimentos y reducir los riesgos derivados de las toxinas y contaminantes naturales que se incorporan a los distintos productos (Actis, Pereda y Prada, 2004).

Aunque no es fácil diseñar una dieta ideal para toda la población, los expertos coinciden en que una ingesta excesiva de dulces o embutidos, así como una pobre en verduras o fruta fresca no tendrán repercusiones positivas sobre el estado de salud. En razón de ello parece conveniente prestar más atención a los perfiles de las personas que presentan esas pautas de alimentación. Sin embargo, hemos de hacerlo con precaución puesto que la frecuencia del consumo no nos señala necesariamente las cantidades que se ingieren. Además, a igual frecuencia los efectos no son iguales en función de la edad, el tipo de actividad física o el estado de salud general de la persona. En general las personas con peores hábitos alimentarios, quizás debido a su juventud, presentan valoraciones más positivas respecto a su estado de salud que las que se alimentan “mejor” (consumen frecuentemente verduras y frutas, casi nunca embutidos o dulces). Algo similar ocurre respecto al sobrepeso: quienes comen “mejor” están más afectados por este problema que el resto de la población. Una primera interpretación de estos resultados sugiere que las buenas prácticas alimenticias no son una opción libremente adoptada por personas saludables sino una consecuencia de ciertos problemas de salud, relacionados con la edad o el sobrepeso, entre otros (Actis, Pereda y Prada, 2004).

Al hablar de comportamientos patógenos, también deben considerarse aquellos problemas relacionados con el tipo de vida dominante, caracterizado por el aumento del estrés y la disminución del descanso, además del incremento del

sedentarismo que conduce, entre otras cosas, al aumento de peso de la población. El descanso diario es un componente básico de la salud. En la sociedad contemporánea el ritmo de vida (incluyendo las actividades de trabajo o estudio y las de ocio) tienden a limitar las horas de sueño, a veces más allá de un mínimo imprescindible (Actis, Pereda y Prada, 2004).

En la sociedad actual se puede evidenciar una constante disminución de la práctica de actividad física debido a varios factores dentro de los cuales se encuentra la sistematización o automatización de los procesos productivos y de la vida cotidiana.

Las personas se encuentran muy interesadas en reducir el esfuerzo físico al realizar todas las tareas que se presentan diariamente. Por tal razón en las últimas décadas se ha desarrollado un importante interés en el estudio de cómo la falta de práctica de actividad física (sedentarismo) afecta la salud y el bienestar de la población (Velásquez, Torres y Sánchez, 2006).

El sedentarismo excesivo es un factor coadyuvante de situaciones de sobrepeso y de otros problemas de salud (coronarios, hipertensión, diabetes, etcétera). El nivel de actividad física necesario para mantener una buena salud equivale a una caminata diaria de 60 a 80 minutos; este gasto de energía es necesario para evitar el sobrepeso a raíz de las dietas ricas en grasas. Se afirma, además, que la actividad física es importante para prevenir enfermedades, el deterioro de los huesos, las fracturas entre la población anciana y, en general, para proporcionar un estado general de bienestar. Por ello, las políticas públicas deberían facilitar no sólo la práctica de deportes sino también los desplazamientos a pie en los entornos urbanos.

En contraparte, para lograr esclarecer aún más el estilo de vida como factor de riesgo, es necesario indagar en las características de algunas enfermedades de origen hereditario, como lo son la diabetes, el cáncer y las enfermedades

cardiovasculares, identificando las relaciones más importantes que, éstas tienen con el estilo de vida.

La diabetes es una enfermedad que se caracteriza por altos niveles de azúcar en la sangre.

Normalmente el azúcar se ingiere en la comida, entra a la sangre por los intestinos y es transportada al cuerpo entero por las venas y las arterias. Las arterias llevan el azúcar a todas las células del cuerpo. En las células, la insulina funciona como una llave que abre la puerta de la célula, facilitando que el azúcar entre. Dentro de las células el azúcar es utilizado como combustible para producir la energía del cuerpo. Esta enfermedad, se divide en dos formas, el tipo 1 y el 2.

Aproximadamente el 5% a 10% de todos los diabéticos presentan la diabetes tipo 1. Aunque esta forma de la enfermedad puede comenzar a cualquier edad, generalmente ocurre en jóvenes menores de 18 años. La causa de esta diabetes no es bien conocida todavía, pero se cree que el propio cuerpo desarrolla inmunidad en contra de las células del páncreas que producen insulina. Esto termina destruyendo estas células y por lo tanto el cuerpo no puede producir insulina. Los pacientes con diabetes tipo 1 necesitan recibir insulina (Salud y diabetes, 2009).

En contraparte, la diabetes tipo 2 se creía que la desarrollaban personas mayores de 40 años, generalmente obesas y con antecedentes familiares de la enfermedad, debido a una baja producción de insulina y a una mala calidad de la misma, que puede corregirse con una dieta adecuada, ejercicios y en casos más severos con medicamentos.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica caracterizada por la perturbación del mecanismo de la glucosa en la sangre, relacionada con estilos de vida alimentarios y de actividad física. La práctica de estilos de vida saludables son los pilares de prevención y control de esta enfermedad.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes mellitus se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades. Es también una de las principales causas de internamiento y egreso hospitalario e índice de forma significativa en la tasa de mortalidad, pues de 32.8 por cada 100 mil derechohabientes en 1986, pasó a 59.7 una década después; en promedio diariamente mueren por complicaciones de esta enfermedad 40 derechohabientes. Por lo tanto, tiene una repercusión económica en los costos de atención directa a la salud en las instituciones, y se ha considerado como una prioridad en la que es necesario llevar a cabo acciones que se anticipen a la enfermedad y a la presencia de complicaciones (Fuentes, Lara y Rangel, 2004).

En el sentido hereditario, es bien conocido que una persona tiende a desarrollar con más frecuencia la enfermedad si algún miembro directo de su familia es diabético. Los síntomas se agrupan en dos clases: los inmediatos, que se asocian con elevaciones del azúcar y los tardíos, referentes a las complicaciones médicas de la enfermedad, es decir, con el padecimiento mal atendido o muy avanzado.

Finalmente, es sabido que los tratamientos son diversos y dependen del tipo de diabetes que se presente. Las personas con el tipo 1 deben suministrarse insulina inyectada. En pacientes con el tipo 2, el ejercicio y la buena alimentación son la piedra angular para atacar el padecimiento. Además, el tratamiento de la diabetes es individual y depende del daño que ya se haya ocasionado en el organismo (Vázquez y Panduro, 2001).

Ahora bien, de acuerdo con Vives (2007) el cáncer es una de las enfermedades con mayor índice de mortalidad en el mundo. En la actualidad trata de competir por el primer puesto con las cardiovasculares. Es una enfermedad multifactorial, cuyo proceso es complejo y prolongado. Se caracteriza por el crecimiento y multiplicación sin control de células anormales, bajo el efecto de factores internos como hormonas, el estado de inmunidad o la historia genética

familiar o por la influencia de factores externos como sustancias químicas, radiaciones y virus. Vivir compartiendo estilos de vida más sanos en los que se incluyan buenos hábitos alimentarios, ejercicios físicos y otras acciones para evitar la contaminación ambiental, constituyen la clave para evitar esta enfermedad. El efecto que puede ejercer la dieta sobre la salud y en particular sobre el cáncer es un aspecto que se viene estudiando desde décadas recientes, ya hoy confirmado.

Datos de la American Cancer Society (2003) revelan que existen más de 100 tipos de cáncer diferentes con tantas o más causas distintas que aún no han sido comprendidas en su totalidad. Es por esa razón que no existe una manera segura de prevenir el cáncer, sin embargo, los especialistas están de acuerdo en afirmar que existe un enfoque general que sí puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar cáncer: adoptar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio físico periódico, una dieta equilibrada y no fumar. El estilo de vida saludable juega un papel fundamental a la hora de evaluar el riesgo de cáncer.

Los resultados de estudios con poblaciones vegetarianas de diferentes latitudes durante veinte años expusieron un menor riesgo para padecer cáncer, y poblaciones de mujeres vegetarianas que se trasladaron desde Asia o África oriental a Inglaterra, pero que mantuvieron su dieta tradicional con verduras y legumbres, presentaron menor riesgo de cáncer de colon, al compararlas con aquellas procedentes de las mismas zonas, pero que adoptaron la dieta occidental. El llamado Estudio de los Siete Países realizado en la década del sesenta puso de manifiesto el papel del estilo de vida, el entorno y fundamentalmente la dieta en la salud de estas poblaciones. Por este estudio la dieta mediterránea se ha impuesto como patrón dietético, basada en frutas, verduras y cereales integrales como elementos protectores contra enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales se encuentra el cáncer (Vives, 2007).

Es importante destacar, que la existencia en el árbol genealógico de una familia con múltiples casos de cáncer, sobre todo de un mismo tipo, debe alertar

sobre la existencia de una propensión hereditaria, para establecer vigilancia médica de los individuos sanos.

Existen varias características que distinguen los casos de transmisión hereditaria, las más importantes son:

- Edad temprana de aparición.
- Varios familiares afectados por el mismo tipo de cáncer.
- Un número mayor de casos que en la mayoría de las familias.
- Forma de transmisión hereditaria de tipo mendeliano.
- Aparición de múltiples tumores en el mismo individuo.
- Asociación entre casos de cáncer, padecimientos hereditarios, malformaciones al nacimiento y abortos en la misma familia.

En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, es sabido que los dos factores de riesgo cardiovascular bien establecidos desde el inicio de la transición epidemiológica son la hipertensión y la diabetes. El aumento del promedio de vida en los países en vías de desarrollo y el consiguiente incremento de la población adulta explican el crecimiento en estos países del número de casos que padecen las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión y la diabetes.

Cuando un determinado país todavía no ha entrado en la fase de progreso socioeconómico que comporta la implantación de los estilos de vida que favorecen los otros factores de riesgo, la detección y el control de la hipertensión y la diabetes serán los principales objetivos de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares en la edad adulta. Por tal motivo, es necesario argumentar que si bien el estilo de vida, expresado en configuraciones comportamentales de riesgo a la hipertensión arterial en un sujeto concreto, es un indicador de vulnerabilidad a enfermar, por sí mismo, ello no determina el estado de Salud, sino que la interacción de estas configuraciones con las particularidades hemodinámicas, genéticas y fisiológicas, tendrán una influencia vital en la aparición de la enfermedad. Así se explica que la OMS situase la detección y el control de la

hipertensión como primer objetivo para la atención primaria desde finales de los años setenta y que se observen resultados favorables y crecientes a lo largo del tiempo en la mayoría de los países (Mayo, 2004).

Para Balaguer (2004) los estilos de vida ligados con el progreso socioeconómico, que favorecen el aumento de las enfermedades cardiovasculares, son la dieta rica en calorías totales y grasas saturadas, y la adquisición del hábito de fumar, a lo que se suma ulteriormente la reducción de la actividad física y el aumento del estrés mental. La urbanización, el rápido avance de la tecnología y la facilidad para adquirir alimentos preparados explican la extensión de la epidemia de la obesidad en los países en vías de desarrollo. En una reciente encuesta realizada en México se ha observado que la obesidad, la hipertensión y la diabetes son más prevalentes en los adultos jóvenes que en la población de mayor edad, puesto que ya han recibido el influjo del cambio en los estilos de vida. En algunas áreas geográficas donde el cambio ha sido muy rápido, la aparición y el aumento de la enfermedad coronaria han sido espectaculares. Si realmente el bajo peso al nacer es un factor de riesgo, las condiciones de pobreza de los países en vías de desarrollo hasta hace pocos años podrían contribuir a explicar el rápido aumento actual de la enfermedad coronaria en estos países. Se acepta que las cifras absolutas del colesterol sérico no significan el mismo riesgo de enfermedad coronaria en todos los países, aunque dentro de una cohorte concreta hay siempre una relación individual entre cifras de colesterol y riesgo.

La misma cifra absoluta de colesterol en el sur de Europa tiene menor riesgo que en el norte de Europa, y en el norte de Europa, menor riesgo que en Estados Unidos. Las cifras más altas de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad de la población del África subsahariana pueden contribuir a explicar la menor frecuencia de cardiopatía coronaria, aunque la cifra absoluta del colesterol total parece que conlleva más riesgo en África del sur y en la población africana del Caribe que en los países mediterráneos. La reducción de la prevalencia de estos factores de riesgo se ha acompañado de retraso en la edad de aparición de la enfermedad cardiovascular. En Estados Unidos, los planes nacionales contra



colesterol, presión y tabaco se han seguido de la conversión del sobrepeso y la diabetes en los dos principales factores de riesgo (Balaguer, 2004).

Otra relación en donde es factible encontrar factores de riesgo es la de estilos de vida y autocuidado. Se entiende por auto-cuidado a la salud, todas las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. Son prácticas de personas y familias a través de las cuáles se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas. Navarro y Bimbela (2005) identifican tres aspectos donde el auto-cuidado se manifiesta dentro de los estilos de vida y en los cuáles se puede intervenir:

- Nuevos hábitos, que son los que se dan en como estructuramos nuestra vida cotidiana, algunos pueden afectar de algún modo nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar. Esta es una oportunidad para fomentar nuevos hábitos en favor de la salud.
- Conductas de mantenimiento conscientes e intencionadas que buscan mantener la salud, como hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana.
- Conductas de respuestas a síntomas de enfermedad, por ejemplo monitorear el nivel de glucosa en sangre (diabetes) o la presión arterial (hipertensión), acudir a los servicios de salud frente a síntomas alarmantes de la enfermedad.

En este caso lo relativo al auto-cuidado se enfocará en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas y en donde el reto del auto-cuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras.

Según el FNUAP (1999) una de cada cinco mujeres unidas tiene una demanda insatisfecha de planificación familiar. Esta cifra es mucho mayor en la población adolescente, que carece tanto de posibilidad de acceso a los servicios como de calidad en planificación familiar. Los niveles de uso de anticoncepción entre la población casada y no casada varían de 30-53%. En América Latina, aproximadamente 1/10 mujeres se encuentra en riesgo de un embarazo no deseado por no usar Anticonceptivo o por usar métodos naturales con alto grado de ineficacia. Los métodos tradicionales, especialmente la abstinencia periódica, son utilizados por porcentajes importantes de individuos en América Latina Central. El uso del condón por la población casada, no supera el 8% en ningún país y las parejas sexualmente activas, no casadas, tienen el doble de probabilidades de usar el condón.

Existe un nivel relativamente alto de conocimiento por parte de la población sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos existentes. Entre ellos, la píldora anticonceptiva y el condón son los métodos mejor conocidos. Sin embargo, este conocimiento no se traduce en porcentaje de uso, particularmente en las primeras relaciones sexuales. La causa de esta aparente contradicción entre conocimiento y uso real difieren entre la población. Las primeras reconocen que aunque quisieran usar el condón, su pareja no quiere y temen una reacción adversa de su parte o que se les considere promiscuas. En los varones, el no uso del condón va ligado a mitos y tabúes acerca de la disminución del goce sexual que su uso produciría y a lo inesperado de la relación (FNUAP, 1999).

En el mundo actual, no sólo los directivos llevan un ritmo de vida ajetreado. El estilo de vida que llevan la mayoría de los mexicanos provoca también, en muchos casos, la aparición de diversas enfermedades como la hipertensión arterial, la hiperlipemia o la obesidad. Algunas de estas patologías presentan síntomas evidentes de su aparición. Otras, no. Por eso, para hacerles frente, es necesario establecer un programa de detección precoz, lo que facilita la prescripción a tiempo de un tratamiento eficaz. Esta cultura de la prevención se

plasma en varios aspectos concretos como la adopción de un estilo de vida saludable o la visita a un médico cada cierto tiempo, ya que, al fin y al cabo, una revisión personalizada permite abordar a tiempo múltiples patologías. En este sentido, la figura del médico surge no simplemente como un controlador del estado de salud, sino como un consejero que ayuda a establecer unas pautas de comportamiento para conseguir un nivel adecuado de salud física y psíquica.

Según García (2006) un programa de revisión médica se inicia con unas pruebas generales para todos los pacientes, de forma personalizada, que incluyen la historia clínica, una exploración física y una analítica. Posteriormente, en función de las necesidades de cada persona, el equipo de Medicina Interna diseña el protocolo más adecuado coordinando la asistencia médica en los diferentes departamentos de la forma más rápida y eficaz. El médico analiza el perfil metabólico inflamatorio, el riesgo cardiovascular, y el estado psicológico, neurológico y de la memoria. Asimismo, se examinan los factores genéticos y de riesgo que el paciente presenta antes de iniciar el chequeo. Otras pruebas, que, idealmente se tendrían que aplicar, serían las siguientes:

- Espirometría simple: Recomendada a pacientes fumadores, independientemente de su edad, para valorar su capacidad ventiladora y la posible repercusión del tabaco en su función respiratoria.
- TAC torácico helicoidal: Uno de los métodos más sensibles en el diagnóstico de lesiones pulmonares, incluida la detección precoz del cáncer de pulmón.
- Colonoscopia: Indicada si presenta trastornos del ritmo intestinal. También se recomienda como método de detección de cáncer de colon, si existen síntomas sugestivos o antecedentes familiares del mismo.
- Determinación de PSA: Utilizado en la detección de cáncer de próstata.

Mamografía: para el estudio de lesiones de la mama y en la detección de cáncer de mama.

- Ecocardiograma y Ecocardiograma de estrés: Para valorar el funcionamiento dinámico de su corazón y la posible repercusión sobre el mismo de enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial. Generalmente, la duración del chequeo es inferior a las 24 horas (según las pruebas a necesitar). Al finalizar, su médico le explicará personalmente los hallazgos encontrados y le entregará un informe médico con los resultados y las recomendaciones oportunas.

De acuerdo a los puntos anteriores se resume que el Estilo de Vida se desarrolla a través de la historia del sujeto, inicialmente es modelado por los padres, y posteriormente se aprenden en la escuela algunos elementos que se relacionan con las conductas. De igual modo, entre los elementos que constituyen el estilo de vida se focalizan las conductas y las preferencias con los siguientes rubros: tipo de alimentación y actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas, actividades de recreación, relaciones interpersonales, actividades laborales, actividad sexual y consumo. De igual manera, el estilo de vida de las Sociedades Occidentales se ha caracterizado por un mayor nivel de hostilidad, competitividad y apresuramiento, unido a una menor actividad física, alimentación no balanceada, múltiples eventos estresantes cotidianos y poco descanso; estos componentes del estilo de vida de los habitantes de las grandes urbes occidentales se ha relacionado con la aparición de diversas enfermedades. Partiendo de todo lo argumentado, el objetivo del proyecto es *realizar un estudio descriptivo de corte exploratorio, para caracterizar los estilos de vida en el personal que labora en la Comunidad Externa de Atención para Adolescentes (CEAA)*. Para ello, este trabajo se dividirá en tres capítulos, en el primero, se realizará una revisión teórica acerca de la Psicología de la Salud, en el segundo,

se revisará los aspectos relacionados con la Salud y los Estilos de Vida y finalmente, en el tercero se presentará la investigación.

## **CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

### **1.1 Antecedentes y desarrollo de la psicología de la salud**

El nacimiento de la psicología de la salud es el resultado del reconocimiento de que la conducta humana puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Es por tanto que dicha disciplina está dedicada al entendimiento de las influencias psicológicas en la salud de las personas, por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman, además de promover intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para reponerse de las enfermedades, es decir, se preocupa de todos los aspectos de la salud y enfermedad a lo largo del ciclo vital (Taylor, 2007).

Es por lo anterior, que el origen de la Psicología de la Salud radica en el cambio experimentado por el concepto de salud, y que el interés por el papel que desempeñan los procesos psicosociales en el binomio salud-enfermedad es paralelo al análisis de la crisis de los sistemas sanitarios; crisis que es más conceptual que práctica.

Una de las definiciones de salud más extendida en nuestra Sociedad, es que “la salud es la ausencia de enfermedad”. Al respecto, la OMS (1974, en Oblitas, 2006) propone una definición de Salud en la que se contemplan tres

dimensiones: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias y enfermedades”.

Por otra parte, Higashida (1997) la define como el equilibrio dinámico con el ambiente, que ofrece las mejores posibilidades para el involucramiento pleno de las capacidades, en otras palabras, como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio.

En contraparte, este mismo autor define a la enfermedad como cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar, es decir, se pierde el equilibrio dinámico que mantiene la composición, estructura o función del organismo. El término de bienestar puede considerarse como el equivalente a adaptación dinámica ya que el individuo se siente bien cuando está adaptado al medio físico, biológico y social, en base a esto se puede decir que el hombre se encuentra en una constante lucha entre lo favorable y lo desfavorable cuyo fin es encontrar el equilibrio tanto en su composición, equilibrio y funcionamiento. Esta lucha también se refiere a la salud mental; se manifiesta cuando el hombre tiene un rendimiento óptimo en relación consigo mismo y con el grupo social y se expresa de manera correcta y creadora, es decir, cuando lucha frente a los conflictos, busca resolverlos y cuando lo ha logrado busca nuevas soluciones a los nuevos problemas a los que ha de enfrentarse. Del mismo modo, la enfermedad puede presentarse como resultado de imperfecciones biológicas intrínsecas, es decir, puede generarse internamente o puede presentarse debido a la existencia de factores adversos en el medio ambiente ante los cuales el organismo tiene dificultades para adaptarse. Al respecto, la ecología, ciencia que estudia el modo de vivir de los seres vivos y sus relaciones con el ambiente, demuestra que salud y enfermedad no son opuestos sino diferentes grados de adaptación del organismo al ambiente en que vive.

Para hablar de los antecedentes de la Psicología de la Salud es necesario hacer mención de los conceptos que influyeron para explicar las cuestiones que aparentemente no tenían un referente objetivo. Al respecto, Amigo et al., (1998)

señalan que esto tiene implicaciones muy relevantes, pues se recurría a una concepción dualista como la de mente-cuerpo, cuando no se encontraba un referente objetivo directo para explicar alguna enfermedad. Esta concepción dualista, hasta la fecha se sigue utilizando en algunas culturas y/o sociedades para explicar la salud y la enfermedad.

Para Amigo et al., (1998) son tres las razones que se suelen plantear como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud:

En primer lugar, el cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las ciudades, siendo el incremento de estas enfermedades, producto de hábitos poco saludables o insanos que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de la enfermedad.

En segundo lugar, el hecho de que las enfermedades crónicas suelen conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas.

Finalmente, el modelo biomédico, cuyo auge se dio durante el renacimiento dio lugar a grandes avances dentro de la medicina. Aunque dicho modelo seguía apoyado en las doctrinas dualistas de mente-cuerpo ya que se consideraba que lo físico y lo mental eran dos realidades separadas, sin darle importancia a los factores sociales o psicológicos, aportó grandes beneficios a la humanidad en el estudio y control de las enfermedades.

Es necesario que la medicina se apoye de otras ciencias que contribuyan en la creación de conocimientos que mejoren la calidad de vida de las personas y de igual manera, desarrollen los pasos a seguir para llegar al cumplimiento de cada uno de los mismos, de ahí, que la psicología de la salud, sea un importante pilar en la mejora de la calidad de vida.

## 1.2 Definición de psicología de la salud

Una de las primeras definiciones de Psicología de la Salud fue la de Matarazzo (1980) quien considera que con este término se hace referencia a la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud.

En la definición anterior son tomadas en cuenta las cuatro líneas fundamentales del psicólogo de la salud. La promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones y, finalmente, el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

Posteriormente Millon, Green & Meagher (1982) sostuvieron que la Psicología de la Salud tenía que ver con la aplicación del conocimiento y métodos de los campos sustantivos de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud física y mental del individuo, además de la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de problemas físico y mentales en los cuales la influencia psicológica contribuya para aliviar el estrés o la disfunción.

Años más tarde, Stone (1988) la define como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la salud, pudiéndose agrupar en torno a tres grandes núcleos las actividades de los psicólogos en este ámbito:

- a) Nivel de la intervención, que va desde la investigación básica en salud hasta la evaluación de los programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos.



- b) Objetivo de dichas intervenciones, que puede centrarse en el individuo concreto, en los sujetos relacionados con él, en las personas que trabajan en el sistema de salud, en los aspectos psicosociales de las propias organizaciones de salud, y en la totalidad del sistema de salud.
- c) Tipo de intervenciones desarrolladas, que pueden ir desde la modificación de procesos psicofisiológicos anómalos por medio de la biorretroalimentación, pasando por la realización de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables hasta la realización de campañas de educación y promoción.

Recientemente, Reynoso y Seligson (2005) argumentan que la Psicología de la Salud puede considerarse como un área derivada de la terapia conductual donde se han realizado numerosas investigaciones sobre la conducta humana, enfermedad y prevención de la misma a través de cambios conductuales; es por ello de gran importancia la identificación de conductas que disminuyan el riesgo de la enfermedad y favorecer otras para ayudar a los individuos a cambiar sus conductas con el fin de ser más sanos.

Según estos autores, desde el punto de vista de la Psicología Clínica de la Salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención se percibe como fundamental.

Actualmente existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones y problemas de riesgo y para las cuáles es posible establecer programas preventivos. La prevención y el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas representan un gran reto conjunto tanto para la tecnología conductual como para la medicina; la prevención es clasificada en cuatro categorías (Sandín, 1993):

- 1) Primaria, que es el nivel en el cual se previene la enfermedad o el daño en personas sanas, empleando técnicas de modificación de conducta

para evitar los factores de riesgo y así mantener la calidad de vida de las personas.

2) Secundaria, en este nivel ya hay un desarrollo incipiente de la enfermedad, en otros casos no hay ni siquiera un diagnóstico claro de la misma; o bien, aunque esté diagnosticada se desarrolla con lentitud.

En este nivel se trabaja la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su conducta, y proporcionándole habilidades de afrontamiento ante su padecimiento.

3) Terciaria, en este nivel se trabaja cuando los primeros síntomas de la enfermedad ya están presentes, para prevenir estados más avanzados y evitar factores de riesgo que complicarían la rehabilitación, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro, para de esta manera elevar la calidad de vida y favorecer la independencia y readaptación del paciente.

4) Cuaternaria, es la intervención que se realiza cuando el paciente ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, paliando los efectos más nocivos, y trabajando para evitar las recaídas, sobre todo, si éstas tienen altas posibilidades de presentarse.

De esta forma, la prevención debe estar enfocada a las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad entre la población, teniendo relación con sus hábitos y costumbres (alimentación, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conducta sexual, entre otros), dicho de otro modo, el proceso de salud-enfermedad, está siempre en función de los estilos de vida de las personas.

Finalmente, León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera (2004) entienden la Psicología de la Salud como la integración, y no la mera suma de contribuciones

que, aún ocupándose de aspectos distintos del comportamiento, comparten idénticas dimensiones del concepto salud. Entre ellas:

- Poner de manifiesto que la salud no es un asunto social; es decir, depende de factores socioculturales y no es algo que cada persona pueda alcanzar al margen de su concepto social.
- Resaltar que la salud tiene una función social y supone la creación de unas estructuras orientadas al desempeño de esas funciones.
- Señalar que la salud es un proceso de desarrollo de recursos que potencien la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades.
- Entender que la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, según las condiciones históricas culturales y sociales en las que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Para estos mismos autores, la emergencia de este campo de la Psicología, tiene como objetivos:

1) Elaborar un marco teórico que facilite:

- La evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad.
- La predicción de las conductas protectoras y de riesgo para la salud.
- La comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación de la misma.

2) Poner en práctica dicho marco teórico para:

- La promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
- El tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.
- La mejora de los servicios de salud

En conclusión, la Psicología de la Salud incluye un rango amplio de conductas humanas y estados psicológicos, los cuales influyen la salud física y que a su vez, son influenciados por la misma.

### **1.3 Diferencias entre psicología de la salud y medicina conductual**

Posiblemente, deslindar los conceptos de Medicina Conductual y Psicología de la Salud, constituye el ejercicio más difícil de delimitación conceptual dentro de esta área de conocimiento, ya que, por ejemplo, hasta los años ochenta ambos términos se usaron casi indistintamente para referirse a esta nueva aproximación de tipo biopsicosocial a la salud.

Cabe mencionar que el término medicina conductual fue utilizado por primera vez por Birk (1973) al aparecer en el título del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*, así se reconoce la importancia que tuvo el biofeedback en el nacimiento de esta disciplina. Tal y como expresa el concepto, la medicina conductual nace como una extensión de la tradición teórica conductista, por lo cual su preocupación principal fueron las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas.

En sus inicios, la concepción de medicina conductual era muy restrictiva enfatizando su origen en el conductismo, y argumentando que si bien otras disciplinas contribuyeron a su desarrollo, éstas fueron condiciones necesarias pero no suficientes.

La condición suficiente a juicio de Pomerleau (1982) vino dada por el descubrimiento de procedimientos eficaces para cambiar la conducta de forma útil, desde un punto de vista clínico, lo que sólo fue posible al aplicar el análisis experimental del comportamiento a problemas clínicos.

La conferencia de Yale sobre medicina conductual y la reunión del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias, sirvieron para concretar lo que se entendía por medicina comportamental, según Schwartz & Weiss (1978) la medicina conductual es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias conductual y biomédica, relacionados con la salud y la enfermedad y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Sobre la base de esta formulación son dos las diferencias fundamentales que se pueden enfatizar entre la psicología de la Salud y la medicina conductual. En primer lugar, en la medicina conductual, se pone el acento en su naturaleza interdisciplinaria frente a la psicología de la salud, que se presenta como una rama de la psicología y, en segundo lugar, mientras que la medicina conductual parece centrarse en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la psicología de la salud se preocupa, especialmente, del ámbito de la prevención.

En esta línea y dentro de esta polémica, se puede afirmar que el término medicina conductual, es utilizado por los investigadores y clínicos que trabajan en el ámbito médico (hospitales, facultades de medicina, etcétera), mientras que el término psicología de la salud, suele ser asumido por los psicólogos que se dedican a la investigación dentro de los distintos departamentos de las facultades de psicología (Amigo, et al., 1998).

No obstante, en el trabajo profesional cotidiano ambos términos no están tan distantes como las discusiones conceptuales a veces dan a entender, y, de hecho, la mayor parte de los psicólogos que trabajan en el campo de la conducta, la salud y la enfermedad combinan elementos de ambas disciplinas.

En este sentido, los factores que han colaborado al desarrollo de la medicina conductual han sido para Labrador, Muñoz y Cruzado (1990, en Oblitas, 2006) los siguientes:

1. El cambio en los patrones de mortalidad y morbilidad, pasándose de enfermedades infecciosas a enfermedades funcionales, trastornos asociados al tipo de vida y degenerativos.
2. La mayor parte de los retos actuales en el área de la Salud, tienen que ver con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, muy influenciadas por el estilo de vida de las personas.
3. El hecho de que al trabajar de forma independiente los investigadores biomédicos y conductuales no han sido capaces de explicar satisfactoriamente por qué en igualdad de condiciones, según sus criterios, algunas personas enferman y otras no, o presentan distinto grado de enfermedad.
4. La madurez alcanzada en la investigación de las ciencias sociales y conductuales, tanto en sus desarrollos como en sus logros, así como los avances en epidemiología conductual.
5. El interés que progresivamente se ha despertado por los temas de prevención de enfermedades, salud pública o salud comportamental, en parte provocado por el drástico incremento en los costos de los cuidados médicos.
6. El resurgir y rápido desarrollo de la psicología médica, que ha añadido una dimensión de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática.
7. La evidencia de la importancia de los factores conductuales en la salud y en la enfermedad a partir tanto de estudios clínicos como epidemiológicos y experimentales.

También, es importante recordar que la medicina conductual contempla como objetivos básicos: 1) la intervención directa; 2) entrenar a los profesionales de la salud para que mejoren sus intervenciones; 3) entrenar a los pacientes en seguir adecuadamente lo prescrito por el médico; 4) la modificación de patrones de conducta para la prevención de enfermedades y, 5) diseñar nuevas estrategias de intervención (Oblitas, 2006).

Finalmente, diferenciar una de la otra es difícil y poco útil desde la perspectiva del psicólogo que trabaja en el campo de la salud, unos y otros, aunque tengan denominaciones distintas, hacen lo mismo.

#### **1.4 Modelos explicativos en psicología de la salud**

Al cuestionar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud y cómo han establecido los criterios que determinan sus hábitos alimenticios, es entonces, que en el campo de la psicología de la salud, se ponen de manifiesto los modelos explicativos acerca de los agentes motivadores de determinadas conductas saludables o, en su caso, conductas no saludables.

Para León et al., (2004) entre los modelos explicativos están aquellos que parten de la suposición de que las actitudes y las creencias son los principales determinantes del comportamiento, a partir de los cuales podemos efectuar previsiones bastante fiables acerca del curso de acción probable de una persona bajo determinadas circunstancias. Estos modelos son:

##### **1) Modelo biomédico**

El modelo biomédico, dio lugar a grandes avances dentro de la Medicina. Aunque dicho modelo seguía apoyado en las doctrinas dualistas de mente–cuerpo, ya que se consideraba que lo físico y lo mental eran dos realidades separadas, sin darle importancia a los factores sociales o psicológicos.

Al respecto León et al., (2004) sostienen que los dos principios explicativos sobre los que se apoya este modelo son el reduccionismo biológico y el dualismo cartesiano. El primero establece que todo problema de salud tiene un origen biológico; es decir, puede ser explicado por un mal funcionamiento de los procesos fisiológicos a causa de desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos como bacterias y virus. El

segundo plantea que cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente la una respecto a la otra, la mente es vista como un ente abstracto, relacionada con los pensamientos y los sentimientos, incapaz de influir sobre el cuerpo. Desde esta perspectiva, los problemas de salud son causados por factores biológicos que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales. Las quejas o síntomas subjetivos del individuo son la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente. Es decir, lo biológico puede condicionar lo psicológico, pero el camino inverso es imposible. Por ejemplo, se admite que el cáncer puede originar infelicidad, pero no se considera que el estado de ánimo del paciente contribuya a la evolución o progresión de la enfermedad.

A pesar de que este modelo abrió nuevas posibilidades para entender la enfermedad, Engel (1977) señala algunas deficiencias del mismo, entre las más importantes se encuentran:

- El criterio de “anormalidades bioquímicas” para diagnosticar la enfermedad, puesto que las alteraciones bioquímicas pueden ser condiciones necesarias, pero no determinantes, para el desarrollo de una enfermedad.

- El gran peso que se le da al diagnóstico del estado físico, puesto que el diagnóstico del estado físico depende en gran parte de la información que proporciona el paciente, ya que no sólo las pruebas de laboratorio son decisivas para identificar una enfermedad. Por lo tanto, la exactitud del diagnóstico está en relación con la habilidad que tenga el médico en la entrevista diagnóstica y su capacidad para entender las prácticas sociales y culturales del paciente, así como los determinantes psicológicos de los síntomas.

De igual forma, según Oblitas (2006) el modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos, originados por causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y



medioambientales). En este modelo, se presume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables: la conducta social no tiene cabida en el mismo o, en su extremo, que las anomalías conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neuro-fisiológicos.

En el entendido de León et al., (2004) la enfermedad no es sólo la expresión de un trastorno biológico como lo expresa el modelo biomédico, sino también es el resultado de influencias socioculturales. Enfermar no sólo significa quiebra de la salud, causada por la alteración y descomposición interior del cuerpo, sino también, como dijera Parsons (1951) el fracaso o la incapacidad de una persona para desempeñar su rol social y laboral habitual.

Más adelante, se propuso el desarrollo de un nuevo modo de abordar los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad que facilitara la reorientación de los servicios de salud. Era necesario desarrollar un acercamiento más comprensivo, donde la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales fuese el determinante principal de la salud y enfermedad. Nació así, el modelo biopsicosocial que según Bishop (1994) es un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles.

De acuerdo con Amigo et al., (1998) y Engel (1977) el modelo biopsicosocial sostiene que todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos tan determinantes como los planteados por el modelo biomédico, por tanto, el proceso de salud-enfermedad tiene una causación múltiple, así como múltiples, también, son sus efectos. Enfatiza tanto la salud como la enfermedad más que ver a la enfermedad como una desviación de la salud, concibiendo a esta última como algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, asimismo, sostiene que para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad se deben tener en cuenta

todos los procesos implicados y se deben tratar de medir las tres variables antes mencionadas, así como comprender su proceso de interacción, para esto, se ha adoptado la teoría de sistemas, según la cual, todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás. Por lo tanto, la salud, la enfermedad y la atención médica serían todos un conjunto de procesos interrelacionados que incluyen cambios que interactúan dentro del individuo, y estos a su vez, sobre los otros niveles.

Asimismo, este modelo no deja de lado la relación médico–paciente. Dicha conceptualización implica también el planteamiento de una perspectiva multidisciplinar, esto es, el médico debe tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000., Engel, 1977).

Para León et al., (2004) este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebirla en positivo y una concepción social de las acciones de salud, esto es:

- Tener por objetivo central que las personas se mantengan en salud, considerando que ésta, más que un estado, es un proceso de desarrollo dirigido de forma activa y voluntaria hacia la realización de los individuos, grupos y comunidades
- Alcanzar un compromiso para el cambio del modo de vida, no solo por parte del individuo, sino también del sistema social y sanitario; pues si el individuo está o no sano, no es un asunto de exclusiva competencia individual, sino también depende de la estructura social
- Crear una cultura de la salud o conciencia de que ésta debe ser promovida y salvaguardarla por parte de todos los actores sociales y en primer lugar por los propios individuos, que tienen la

responsabilidad de mantener y mejorar su salud con la mayor autonomía posible respecto del sistema sanitario.

## 2) Modelo de creencias sobre la salud

Formulado por Hochbaum (1958) y reformulado con posterioridad por Rosenstock (1974) y Rosentstock & Kirscht (1982) (todos en León et al., 2004) es el modelo que ha tenido mayor eco entre los psicólogos de la salud, y es aplicado tanto a la explicación de una amplia gama de comportamientos de salud entre los cuales destacan los siguientes: evitar o disminuir comportamientos de riesgo (fumar, beber alcohol, consumir drogas, entre otros), e instaurar o aumentar comportamientos protectores de salud (utilizar equipos de seguridad y protección en el trabajo, realizar ejercicio físico de forma regular, alimentarse de forma saludable, mantener relaciones sexuales seguras, promover el uso saludable del computador, someterse a exámenes médicos periódicos, entre otros).

Para lograr lo anterior, el mencionado modelo se basa en el entendido de que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de la salud (motivación de salud) y de las percepciones sobre: 1) susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad, 2) gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla, 3) beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas, y 4) los costes o barreras físicas, psicológicas, económicas, etcétera, de llevar a cabo la acción. Asimismo, es necesario que existan claves para la acción que desencadenen el proceso que conduce a la realización del comportamiento de salud apropiado. Además, se deben de tomar en cuenta una serie de factores modificadores, tanto culturales como sociodemográficos, psicológicos, etcétera, que puedan influir en el proceso, pero que no están relacionados en términos causales con éste (León et al., 2004).

## 3) Las teorías de la acción razonada y del comportamiento planificado

Desarrolladas con el objetivo de explicar el comportamiento social por Fishbein y Ajzen (1975), Ajzen (1985) y Ajzen y Maden (1986) (todos en León et al., 2004) son retomadas más tarde aplicadas al ámbito de la salud, con el propósito de explicar por qué las personas ponen en práctica determinadas conductas de salud. Estas teorías consideran que la mayoría de los comportamientos sociales relevantes, estén o no relacionados con la salud, están bajo control volitivo de la persona, siendo el determinante más inmediato de cualquier comportamiento humano la intención de llevarlo o no a cabo.

Para estos autores, la intención de realizar o no una conducta está determinada, según la teoría de la acción razonada, por dos factores, uno personal cuya base es la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación positiva o negativa que el individuo hace sobre la realización del comportamiento y los resultados obtenidos, y otro de carácter social o cultural, el cual se refiere a las presiones sociales que influyen sobre la intención de realizar o no determinada conducta, bajo el supuesto de que las personas intentan hacer algo cuando creen que otras personas importantes para ellas piensan que deberían hacerlo.

En opinión de Fishbein y Ajzen (1975, en León et al., 2004) para que haya una mayor correspondencia entre la intención de llevar a cabo un comportamiento y su ejecución influye:

- El grado de correspondencia entre la medición de la intención y la conducta observada.
- El intervalo de tiempo que transcurre entre la medición de la intención y la ejecución de la conducta.
- El grado en que la persona es capaz de actuar de acuerdo con su propia intención.

Finalmente, Fishbein (1990, en León et al., 2004) hace mención de que esta teoría sostiene que una persona tendrá la intención de realizar una conducta dada

cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando crea que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo.

Por su parte, se conoce como teoría de la conducta planificada a la reformulación de Ajzen (1985, en León et al., 2004) quien añade, además de los datos anteriores, el grado de control percibido por la persona sobre su propia conducta, sosteniendo que para que una persona desarrolle la intención de llevar a cabo una conducta saludable, es necesario, además de una actitud positiva y de la presión social, que se sienta capaz de llevarla a cabo y que tenga garantías de que dicho comportamiento le ayudará a obtener el resultado deseado.

Estas teorías consideran que factores tales como las actitudes hacia los objetivos, las características de personalidad, las variables demográficas, el estatus, la inteligencia, etcétera, están relacionadas con los comportamientos de salud, pero no constituyen una parte integrante de la teoría, sino que deben considerarse variables externas al modelo.

#### 4) La teoría de la motivación protectora

Rogers (1975) y Harris y Middleton (1995) (ambos en León et al., 2004) proponen en la presente teoría, que el miedo infundido a las personas al hacerles ver las graves consecuencias que se derivan de hacer o no determinadas conductas relacionadas con la salud, tiene como consecuencia la motivación necesaria que lleva a las personas a protegerse de cualquier daño, es decir, la probabilidad de una persona tenga la intención de adoptar comportamientos de salud puede aumentarse haciendo que ésta perciba que su salud está seriamente amenazada, pero que puede hacer muchas cosas eficaces y a un costo muy bajo para reducir su riesgo de enfermar.

Mencionadas perspectivas pertenecen a las llamadas por León et al., (2004) “Teorías de la expectativa-valor”, las cuales asumen que la opción por un diferente curso de acción se basa en dos tipos de cogniciones:

- Probabilidad subjetiva de que un determinado comportamiento conducirá a un conjunto de resultados esperados.
- Valoración de los resultados de la acción.

De lo anterior, se deduce que las personas escogerán, de entre varios cursos de acción alternativos, aquel que tenga más posibilidades de resultar en consecuencias positivas o de evitar las negativas.

Por su parte, Stone, Cohen & Adler (1979) elaboraron un modelo que incide en el concepto de sistema de salud y en los problemas de interacción que se producen en el mismo, marcando diferencias entre las conductas de salud y las conductas reductoras de riesgo, siendo las primeras, aquellas que incluyen todos los comportamientos que promueven o potencian un estado de salud en general, en tanto que las segundas, son las que contribuyen a disminuir la probabilidad de aparición de un problema asociado con alguna enfermedad.

Desde el punto de vista de Reynoso y Selginson (2005) es fundamental la existencia de un modelo integral de salud donde se combinen, entre otras, a la ciencia médica y conductual, ya que se reconoce como una alternativa valiosa para entender las relaciones entre conducta y salud-enfermedad, puesto que es indudable que hay conductas que fomentan la salud y conductas de riesgo además de que la enfermedad altera el comportamiento y, a la inversa, hay conductas que generan enfermedades.

## **1.5 Papel del psicólogo de la salud**

Uno de los cometidos de los psicólogos en este ámbito consiste en entrenar y asesorar a los profesionales de la Salud que están en contacto directo con los pacientes. Además, en algunos casos, resultará apropiado que los psicólogos trabajen conjuntamente con estos profesionales, diseñando los programas de intervención que éstos deben aplicar para controlar estímulos externos o influir en la disposición psicológica más flexible.

Sin embargo, coincidiendo con Buceta, Bueno y Mas (2000), serán los propios psicólogos los que tendrán que aplicar directamente técnicas operantes u otras estrategias para controlar estímulos externos, igualmente, puede ser necesario que apliquen técnicas basadas en el condicionamiento clásico para alterar la relación entre estímulos antecedentes y respuestas y, finalmente, siempre que estén en contacto directo con los pacientes, tendrán que intervenir en mayor o menor medida, para influir favorablemente en su disposición psicológica más flexible. Además, los psicólogos deben ser los responsables de intervenir por otras dos vías: el entrenamiento de los pacientes para que dominen habilidades psicológicas que les permitan autocontrolar su propia conducta y el debilitamiento de la disposición psicológica más rígida.

De la misma manera, Weiss (1982) indica que las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación.

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la Salud. La investigación en la psicología de la salud, está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otros marcos de aplicación.

Los psicólogos de la salud han investigado temas como la prevención para no fumar, y la obesidad, el uso del cinturón de seguridad, practicas dietéticas saludables, etcétera (Simón, 1993).

Los descubrimientos hechos en las distintas investigaciones posteriormente se aplican a la prevención y al tratamiento de la enfermedad, así se han hecho programas para la prevención del tabaquismo, para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria, programas para el manejo del estrés, programas cardiovasculares, asma bronquial, etcétera (Oblitas, 2006).

Otras facetas, en las que se han aplicado los psicólogos de la salud son, ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales del cuidado de la salud, de igual manera, la utilización de una amplia gama de técnicas psicoterapéuticas, pasando por la modificación de conducta, biofeedback, entre otras, para tratar con numerosos y variados trastornos (Prokop & Bradley, 1981).

Por su parte Oblitas (2006), señala que Thompson & Matarazzo (1984) sostienen que la participación en la educación y el entrenamiento, juegan un papel importante dentro de los ámbitos del psicólogo de la Salud, orientando su trabajo en marcos académicos y transmitiendo sus conocimientos acerca de los factores psicológicos respecto a la salud.

Por otro lado, Krantz, Grunberg y Braum (1985) argumentan que para realizar las anteriores actividades, los psicólogos de la Salud deben ser ampliamente entrenados en Psicología junto con amplios conocimientos de las ciencias biomédicas necesarias para la comprensión de los síntomas clínicos, patofisiológicos y los fundamentos biológicos que estudian o tratan dichos profesionales.



Por lo que, los psicólogos que trabajan en este ámbito deben acostumbrarse a trabajar con otros profesionales de la Salud, aceptando, en muchos casos, la mayor jerarquía de éstos en el organigrama del equipo interdisciplinar. Además, deben valorar los recursos humanos disponibles para mejorar el funcionamiento psicológico de los pacientes, teniendo en cuenta las habilidades y la disposición de los profesionales de la Salud que están en contacto con ellos. A partir de esta valoración, deben estimar qué recursos podrían mejorar y cómo, y establecer una estrategia viable para influir en estos profesionales bien sensibilizándolos, simplemente respecto a los aspectos psicológicos que son significativos en este ámbito, bien transmitiéndoles información relevante y asesorándolos sobre aspectos concretos, bien entrenándolos para que adquieran conocimientos y en cualquier caso, señalándoles en qué consiste su trabajo como psicólogo y cuál puede ser la aportación científica este trabajo (Oblitas, 2006).

Finalmente, Oblitas (2004) crea lineamientos que caracterizan el desarrollo y las aplicaciones de los profesionales de la Salud:

1. Incorporación del modelo conductual por parte de otros profesionales de la Salud, con previa formación biológica para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la Salud.
2. Gran progreso de Programas preventivos en enfermedades causadas por hábitos inadecuados.
3. Necesidad de diferenciar el concepto de Psicología de la Salud de otros relacionados estrechamente con ésta, como el de medicina comportamental.
4. Delimitación en el campo práctico del modelo biopsicosocial.
5. Construcción de modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la Salud desde una perspectiva interdisciplinaria (integrando conocimientos biológicos, psicológicos, conductuales y

sociales) considerando el contexto cultural y sanitario en el cual se da la enfermedad.

6. Aplicación de procedimientos eficaces, de bajo costo.
7. Mejoramiento de las técnicas disponibles, evaluación adecuada de los existentes y desarrollo de nuevos procedimientos de intervención.
8. Desarrollo de la psiconeuroinmunología.
9. Utilización de medios de comunicación masiva.
10. El desarrollo de estrategias preventivas para evitar recaídas después de alcanzar ciertos logros en la modificación de comportamientos.
11. Utilización saludable del tiempo libre.
12. Contribuir a crear conciencia en la población acerca de la importancia de nuestros comportamientos para determinar procesos saludables o de enfermedad.
13. Promover que agentes de gobierno, políticos, personal sanitario, docentes, periodistas, representantes de agrupaciones no gubernamentales, etc.; actúen como modelos de conductas saludables.
14. Incremento de la asistencia a personas de edad avanzada y con SIDA.
15. El papel de la psicología de la Salud, será cada vez más importante en la planificación de acciones preventivas de Salud, programas comunitarios, etc.
16. Los conocimientos de la psicología de la Salud, deberán integrarse a otras áreas de conocimiento, tales como sociología de la medicina, medicina preventiva, salud pública, Antropología de la medicina, etc.
17. Incremento de la investigación y las publicaciones en el campo de la psicología de la Salud.

18. Considerar que todo cambio a introducir en el campo de la Salud, debe tener en cuenta los valores sociales y significados del grupo social que afecte.
19. Surgimiento de nuevos problemas éticos.
20. La psicología de la Salud ofrece la posibilidad de mejorar el estilo de vida de las personas así como la calidad de la atención hospitalaria y de los servicios públicos, reduciendo los costos de la Salud.

En resumen, el presente capítulo muestra que tanto los antecedentes como el desarrollo de la psicología de la salud han dado pie a una nueva conceptualización del binomio salud-enfermedad. Pasando por los diferentes modelos explicativos entre los que se encuentran el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial, dando por hecho la importancia de la psicología de la salud como parte fundamental del mantenimiento de la calidad de vida como factor esencial de la salud, así como sus puntos de vista al respecto y las diferentes áreas de trabajo como psicólogos de la salud.

## **CAPÍTULO 2. SALUD EN FUNCIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA**

### **2.1 Estilo de vida como factor de riesgo de enfermedades**

Existe una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud; el estilo y calidad de vida determina cómo se siente la persona en términos de salud, definitivamente, ciertos hábitos producidos por la forma de vida de las urbes y por la sociedad de consumo son nocivos para la salud, tanto física como psicológica.

En los últimos años ha habido en México una disminución de las enfermedades infectocontagiosas debido probablemente a que este tipo de enfermedades pueden ser tratadas médicamente o a la realización de diversas acciones preventivas encaminadas a proteger específicamente a la población; el panorama epidemiológico ha cambiado y las principales causas de mortalidad, que anteriormente ocupaban dichas enfermedades, han cedido su lugar a las crónico-degenerativas. Tal transición epidemiológica ha alentado el desarrollo de investigaciones que relacionan el comportamiento y la aparición de enfermedad, y se ha establecido que las cifras de morbilidad y mortalidad de algunas enfermedades tienen relación con el estilo de vida. En efecto, los expertos en salud señalan al estilo de vida como uno de los factores más importantes en el proceso de salud-enfermedad. El estilo de vida se desarrolla a través de la historia del sujeto; inicialmente es modelado por los padres, y posteriormente se aprenden en la escuela algunos elementos relacionados con la conducta saludable. Los

grupos de amigos pueden favorecer el desarrollo de comportamientos no saludables, como el uso del tabaco o alcohol; también se pueden imitar modelos promovidos por los medios masivos de comunicación, pero el sujeto puede decidir y determinar su estilo de vida y practicarlo voluntariamente (García, Ramos, Serrano, Sotelo, Flores y Reynoso, 2009).

Así, de acuerdo con Meda, Torres, Cano y Vargas (2004) se pueden encontrar estilos de vida salutogénicos (que tienden a la salud), tales como el ejercicio físico, métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual, estrategias de afrontamiento al estrés, dieta balanceada, autocuidado y cuidado médico, habilidades sociales, prácticas adecuadas de higiene, entre otros. Sin embargo también hay estilos de vida patogénicos (que propician un estado de enfermedad en el sujeto), como el sedentarismo que favorece enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otras, consumo de tabaco y alcohol, conductas sexuales de riesgo, distrés, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, baja autoestima, ansiedad social, timidez y depresión, por mencionar algunos.

El estilo de vida se encuentra compuesto por múltiples dimensiones, razón por la cual su medición no es una tarea sencilla, y son comunes las dificultades cuando se le trata de medir directa y objetivamente (López, Ariza, Rodríguez y Murguía, 2003).

El estilo de vida, según Vives (2007) se refleja tanto por las condiciones económico-sociales de la vida de la sociedad, como por las peculiaridades y las tradiciones un lugar en concreto, sería pues la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aún haciéndolo más particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida en particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas, etcétera. Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera

conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Para Rodríguez-Marín (1995) se trata de un término que atañe a pautas comportamentales, es decir, a formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito, permitiendo entender la relación directa que se establece entre la forma y el estilo de vivir con aspectos de la salud.

Puede entonces decirse que el estilo de vida es, de una manera genérica, todos aquellos patrones cognitivos, afectivos-emocionales y conductuales que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza. Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad, por lo que un estilo de vida saludable constituiría un importante factor en la configuración del perfil de seguridad del individuo (Vives, 2007).

Al respecto Duchan & Black (2001) refieren que los estilos de vida saludables son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Según Vives (2007) estos comportamientos se refieren a: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicio, sueño y distracción; el control y la evitación del abuso de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol; una correcta distribución y aprovechamiento del tiempo, etcétera. Es entonces necesario que el análisis de los estilos de vida deba hacerse desde un modelo que considere al ser humano como punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos. El comportamiento

individual se produce en la intersección de los dos tipos de sistemas, de forma que los acontecimientos sociales y los acontecimientos biológicos tienen un impacto recíproco sobre tal comportamiento y, a su vez, sobre la integridad funcional de la persona.

Al igual que los comportamientos que producen un bienestar físico y psicológico en los individuos, existen aquellos que propician un deterioro en la calidad de vida, convertidos en conductas difíciles de controlar y que preceden a la existencia de enfermedades que bien se pudieron evitar, como son el alcoholismo, el tabaquismo, los malos hábitos alimenticios, entre otros, a continuación se presentarán las características más sobresalientes de éstas enfermedades y su relaciones con los estilos de vida.

### **2.1.1 Alcoholismo**

De acuerdo con Dorland (1988) el alcoholismo es un trastorno crónico de la conducta manifestado por la ingestión repetida de bebidas alcohólicas en un grado que rebasa los usos alimentarios y sociales de la comunidad y en una medida que interfiere con la salud o la función social o económica del bebedor; siempre se encuentra implícito algo de habituación, dependencia o adicción.

Por otra parte, para Aburto (2002) el alcoholismo es una enfermedad. La compulsión que un alcohólico siente por el alcohol puede ser tan fuerte como la necesidad de alimento o agua. Un alcohólico continuará bebiendo a pesar de serios problemas familiares, de salud o legales.

El alcohol, que, consumido en exceso puede resultar patógeno, es una sustancia que dependiendo de la cantidad y frecuencia consumida puede ser considerada como un nutriente, una toxina o una droga. Debido a su densidad energética (7 kilocalorías por un gramo), el alcohol es una fuente de energía para muchos consumidores, alcanzando hasta un 50 % de su ingesta calórica diaria, sin embargo su papel como factor de riesgo para desarrollar obesidad aún está en discusión (Ardilla y Herran, 2005).

El consumo cotidiano del alcohol tiene repercusiones directas contra la salud, al menos en dos sentidos. Por una parte, el consumo diario, por encima de dosis mínimas, es causa o factor agravante de diversos problemas de salud, incluso aunque no produzca ebriedad. Por otra, el consumo excesivo ocasional (“borrachera de un día”), presenta algunos riesgos para la salud pero, lo que adquiere una gravedad evidente, tiene una alta relación con el riesgo de accidentes. Incluso respecto al consumo moderado existen controversias puesto que si, por un lado, puede prevenir enfermedades cardiovasculares, por otro tiende a incrementar otros riesgos. Además, los efectos negativos no se limitan a la persona bebedora sino que influyen sobre su entorno familiar y social (Actis, Pereda y Prada, 2004).

Hay varias condiciones que, por definición, son causadas por el uso excesivo del alcohol, tales como la psicosis alcohólica, el síndrome de dependencia del alcohol, el abuso del alcohol, la polineuropatía alcohólica, la cardiomiopatía alcohólica, la gastritis alcohólica, la cirrosis alcohólica del hígado y la toxicidad por etanol (English, 1995 en Aburto, 2002).

Al respecto, Ardilla y Herran (2005) afirman que los estudios del consumo de alcohol han relacionado a éste último con el desarrollo de eventos epidémicos como los cardiovasculares, el cáncer y otros que están incrementándose y relacionados con la enfermedad social y mental; la violencia intrafamiliar, la morbilidad y mortalidad por accidentes de vehículo automotor, el suicidio, absentismo laboral escolar, problemas interpersonales, y las conductas sexuales peligrosas, además, el consumo del alcohol es un factor de riesgo en el embarazo, el estado nutricional y la dieta.

Por otro lado, Aburto (2002) presenta las dos propuestas más populares causantes del alcoholismo, la primera, es la que califica al alcoholismo como una enfermedad crónica, frecuentemente progresiva, con síntomas que incluyen una



fuerte necesidad de beber a pesar de las consecuencias negativas que genera, el alcoholismo tiende a presentarse en grupos familiares, y para los partidarios de concebirlo como enfermedad los factores genéticos explican principalmente este patrón. La otra propuesta, es la que lo califica como un hábito arraigado que deteriora la salud, la posición en el trabajo, las relaciones personales y la autoestima y que resulta difícil cambiar.

Sin embargo, el alcohol brinda algunos beneficios a los individuos y a los gobiernos. Son difíciles de cuantificar los beneficios de la convivibilidad, sociabilidad y en algunos casos la solidaridad social.

El alcohol también brinda ingresos sustanciales a los gobiernos y particularmente en algunos países en desarrollo estos ingresos pueden constituir una porción importante del presupuesto nacional, como la India, en la que el alcohol genera el 23% de los ingresos estatales. En México existe una gran proporción de abstemios y los bebedores tienden a estar concentrados en un grupo, sobre todo entre los hombres jóvenes y de mediana edad (WHO, 1999 en Aburto, 2002).

Según Aburto (2002) una política de salud pública integral contra el alcohol debiera incluir de una manera balanceada, lo siguiente: 1) Construir una política pública saludable; 2) Crear ambientes de apoyo; 3) Fortalecer la acción comunitaria; 4) Desarrollar habilidades personales y 5) Reorientar los servicios de salud.

Finalmente en México se elaboró un programa de acción, bajo el nombre de Adicciones, Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas, que toma en cuenta las peculiaridades de la estructura de la salud pública, de la población y de los recursos del país (Secretaría de Salud, 2001).

El abuso del alcohol es un tema que no se debe tomar a la ligera, las consecuencias aquí planteadas ofrecen un panorama general, sin embargo es necesario indagar en otras cuestiones para entender el desarrollo de la enfermedad y de esta manera enfocarse en las diferentes formas de prevención y tratamiento.

### **2.1.2 Tabaquismo**

El tabaquismo, que en lo sucesivo se usará con el significado de “consumo de tabaco por parte de la población” (Dorland, 1988), supone un problema de salud pública mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, (1998 en Dorland, 1988), representa la segunda causa principal de muerte en el mundo, originando aproximadamente un veinte por ciento del total de defunciones en los países desarrollados, esto supone casi cinco millones de muertes cada año.

La Organización Mundial de la Salud (1998, en Aburto, 1998), establece que las causas básicas de defunción son: 1) La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, 2) Las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal; es decir, estas causas son fundamentalmente comportamentales, lo cual significa que si fuese posible cambiar esos comportamientos se podría, si no eliminar, si postergar las defunciones debidas a las causas más frecuentes, produciendo así un incremento en la esperanza de vida de la población (Aburto, 1998).

De lo anterior, se entiende que el tabaquismo es una de las causas más importantes de defunción que bien podría prevenirse al cambiar las conductas que la originan mediante la prevención. Para ello, es importante conocer el impacto que tiene y a quienes afecta dicho problema. La OMS (1998, en Aburto, 1998) estima que hay aproximadamente 1,100 millones de fumadores en todo el mundo; que en los países desarrollados 41% de los hombres y 21% de las mujeres fuman cigarrillos regularmente, pudiendo haber un incremento significativo en el transcurso de los años, según sus propios cálculos para el año 2020 causará el doble defunciones que las actuales, esto es, cerca de diez millones de muertes al

año. Hoy en día, la evidencia científica generada en los últimos 40 años demuestra que el consumo del tabaco es uno de los hábitos más nocivos para la salud (Cortes, González, Hoy y Kuri, 2006), sus principales constituyentes son la nicotina, que es la sustancia que genera la dependencia y puede dañar seriamente al corazón y a los vasos sanguíneos; el alquitrán, que puede generar formaciones tumorales, y el monóxido de carbono, que interfiere con el transporte de oxígeno (Williams & Knigh, 1994).

En general, las principales causas de mortalidad relacionadas con el tabaco son el cáncer broncopulmonar, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular. Además, este consumo genera una elevada tasa de morbilidad y se le relaciona con más de 25 enfermedades (principalmente riesgo de cáncer, especialmente broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, problemas en desarrollo fetal durante el embarazo, etcétera). Además, el humo del tabaco ambiental genera un mayor riesgo de enfermedad para la población no fumadora, denominados “fumadores pasivos” (Williams & Knigh, 1994).

Lo anterior estimado en cifras, da como resultado que el tabaquismo causa alrededor del 87% de las defunciones por cáncer de pulmón, 82% de las atribuidas a las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, 21% de las ocasionadas por cardiopatía coronaria y el 18% de las causadas por apoplejía en los Estados Unidos. En 1988, el tabaquismo ocasionó 434 000 muertes prematuras, o sea, casi una quinta parte de la mortalidad en ese país. Sin embargo, debido a los cambios del estilo de vida y a la mejora del tratamiento médico, la mortalidad causada por el consumo de tabaco ha reducido significativamente, aplazando un estimado de 798 000 defunciones entre 1964 y 1985. Otras estimaciones han colocado a la contribución del tabaco a la mortalidad en el rango de 11 a 30% de las muertes por cáncer, de 17 a 30% de las defunciones cardiovasculares, 30% de las muertes por enfermedad pulmonar, 24% de las muertes por neumonía e influenza, 10% de las muertes infantiles y de 20 a 30% de los niños con bajo peso al nacer. En México, por el hecho de que ocho de las diez principales causas de

mortalidad coinciden con las de Estados Unidos, se ha estimado que la proporción de defunciones atribuibles al tabaquismo debe estar muy cercana al 20% reportado en este país (McGinnis, y Foege, 1993).

La evidencia epidemiológica en el ámbito mundial, es ilustrativa de lo que está ocurriendo con esta pandemia. Datos de la OMS señalan que del total de la población mundial, 30% de los adultos son fumadores y de éstos, 4 millones fallecen al año, o que equivale a la muerte de casi 11 mil personas diarias por causas relacionadas con este producto. En México, más de 53 mil personas fumadoras mueren al año por enfermedades asociadas al tabaquismo, lo que significa al menos 147 defunciones diarias, una cada 10 minutos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (2002, en Secretaría de Salud, 2006) en México se encontró que más de 16 millones de personas (23.5%), son fumadoras, 17.4% exfumadoras y más de la mitad (59.1%) manifestaron ser no fumadoras. De igual manera, se identificó que el 1.4% de la población entrevistada se clasificó como fumador dependiente, lo que representa más de un millón de personas que requieren de atención especializada para resolver su problema de tabaquismo. El siguiente grupo, conformado por los que fuman a diario pero sin presentar síntomas de dependencia, y que por ello requieren de una intervención breve, constituye el 11%. Aquellos que fuman ocasionalmente y los exfumadores que requieren de observación alcanzaron 28.5%. Por último y como ya se mencionó el grupo con mayor porcentaje es el de los no fumadores a quienes se tienen que dirigir las campañas anti-tabáquicas de prevención.

Para combatir la adicción al tabaco o prevenir los daños que genera se han desarrollado varias estrategias entre las que se encuentran: a) medidas para controlar el tabaco tendientes a hacer inaccesibles los productos de tabaco a la población en general, pero sobre todo a niños y adolescentes, ya sea limitando su oferta, elevando sus precios de venta o estableciendo una edad mínima para poder comprarlos; b) instrumentar programas de promoción de la salud; c) ofrecer

programas para dejar de fumar; d) contrarrestar la propaganda de las compañías tabacaleras limitando los medios o los ambientes en que se pueda desarrollar y obligando a poner advertencias en todas sus envolturas sobre los daños que genera su consumo; e) desalentar el consumo del tabaco sugiriendo alternativas; y f) proteger contra la exposición involuntaria al humo del tabaco mediante la prohibición de fumar en lugares públicos, áreas de trabajo y medios de transporte (Aburto, 1998).

Llevando a cabo mencionadas medidas, es posible corregir y fomentar una mejora en el estilo de vida de las poblaciones en general, que lleve, sin lugar a dudas a un menor porcentaje de defunciones en el mundo.

### **2.1.3 Hábitos alimenticios**

La alimentación es una de las claves del estado de salud de la población. La dieta es un importante y controlable factor de riesgo para muchas de las principales causas de muerte y contribuye también, de manera importante, a los factores de riesgo para muchas enfermedades. Sin embargo, sólo el 35% de la población ingiere las cinco porciones de fruta o vegetales que se recomiendan al día. Los expertos estiman que el comer poco saludable contribuye a más de 300 000 muertes por año (Taylor, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud la dieta típica en muchos países desarrollados se caracteriza por un exceso de alimentos ricos en grasas y azúcares refinados y una deficiencia de carbohidratos complejos, que garantizan el aporte necesario de fibras. En la mayoría de los países de la Unión Europea el tipo de alimentación difiere sensiblemente de lo que los expertos consideran una dieta óptima; como consecuencia de ello algunos estudios estiman que las consecuencias ocasionan costes económicos superiores a los producidos por el tabaquismo (Carmody, Istvan, Matarazzo, Connor & Connor, 1986).

Actis et al., (2004) recomiendan ingerir diariamente los cereales y derivados, las verduras, hortalizas, frutas y patatas, además de los lácteos y el aceite de oliva. Varias veces a la semana debería ingerirse el pescado (de 3 a 5 veces), los huevos (3 a 4), las legumbres (2 o 3) y el pollo (en función de la ingesta de otras carnes). Se debería restringir el consumo de carnes grasas, pastelería y bollería. La alimentación ha de ser variada. Con el fin de aprovechar los nutrientes de diferentes alimentos y reducir los riesgos derivados de las toxinas y contaminantes naturales que se incorporan a los distintos productos.

Es interesante saber que modificando la dieta se puede mejorar la salud. Por ejemplo, una dieta rica en fibras puede proteger contra la obesidad y las enfermedades cardiovasculares al reducir los niveles de insulina. Una dieta rica en frutas, verduras, granos integrales, chicharos y frijoles, aves y pescados, y baja en granos refinados, papas, carnes rojas y procesadas, se ha demostrado que reduce el riesgo de enfermedad coronaria en las mujeres. Modificando la dieta se puede disminuir el nivel de colesterol en la sangre, y estas modificaciones, pueden a su vez reducir el peligro de aterosclerosis (Carmody, Matarazzo & Istvan, 1987).

Todo intento de modificar la dieta necesita, de acuerdo con Taylor (2007) educación y un entrenamiento en automonitoreo porque muchas personas tienen desconocimiento de la importancia de determinados nutrientes y de qué tanto de ellos contiene su dieta; por ejemplo, la estimación del consumo de grasas no parece ser adecuada.

Muchas de las modificaciones en la dieta se han llevado a cabo mediante intervenciones cognitivo-conductuales. Entre éstas están el automonitoreo, el control de estímulos y el contrato conductual, combinadas con técnicas para la prevención de la recaída para las situaciones de alto riesgo, como las fiestas u otras situaciones en la que es común consumir alimentos ricos en grasas. En las intervenciones en la familia, por lo general los miembros de la familia se reúnen con un asesor en nutrición para discutir la necesidad de modificar la dieta familiar y las maneras de hacerlo. Los miembros de la familia discuten entonces las

modificaciones concretas que pueden hacer. Algunas veces, la familia que tiene que hacer estas modificaciones se reúne con otras familias que ya han hecho lo mismo con objeto de compartir sugerencias y los problemas que surgen al intentar modificar la dieta familiar. En estos programas puede haber actividades sociales o comidas, en las que las personas comparten recetas y llevan comidas o emplean medios impresos como periódicos, folletos con recetas, guías para el consumidor sobre dónde hallar alimentos sanos e ideas para la planeación de comidas (Carmody, Istvan, Matarazzo, Connor & Connor, 1986).

Aunque no es fácil diseñar una dieta ideal para toda la población, los expertos coinciden en que una ingesta excesiva de dulces o embutidos, así como una pobre en verduras o fruta fresca no tendrán repercusiones positivas sobre el estado de salud. En razón de ello parece conveniente prestar más atención a los perfiles de las personas que presentan esas pautas de alimentación. Sin embargo, ha de hacerse con precaución puesto que la frecuencia del consumo no nos señala necesariamente las cantidades que se ingieren. Además, a igual frecuencia los efectos no son iguales en función de la edad, el tipo de actividad física o el estado de salud general de la persona. En general las personas con peores hábitos alimentarios, quizás debido a su juventud, presentan valoraciones más positivas respecto a su estado de salud que las que se alimentan “mejor” (consumen frecuentemente verduras y frutas, casi nunca embutidos o dulces). Algo similar ocurre respecto al sobrepeso: quienes comen “mejor” están más afectados por este problema que el resto de la población. Una primera interpretación de estos resultados sugiere que las buenas prácticas alimenticias no son una opción libremente adoptada por personas saludables sino una consecuencia de ciertos problemas de salud, relacionados con la edad o el sobrepeso, entre otros (Actis et al., 2004).

#### **2.1.4 Actividad física y sedentarismo**

La práctica de la actividad física constituye uno de los principales triunfos de un estilo de vida saludable y de una verdadera protección y promoción de la salud. Para Manidi y Dafflon (2002) la actividad física regular asegura a las personas de todas las edades, tanto hombres como mujeres, beneficios evidentes para su salud física, social y mental así como para su bienestar general. De igual manera, cuando las prácticas físicas y deportivas permiten la autorrealización, proporcionan una sensación de bienestar y un sentimiento de valoración de uno mismo, procurando así una representación positiva de la salud individual, e incluso, la sensación de envejecer mejor que los demás. Sin embargo, en el último siglo, con la aparición de los grandes ingenios mecánicos, se han ido reduciendo progresivamente los niveles cotidianos de actividad física haciendo aparecer una nueva conducta denominada sedentarismo. Para Córdoba, Ortega, Cabezas, Forés, Nebot, y Robledo de Dios (2001) el sedentarismo es una conducta relativamente reciente, por lo cual, el estudio de la asociación entre el sedentarismo o inactividad física y la salud tiene pocos años de desarrollo, y por eso en la última década están viendo la luz cada vez más estudios que relacionan dicha conducta con todo tipo de problemas de salud. Esta relación viene expresada por la comparación entre el estado de salud de los individuos que mantienen una conducta de actividad física regular y el de los que mantienen la conducta más generalizada de inactividad física o sedentarismo.

El sedentarismo es considerado como una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares, hipertensión arterial, cáncer, diabetes, artritis, osteoporosis y obesidad, entre otras. La contribución del sedentarismo a la mortalidad total es elevada, estimándose en Estados Unidos que la inactividad física contribuye a 250.000 muertes/año (McGinnis y Foege, 1993). Por eso, en ese país se considera tan importante la actividad física hoy día que el gobierno ha decidido, por primera vez, tratar el tema como un asunto extremadamente importante de salud pública y ha elaborado la primera revisión completa de los efectos sobre la salud del ejercicio en el documento «Physical activity and health: a report of the surgeon



general» (1993, en Córdoba et al., 2001) el cual hace referencia a la relación entre la actividad física y la salud basado en la evidencia que proporcionan los cada vez más numerosos estudios que han encontrado una influencia positiva del estilo de vida físicamente activa de los individuos, sobre el desarrollo de las enfermedades más prevalentes en la sociedad moderna.

Por su parte, Martos (2005) argumenta que el ejercicio físico, practicado de forma regular, puede reducir los niveles de presión arterial y colesterol, reforzar el corazón y el sistema circulatorio, y puede reducir la grasa corporal, aumentando el tono muscular, además de bajar los niveles de presión y de estrés.

En los programas de ejercicio físico de ámbito no competitivo se pretende englobar toda práctica físico-deportiva en la que, sin buscar el máximo rendimiento en las cualidades trabajadas, se contribuya al fomento de hábitos de vida más saludables y se ayude en definitiva a la mejora de la salud. La práctica deportiva bajo este objetivo no tiene límites de edad ni de sexo; será necesario tan sólo adaptar el programa de entrenamiento a las características personales de cada individuo, para de esta forma, determinar la configuración final de las diferentes cualidades físicas (Serra y Bagur, 2004); para ello, es necesario el conocimiento de los diferentes tipos de ejercicios a los que se debe someter, así como la intensidad y/o frecuencia de los mismos. Al respecto Martos (2005) promueve tanto el ejercicio aeróbico, como el anaeróbico, y pone de manifiesto que el primero utiliza oxígeno para liberar la energía de las células grasas, quema glucosa y grasa, proporcionando un mayor beneficio para el control de peso; mientras que el segundo no utiliza oxígeno para quemar combustible, ayuda a desarrollar masa muscular, pudiendo provocar dolor muscular, rigidez y hambre después de practicarlo. El nivel de ejercicio se valora como ligero, moderado e intenso, y puede ser medido con la frecuencia cardíaca o bien, mediante el índice del esfuerzo percibido.

Es necesario que los programas de actividad estén adaptados a las necesidades y posibilidades de movimiento de cada persona y grupo de edad. Los objetivos de trabajo, su volumen, intensidad y carácter serán distintos según se trate de niños, jóvenes, adultos o personas mayores. Cada momento evolutivo y cada grupo de edad tiene sus propias necesidades de movimiento, por esta razón se debe realizar una diferenciación en la propuesta de actividad según los grupos de edades. Es por tanto posible, que siguiendo un plan adecuado a cada persona, ordenando los pasos y las fases de los procesos de adaptación del organismo al ejercicio físico, se mejore la calidad de vida mediante la actividad física constante (Serra y Bagur, 2004).

## **2.2 Estilo de vida y herencia**

Para lograr esclarecer aún más el estilo de vida como factor de riesgo, es necesario indagar en las características de algunas enfermedades que pueden aparecer como consecuencia de distintos factores, uno de ellos son los desordenes hereditarios, mismos que se pueden manifestar en diversas enfermedades tales como: la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, a continuación se presenta un panorama general de éstas, con el fin de identificar las relaciones más importantes que tienen con el estilo de vida. De igual manera se hace énfasis en que los factores hereditarios no son causa directa para el desarrollo de la misma, sin embargo constituyen un factor de riesgo importante, para aquellos que tienen algún familiar directo que la padece y por tanto, tienden a desarrollar con más frecuencia la enfermedad (Vázquez y Panduro, 2001).

### **2.2.1 Diabetes**

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica caracterizada por la perturbación del mecanismo de la glucosa en la sangre, relacionada con hábitos

de alimentación y de actividad física. De acuerdo con lo anterior, Fuentes, Lara y Rangel (2004) afirman que la práctica de estilos de vida saludables es necesaria en la prevención y control de esta enfermedad. No obstante, dicho padecimiento también tiene sus orígenes en la genética y la herencia, al respecto Vázquez y Panduro (2001) enfatizan en el hecho de que una persona tiende a desarrollar con más frecuencia la enfermedad si algún miembro directo de su familia es diabético.

Sea cual sea la causa, la diabetes es una enfermedad en la que intervienen una serie de factores genéticos, inmunológicos y ambientales que la precipitan, de tal forma que pudiera hablarse más apropiadamente de un "síndrome diabético", caracterizado por la perturbación del metabolismo de glucosa y otras sustancias calóricas, así como de la aparición tardía de complicaciones vasculares y neuropatías (Flores, 1992), vinculado con la deficiencia de insulina, que puede ser total, parcial o relativa. Normalmente el azúcar se ingiere en la comida, entra a la sangre por los intestinos y es transportada al cuerpo entero por las venas y las arterias. Las arterias llevan el azúcar a todas las células del cuerpo. En las células, la insulina funciona como una llave que abre la puerta de la célula, facilitando que el azúcar entre.

Dentro de las células el azúcar es utilizado como combustible para producir la energía del cuerpo (Bennet, 1996) pero cuando el proceso anterior no se lleva a cabo de la manera especificada, surge la diabetes, la cual se divide principalmente en dos tipos: *Insulinodependiente o diabetes tipo 1*, la cual se caracteriza por la producción casi nula de insulina en el cuerpo, debido a un proceso autoinmunológico del propio organismo.

Aproximadamente el 5% a 10% de todos los diabéticos presentan la diabetes tipo 1. Esta forma de la enfermedad puede comenzar a cualquier edad, generalmente ocurre en jóvenes menores de 18 años. La causa de esta diabetes no es bien conocida todavía, pero se cree que el propio cuerpo desarrolla inmunidad en contra de las células del páncreas que producen insulina. Esto termina destruyendo estas células y por lo tanto el cuerpo no puede producir

insulina, de este modo, cotidianamente debe suministrarse esta hormona para vivir. En contraste, la *diabetes tipo 2 o no insulino dependiente*, se caracteriza por una baja producción de insulina, así como una mala calidad de la misma, que a diferencia de la diabetes tipo 1 puede controlarse con una dieta adecuada, ejercicio y en casos más severos con medicamentos (Fuentes, et al., 2004).

En el mundo se calcula que existen alrededor de 124 millones de diabéticos y para el año 2010 se estima que habrá 221 millones; esta enfermedad representa 95% de los casos y su prevalencia sigue en aumento, presentándose en personas cada vez más jóvenes e incluso en niños, en quienes el 45% de los casos de diabetes corresponden a diabetes mellitus tipo 2 (Galiardino, 2001).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la diabetes mellitus se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades. Es también una de las principales causas de internamiento y egreso hospitalario e incide de forma significativa en la tasa de mortalidad, pues de 32.8 por cada 100 mil derechohabientes en 1986, pasó a 59.7 una década después; en promedio diariamente mueren por complicaciones de esta enfermedad 40 derechohabientes. Por lo tanto, tiene una repercusión económica en los costos de atención directa a la salud en las instituciones, y se ha considerado como una prioridad en la que es necesario llevar a cabo acciones que se anticipen a la enfermedad y a la presencia de complicaciones. La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 varía de 0 a 39% en función de raza, edad y tipo de encuesta; en México recientemente se estima que oscila de 1.9% en el medio rural a 6.3% en el medio urbano, particularmente en menores de 40 años es de 1.6 % en el medio urbano y 0.3% en el medio rural (Lazcano, 1999).

Datos más recientes, informan que en el mundo cada año más de 3.2 millones de muertes se atribuyen a la diabetes. En México, esta enfermedad se ha convertido en la primera causa de muerte, con una prevalencia de 10% de la población de entre 20 y 64 años de edad. Su frecuencia aumenta dramáticamente,

en especial en países en desarrollo. La cifra actual de personas con diabetes en el orbe (171 millones) podría duplicarse en el 2030. Ya que la mayor parte de las complicaciones pueden prevenirse o retardarse, es posible una vida plena y saludable con diabetes mediante un buen control, el cual incluye una dieta saludable, actividad física, no fumar y mantener un peso apropiado (Secretaría de Salud, 2007 b).

La incidencia se duplica cuando además se tiene antecedentes familiares de diabetes, sobrepeso u obesidad, pobre actividad física, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes gestacional y glucemia en ayuno por arriba de los límites establecidos (Rosado 2001). La terapéutica dirigida hacia disminuir el riesgo en la presencia de estos factores no debe restringir demasiado la calidad de vida del paciente, por lo que se indica fibra dietética, edulcorantes artificiales y medicamentos orales hipoglucemiantes (Raya, 1999).

El consumo de azúcares refinados, el sedentarismo y sobre todo, la obesidad podrían considerarse factores etiológicos ambientales implicados en la presentación de la diabetes mellitus no insulino dependiente. Por el contrario, no debe olvidarse, que todos estos factores actúan siempre sobre una base genética, que constituye sin lugar a dudas el factor etiológico más importante en esta enfermedad. Con el hecho de incidir sobre los factores ambientales se puede llegar, no obstante, a prevenir la aparición de la enfermedad o a mejorar su curso (Álvarez, 2000).

Para conseguir un adecuado equilibrio entre lo que clásicamente se han considerado los pilares en el tratamiento de la diabetes como la dieta, el ejercicio y la medicación, es esencial la colaboración del paciente, en este sentido se considera necesaria la inclusión primordial de la educación en diabetes. De lo contrario sin motivar, informar y concienciar al paciente no se puede pensar en introducir las indicaciones de dieta, medicación y ejercicio físico (Fuentes et al., 2004).

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con diabetes mellitus, el manejo y progresión de la diabetes están ligados estrictamente a la conducta y a los estilos de vida, por lo que juega un papel muy importante en el tratamiento de estos pacientes. De esta forma, la calidad de vida de los enfermos depende en gran parte del estilo de vida que realicen, lo que les permitiría si lo manejan de forma adecuada, más años de vida saludable. Entre las etapas psicológicas de negación, ira y negociación por las que suele atravesar el paciente antes de aceptar su enfermedad, existen grandes agujeros negros en los que permanece, antes de pasar a la aceptación, se sabe que conforme el paciente adquiere mayor conciencia de su enfermedad se percata de la naturaleza crónica del padecimiento y que depende de él mismo la decisión de mantenerse sano (Zúñiga, 2000).

### **2.2.2 Cáncer**

De acuerdo con Vives (2007) el cáncer es una de las enfermedades con mayor índice de mortalidad en el mundo. En la actualidad trata de competir por el primer puesto con las cardiovasculares. Es una enfermedad multifactorial, cuyo proceso es complejo y prolongado. Se caracteriza por el crecimiento y multiplicación sin control de células anormales, bajo el efecto de factores internos como hormonas, el estado de inmunidad o la historia genética familiar o por la influencia de factores externos como sustancias químicas, radiaciones y virus.

Es importante destacar, que la existencia en el árbol genealógico de una familia con múltiples casos de cáncer, sobre todo de un mismo tipo, debe alertar sobre la existencia de una propensión hereditaria, para establecer vigilancia médica de los individuos sanos.

Existen varias características que distinguen los casos de transmisión hereditaria, las más importantes según Vives (2007) son:

- Edad temprana de aparición.

- Varios familiares afectados por el mismo tipo de cáncer.
- Un número mayor de casos que en la mayoría de las familias.
- Forma de transmisión hereditaria de tipo mendeliano.
- Aparición de múltiples tumores en el mismo individuo.
- Asociación entre casos de cáncer, padecimientos hereditarios, malformaciones al nacimiento y abortos en la misma familia.

Además de los genes, hay otros factores que son de familia, como la dieta y el estilo de vida, factores que influyen en la aparición del cáncer y, en general, el cáncer está más estrechamente vinculado con el estilo de vida que con los factores genéticos (Taylor, 2007).

Datos de la American Cancer Society (2003) revelan que existen más de 100 tipos de cáncer diferentes con tantas o más causas distintas que aún no han sido comprendidas en su totalidad. Es por esa razón que no existe una manera segura de prevenir el cáncer, sin embargo, los especialistas están de acuerdo en afirmar que existe un enfoque general que sí puede ayudar a reducir el riesgo de desarrollar cáncer: adoptar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio físico periódico, una dieta equilibrada y no fumar. El estilo de vida saludable juega un papel fundamental a la hora de evaluar el riesgo de cáncer.

Ahora bien, para Levy (1983) los factores psicosociales pueden afectar, de distintas maneras al cáncer. Tratándose del inicio de la enfermedad, los factores conductuales intervienen a través de la exposición a cancerígenos, como el tabaco y los cancerígenos ocupacionales. Existen también variables psicosociales que afectan de manera directa el inicio de un cáncer a través del consumo de dietas grasosas o de la exposición al estrés. Los factores psicosociales también influyen en el avance del cáncer, una vez que éste ha empezado. Por ejemplo, el estrés y ciertas formas de afrontamiento pueden afectar el progreso del cáncer. Los factores conductuales influyen, de manera indirecta, en el avance de un cáncer, a través, por ejemplo, de la falta de adherencia a una dieta adecuada para el cáncer,

de la falta de adherencia al tratamiento o de no emplear los métodos de exploración o de detección oportuna.

Entre las medidas preventivas, la OMS recomienda educar a la población sobre los riesgos de cáncer y promover modificaciones en los estilos de vida que lo propician. Cualquier estrategia educativa relativa al cáncer debe centrarse en el desarrollo de conductas preventivas y promotoras. Se entiende por conductas preventivas el conjunto de acciones que las personas llevan a cabo para defenderse de enfermedades o de sus secuelas y por conductas promotoras los comportamientos cuyo objeto es incrementar el nivel de bienestar y la autorrealización en la práctica, ambos tipos de conducta están estrechamente vinculados (Flórez, 1994).

Por otra parte, los métodos cognitivos-conductuales para el tratamiento de los problemas relacionados con el cáncer se han centrado en la depresión, el estrés, el dolor, el control del apetito y en los efectos secundarios de la quimioterapia, la radioterapia y otros tratamientos para el cáncer. Las intervenciones dirigidas a estos problemas pueden mejorar de manera significativa la calidad de vida de los pacientes. En los pacientes con cáncer se han empleado también intervenciones para reducir el estrés que están basadas en la meditación de atención plena (Taylor, 2007).

Finalmente, Romero et al., (2003) sostienen que una nueva educación sobre el cáncer debe implicar no sólo la formación de conocimientos en la población, la provisión de información adecuada y útil para el abordaje de la enfermedad y sus factores de riesgo; además, debe incluir la modificación de creencias, actitudes y emociones que hagan posible el cambio de conductas y la formación de comportamientos activos de prevención y de protección de la salud a través de procesos de autocontrol personal científicamente diseñados y conducidos.

### **2.2.3 Enfermedades cardiovasculares**



El sistema cardiovascular está compuesto por el corazón, los vasos sanguíneos, la sangre y actúa como el sistema de transporte de la sangre. La sangre lleva el oxígeno de los pulmones a los tejidos y expulsa el dióxido de carbono excretado durante la espiración de los tejidos de los pulmones. La sangre también lleva los nutrientes del tracto digestivo a las células para que cada una de éstas pueda extraer los nutrientes que necesita para el crecimiento y la energía. La sangre lleva productos de desecho de las células a los riñones, donde los desechos son eliminados por la orina. También lleva hormonas de las glándulas endocrinas a otros órganos del cuerpo y transporta calor a la superficie de la piel para controlar la temperatura corporal. Las arterias llevan sangre del corazón a los órganos y tejidos, donde el oxígeno y los nutrientes son transportados desde las arterias hacia las arteriolas y de éstas hacia los capilares. Las venas regresan la sangre sin oxígeno al corazón. Juntos, estos vasos sanguíneos controlan la circulación periférica dilatándose y contrayéndose a una variedad de eventos corporales (Taylor, 2007).

Dicha explicación hace énfasis a lo complejo del sistema cardiovascular, no obstante, las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de muerte y morbilidad grave en la mayor parte de los países desarrollados (Nieto, Murueta, Abad, Esteban y Tejerina, 2004).

La generación de dichas enfermedades puede deberse a defectos congénitos en algunos casos y en otros debido a infecciones. Sin embargo, las mayores amenazas para el sistema cardiovascular son derivadas del daño generado a lo largo de la vida, generándose daño cardiovascular progresivo. El estilo de vida, en la forma de alimentación, ejercicio, el fumar y la exposición al estrés, dentro de otros factores, afectan en gran medida en el desarrollo de padecimientos del sistema cardiovascular (Taylor, 2007).

De acuerdo a lo anterior, Balaguer (2004) afirma que los estilos de vida ligados con el progreso socioeconómico, favorecen el aumento de las enfermedades cardiovasculares, causadas por la dieta rica en calorías totales y grasas saturadas, así como la adquisición del hábito de fumar, a lo que se suma ulteriormente la reducción de la actividad física y el aumento del estrés mental. La urbanización, el rápido avance de la tecnología y la facilidad para adquirir alimentos preparados explican la extensión de la epidemia de la obesidad en los países en vías de desarrollo. En una reciente encuesta realizada en México se ha observado que la obesidad, la hipertensión y la diabetes son más prevalentes en los adultos jóvenes que en la población de mayor edad, puesto que ya han recibido el influjo del cambio en los estilos de vida. En algunas áreas geográficas donde el cambio ha sido muy rápido, la aparición y el aumento de la enfermedad coronaria han sido espectaculares. Si realmente el bajo peso al nacer es un factor de riesgo, las condiciones de pobreza de los países en vías de desarrollo hasta hace pocos años podrían contribuir a explicar el rápido aumento actual de la enfermedad coronaria en estos países. Se acepta que las cifras absolutas del colesterol sérico no significan el mismo riesgo de enfermedad coronaria en todos los países, aunque dentro de una cohorte concreta hay siempre una relación individual entre cifras de colesterol y riesgo.

Nieto et al., (2004) indican que los estudios epidemiológicos han demostrado que aproximadamente entre un 40 y un 50% de los fallecimientos que se producen en los países industrializados están relacionados con trastornos circulatorios, entre los cuales encontramos la aterosclerosis, causada por depósitos de colesterol y otras sustancias en las paredes arteriales, lo cual forma placas que engrosan las arterias. Taylor (2007) relaciona dicho problema con el estilo de vida de las personas que lo padecen, y a su vez, con un gran número de malos hábitos de salud como fumar y alimentaciones altas en grasa, teniendo como consecuencia dos principales manifestaciones clínicas: angina de pecho o dolor torácico e infarto al miocardio.

Debido a lo anterior, es necesario que entre los planes nacionales se promueva mayor control de colesterol, presión y tabaco, seguidos de la sobrepeso y la diabetes para eliminar los dos principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (Balaguer, 2004).

#### **2.2.4 Obesidad**

Para el 2001 existían trece millones de personas en este país que padecen exceso de peso, de modo que las enfermedades relacionadas corresponden a muerte prematura y discapacidad. La obesidad es considerada en el sector salud como una enfermedad de tipo psicosomático en la que participan múltiples factores que tienen graves repercusiones físicas y psicológicas. Se ha hallado además que aspectos tales como el embarazo, posparto, matrimonio, cesación del fumar, adolescencia, menopausia y conflictos en diversas áreas conllevan el comer compulsivo y baja autoestima y son génesis frecuente del problema en los adultos con sobrepeso y obesidad (León, 2001).

Según la Secretaría de Salud (2010) el 70% de los adultos en México están excedidos de peso, al igual que cuatro y medio millones de niños entre cinco y once años. Esas cifras posicionan a México en el primer lugar mundial en cuanto al número de personas con sobrepeso u obesidad, con sus consecuentes efectos negativos, ya que por ejemplo, duplican o triplican el riesgo de padecer enfermedades crónicas, como hipertensión arterial, infartos y enfermedades vasculares; pero también, cáncer de mama, esófago o de riñón. Ante este panorama, es necesaria una estrategia integral que permita enfrentar el gravísimo problema que representan la obesidad y el sobrepeso en nuestro país. Y es que además, ponen en riesgo la sustentabilidad del sector salud, debido a que las personas que desarrollan padecimientos relacionados vivirán enfermas 15 años en promedio y los costos de tratarlas representan una carga sistémica que de seguir creciendo va a ser insostenible. Sólo del año 2000 al 2008, el costo de la atención de las enfermedades relacionadas con sobrepeso y obesidad se incrementó más

de 60%, al pasar de 26 mil millones a más de 40 mil millones de pesos, cifra equivalente al presupuesto del Seguro Popular en 2009.

Aburto (1999) señala que la obesidad se está determinando cada vez más por el índice de masa corporal y otros parámetros están reemplazando las mediciones crudas del peso en la definición de la obesidad. Una persona con un índice de masa corporal menor de 20 es considerada delgada; con un índice de 25.1 a 30 como sobrepeso, y mayor que 30 como obesa.

Las teorías que describen la etiología de la obesidad ya no proponen un proceso unidimensional sino otro que tiene una variedad de causas (la herencia, el ambiente, el metabolismo y el nivel de actividad física), lo que implicaría que no puede existir una sola "cura". La genética puede ser el determinante más importante del peso de las personas. Algunas están más propensas a ganar peso que otras aun cuando la ingesta calórica sea la misma y parece que otros factores genéticos no identificados influyen en la cantidad de peso ganado y en su distribución (Papazian, 1999, en Aburto, 1999).

León (2001) refiere que existen factores asociados al exceso de peso, entre los más importantes sobresalen: *factores socioculturales*, en donde los hábitos de alimentación aprendidos durante la infancia condicionan los hábitos del adulto, las creencias son para quienes las poseen una realidad, aunque en algunas ocasiones no sean demostrables; *factores psicológicos*, en donde el alimento se asocia a afecto, ternura, protección, atención y seguridad, entre otros. El problema surge cuando dichas asociaciones quedan fuertemente establecidas y se recurre posteriormente al alimento como un medio para obtener tales sensaciones. Así, muchas personas reaccionan comiendo en exceso cuando se hallan en situaciones que les generan una considerable tensión emocional; *factores familiares*, cuando la dinámica es disfuncional, la persona obesa funciona como un medio para disminuir los conflictos y tensiones, es por esto, que el exceso de peso está directamente relacionado con una cantidad elevada de problemas intrafamiliares; *factores orgánicos y farmacológicos*, únicamente entre 2 y 3% del

total de los casos de obesidad reportados son efecto de enfermedades, como Síndrome Cushing, hipotiroidismo, síndrome de Stein-Levental, deficiencia en la producción de hormona del crecimiento, síndrome de Laurence –Moon-Bield, síndrome de Carpenter , síndrome de Summit y síndrome de Prader-Willi; *factores genéticos*, en donde se considera que hay una tendencia de los adipositos (células que almacenan grasas) a retener grasa o a multiplicarse a consecuencia de una alimentación rica en grasas, la causación genética de la obesidad no va más allá de un 33% por lo que deduce que el otro 66% de la varianza del índice de masa corporal debe ser de origen ambiental y *factores ambientales*, el medio ambiente ejerce una gran influencia, la posibilidad de contar con un televisor fomenta en gran medida la inactividad y, con ello, el exceso de peso.

La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMME, 2008, en Camacho, 2008) considera a la obesidad como una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento que debe continuarse para toda la vida, Éste incluye tres medidas centrales:

- a) Un plan de alimentación estructurado de acuerdo con las características particulares del paciente obeso.
- b) Un programa de actividad física, rehabilitación o mezcla de ambas medidas, adecuado a las características y estado de salud del paciente obeso.
- c) Fármacos para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades.

Al analizar las enfermedades que tienen un alto porcentaje en desordenes hereditarios, se entiende que es de suma importancia ejercer estilos de vida salutogénicos como principal medida de prevención, tales como: llevar una buena alimentación, practicar algún tipo de actividad física, etcétera.

### **2.3 Estilos de vida y autocuidado**

Se entiende por auto-cuidado a la salud, todas las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. Son

prácticas de personas y familias a través de las cuáles se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas. Navarro y Bimbela (2005) identifican tres aspectos donde el auto-cuidado se manifiesta dentro de los estilos de vida y en los cuáles se puede intervenir:

- Nuevos hábitos, que son los que se dan en como estructuramos nuestra vida cotidiana, algunos pueden afectar de algún modo nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar. Esta es una oportunidad para fomentar nuevos hábitos en favor de la salud.
- Conductas de mantenimiento conscientes e intencionadas que buscan mantener la salud, como hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana.
- Conductas de respuestas a síntomas de enfermedad, por ejemplo monitorear el nivel de glucosa en sangre (diabetes) o la presión arterial (hipertensión), acudir a los servicios de salud frente a síntomas alarmantes de la enfermedad.

En este caso lo relativo al auto-cuidado se enfocará en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas y en donde el reto del auto-cuidado es tomar decisiones y seleccionar opciones con relación a temas como, dieta, descanso, actividad física, síntomas, la medicación, monitoreo, decisiones sobre dónde y cómo buscar ayuda entre otras. De lo anterior, se desprende que entre las conductas que de forma preventiva aportan beneficios a la salud se encuentran el uso de anticonceptivos y la asistencia periódica al médico, debido a que dichas conductas se relacionan con un estilo de vida saludable.

### **2.3.1 Anticonceptivos**

Existe un nivel relativamente alto de información por parte de la población sobre los diversos métodos anticonceptivos modernos existentes. Entre ellos, la píldora anticonceptiva y el condón son los métodos mejor conocidos. Sin embargo, este conocimiento no se traduce en porcentaje de uso, particularmente en las primeras relaciones sexuales. La causa de esta aparente contradicción entre

conocimiento y uso real difieren entre la población. Las primeras reconocen que aunque quisieran usar el condón, su pareja no quiere y temen una reacción adversa de su parte o que se les considere promiscuas. En los varones, el no uso del condón va ligado a mitos y tabúes acerca de la disminución del goce sexual que su uso produciría y a lo inesperado de la relación.

En este sentido, Kirby (1988) reporta que el primer año de preparatoria o universidad sirve como tiempo de iniciación en el sexo hasta para 50% de los estudiantes. Las estadísticas muestran que ambos sexos tienen igual actividad sexual; ya no se observa aquella diferencia en que el número de varones superaba al de las mujeres en una relación dos a uno en este respecto. Al igual que muchos adolescentes jóvenes, un número grande de adultos jóvenes no usan método anticonceptivo en su primer coito, o se valen de prácticas poco confiables: extracción del pene antes de la eyaculación, ritmo o duchas vaginales. Las cifras de prevalencia para este grupo varían entre 52% y 76%, lo que indica que este tiempo la mayoría está bajo riesgo. De la misma manera, el uso de anticonceptivos se hace mucho más prevalente en encuentros subsecuentes; 28 a 40% manifiesta usar métodos poco confiables o ninguno. Las parejas que viven juntas informan no uso en 12% y uso poco confiable en 0%, en tanto que en encuentros casuales las cifras son de 36 y 6% respectivamente.

Según el FNUAP (1999) una de cada cinco mujeres casadas, tiene una demanda insatisfecha de planificación familiar. Esta cifra es mucho mayor en la población adolescente, que carece tanto de posibilidad de acceso a los servicios como de calidad en planificación familiar. Los niveles de uso de anticoncepción entre la población casada y no casada varían de 30-53%. En América Latina, aproximadamente 1/10 mujeres se encuentra en riesgo de un embarazo no deseado por no usar Anticonceptivo o por usar métodos naturales con alto grado de ineficacia. Los métodos tradicionales, especialmente la abstinencia periódica, son utilizados por porcentajes importantes de individuos en América Latina Central. El uso del condón por la población casada, no supera el 8% en ningún

país y las parejas sexualmente activas, no casadas, tienen el doble de probabilidades de usar el condón.

Las prácticas sexuales sin protección aumentan la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados o no deseados. Estas prácticas se definen como de alto riesgo cuando se asocian a un alto número de parejas sexuales, una alta frecuencia de cambio de pareja y la falta de uso o el uso incorrecto de métodos de protección y/o anticonceptivos. La prevalencia de prácticas sexuales sin protección varía considerablemente entre países, lo mismo que sus consecuencias. A nivel mundial se calcula que este tipo de comportamiento es responsable de 2.9 millones de muertes (5.2% del total) y 91.9 millones de pérdidas (6.3% del total) anualmente. La inmensa mayoría de esta carga se debe a los casos de VIH/SIDA que se producen en África. A esto habría que sumar los embarazos no deseados y la carga de enfermedad que generan. Se calcula que estos embarazos producen 17% de la carga mundial de enfermedad materna y 89% de los abortos peligrosos. De igual manera, 72.5% de los adolescentes mexicanos declaran haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual contra sólo 41.4% de las mujeres adolescentes (Secretaría de Salud, 2007 a).

El grado del conocimiento en anticonceptivos no es un buen predictor para el uso de los mismos, aun en adultos. Ciertamente, algunos adultos jóvenes aun pueden tener concepciones o información erróneas, pero parece que otros factores intervienen en las prácticas anticonceptivas deficientes. Al respecto Kirby (1988) refiere que un motivo del fracaso en el uso apropiado de medidas anticonceptivas ha sido la creencia de que el conocimiento y la preparación sexuales significa la pérdida de la inocencia, un reproche a sí mismo como ente sexual. Este mismo autor, establece criterios para la correcta elección de un método de anticoncepción, los más sobresalientes son:



- a. Seguridad: Casi todos los métodos de anticoncepción disponibles tienen niveles muy altos de seguridad, no obstante, se debe estar consciente de que el grado de seguridad está influido por el riesgo de fracaso, esto es, tener un embarazo no deseado, que está presente en una técnica dada.
- b. Eficacia: Se debe reconocer no sólo las tasas del fracaso más bajas observadas entre personas cuidadosamente instruidas y muy motivadas, sino también con tasas que se aplican a los usuarios típicos en la vida diaria.
- c. Facilidad de uso y aceptabilidad: Para que sea eficaz cualquier método debe usarse en forma apropiada siempre que ocurra el coito.

### **2.3.2 Revisión médica**

Una conducta de salud es considerada por Taylor (2007) como aquella que adoptan las personas para mejorar o para conservar a salud. Por otro lado, un hábito de salud, es una conducta de salud firmemente arraigada y que con frecuencia se realiza automáticamente. Usar cinturón de seguridad, lavarse los dientes, tener una alimentación sana, dormir entre 7 u 8 horas diarias, no fumar, hacer ejercicio con regularidad y asistir al médico cada determinado tiempo sin necesidad de sentirse enfermo son algunos ejemplos de esta clase de conductas.

Una de las teorías actitudinales más importantes sobre las causas por las que las personas practican los hábitos de salud es el “modelo de creencias sobre la salud” (Rosenstock, 1996 en Taylor, 2007), el cual establece que para que una persona siga determinada conducta de salud depende de dos factores: si la persona percibe o no un peligro para su salud y si la persona cree o no que una determinada conducta de salud pueda ser efectiva para reducir ese peligro.

De la misma manera, “la teoría de la conducta planeada” (Fishbein y Ajzen, 1975 en Taylor, 2007) explica que una conducta de salud es el resultado directo de una intención conductual. A su vez, las intenciones conductuales constan de tres componentes: 1) actitudes frente a la acción específica: basadas en creencias acerca de los resultados probables de la acción y en la evaluación de estos resultados; 2) las normas subjetivas tocantes a la acción: son lo que una persona cree que los otros debería hacer y la motivación para satisfacer esas referencias normativas y, finalmente 3) el control conductual percibido, generado cuando un individuo necesita sentir que es capaz de llevar a cabo la acción contemplada y que la acción emprendida tendrá el efecto pretendido. Estos factores se combinan para producir una intención conductual y, finalmente, un cambio de conducta. Las anteriores teorías explican sintéticamente las posibles causas de la asistencia regular al médico, la cual es una conducta considerada de salud. De manera tradicional, a medicina ha sido considerada como la ciencia y el arte de prevenir y curar las enfermedades.

Al respecto Serra y Aranceta (2006) argumentan que la medicina debería estar entonces, dividida en dos vertientes: la medicina preventiva, que incluiría el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad, y la medicina curativa, que comprendería el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad.

El término medicina preventiva es el equivalente a aquellas conductas de salud que genera el individuo antes de la enfermedad, es decir, la asistencia regular a la revisión médica, teniendo únicamente como objetivo el mantenimiento de la salud y el reducción de riesgo de la enfermedad y, en definitiva, de muerte (Serra y Aranceta, 2006).

Posiblemente la filosofía tradicional de la salud, que enfatiza el diagnóstico, el tratamiento y la cura, fuese lo más adecuado para las enfermedades infecciosas

presentes a principios del siglo XX. Sin embargo, en la actualidad, adoptar una perspectiva focalizada en el tratamiento de la gente, una vez que hayan enfermado, es probablemente la menos adecuada en cuanto a la relación coste-eficacia en el cuidado de la salud. Procedimientos médicos tales como los trasplantes, la hemodiálisis, la cirugía, etc., suponen un gasto excesivo si atendemos al hecho de que sólo se utilizan con una proporción de población relativamente reducida. Estos gastos ingentes que acarrear los costes médicos debería ser un factor más que ayudara a la reflexión y al cambio a un enfoque preventivo, esto es, orientar los esfuerzos a la detección temprana de la enfermedad y a la modificación de conductas y estilos de vida que supongan un riesgo para el optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la aproximación con una relación coste-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud (O'Neill, 1983, en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

En general, las conductas relativas a la prevención de enfermedades proporcionan a quien las lleva a cabo un gran número de beneficios en la salud, a pesar de esto y de la difusión de información en los distintos sectores de la población, las enfermedades relativas al mal empleo o falta de anticonceptivos, así como las relacionadas a la falta de asistencia regular al Centro de Atención Médica, ofrecen un amplio panorama de los malos hábitos de prevención en la sociedad actual.

A lo largo del presente capítulo, se analizaron las características de diversas enfermedades que se presentan si los estilos de vida que practicamos no son los correctos, en general, se observó que es de vital importancia desarrollar importantes campañas de prevención para promover estilos de vida saludables y así lograr disminuir en un alto porcentaje los principales factores de riesgo, así mismo se dio mayor énfasis en promover conductas de autocuidado y autorregulación. Finalmente, es necesario contar con un buen sistema de tratamiento si ya se adquirió la enfermedad, se tiene que contar con un equipo multidisciplinario para establecer las pautas que lleven a que las personas

recuperen su buen estilo de vida, pese a que vivan con diabetes, hipertensión o incluso con sobrepeso.

## **CAPÍTULO 3. INVESTIGACIÓN**

### **3.1 Estudios sobre el estilo de vida como factor de riesgo de enfermedades (Alcoholismo, Tabaquismo y Actividad Física)**

En México, las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA) han permitido conocer que el tabaco y el alcohol constituyen las principales sustancias cuyo consumo es objeto de abuso entre la población. En la primera se encontró que 5.9% de la población urbana de 18 a 65 años, en todo el país, cumplió con el criterio diagnóstico de dependencia de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); ese porcentaje correspondió, entre los hombres, a 12.5%, y entre las mujeres, a 0.6%. En la Ciudad de México la prevalencia de dependencia al alcohol fue de 5.6%, afectando a 11.3% de la población masculina y a 0.7% de la femenina. En la segunda, la prevalencia de dependencia nacional fue de 9.4%, lo cual representa un incremento de 3.5% en el lapso de cinco años. Entre la población masculina, la prevalencia del síndrome de dependencia fue de 19.5%, con un aumento de 7%, y entre las mujeres el índice se duplicó afectando a 1.2%.

Con respecto a esto, Caraveo, Colmenares y Saldívar (1999) realizaron una investigación con el fin de identificar si existen diferencias en la prevalencia del consumo de alcohol por sexo y por grupos de edad de acuerdo con un grupo de variables básicas para la comprensión del fenómeno, para esto, se llevaron a cabo 1932 entrevistas completas con individuos de entre 18 y 65 años de edad, con una tasa de respuesta de 60.4%. Los resultados sugirieron que ha habido una tendencia al aumento del consumo de alcohol entre la población femenina de las generaciones más jóvenes de 35 a 44 años, puesto que a partir de estos grupos

de edad la diferencia por sexo se desvanece, además, en promedio, a los 16 años para los varones y a los 18 años para las mujeres se toma la primera copa. Por otra parte, una aportación de este estudio es que se ha documentado e identificado la notable reducción del lapso entre el consumo de la primera copa y el de la cantidad de alcohol más alta por ocasión entre las cohortes de mujeres más jóvenes. En lo que respecta a los resultados en la población masculina hasta hoy día, es importante considerar el impacto de la mortalidad asociada al consumo del alcohol. La cirrosis hepática es la segunda causa más frecuente de muerte entre la población de 25 a 44 años y la cuarta entre los 45 y 64 años; las muertes por accidentes y por hechos violentos ocupan el primero y segundo lugar, respectivamente, para la población de 15 a 44 años; en una proporción importante de ellas se encuentra asociado el consumo del alcohol.

De igual manera, adoptar conductas como el tabaquismo y el consumo regular de alcohol se relaciona con una mayor morbilidad y mortalidad de la población general. En relación con lo anterior, se hizo un estudio con el objetivo de determinar la relación existente entre el consumo de alcohol y tabaco con los patrones de práctica de actividad física en el tiempo libre en jóvenes en diferentes etapas educativas, así como definir la relación con el género, carácter de la modalidad practicada, finalidad de la práctica y motivación extrínseca o intrínseca de la práctica deportiva. Para lograr lo anterior, tomaron parte 3840 jóvenes de diferentes niveles del sistema educativo público de Almería, España. Se utilizó una regresión logística multinominal para modelar la asociación entre variables y calcular la razón de momios y el intervalo de confianza al 95% para cada patrón de actividad física. Dentro de los principales resultados, se encontró que el porcentaje de sujetos que llevan a cabo actividad física moderada o vigorosa decrece a medida que avanza el nivel educativo. El consumo de tabaco habitual y esporádico se incrementa al pasar del primer nivel educativo a los siguientes, en el consumo de alcohol se observa exactamente lo mismo. Por otro lado, el consumo de tabaco es superior en las mujeres en todos los niveles educativos y es más probable encontrar fumadores habituales conforme disminuye la cantidad de

actividad física de las personas. Ser sedentario es un factor de riesgo superior a todos los demás. Además, la práctica de actividad física influye en el consumo de tabaco: al aumentar el nivel de implicación en actividades en el tiempo libre, el consumo habitual es menor y a medida que se incrementa el nivel educativo de los sujetos, aumenta esta relación. La práctica habitual de ejercicio físico en los niveles recomendados para mantener la salud puede ser un indicador más o menos fiable de un estilo de vida saludable, si bien muchos estudios encuentran una asociación positiva entre la práctica deportiva en jóvenes y el consumo de sustancias nocivas y adictivas. Puede sugerirse que la práctica habitual de actividad física en la cantidad y frecuencia que suele recomendarse para mantener la salud es un elemento que se relaciona con una menor prevalencia en el uso de tabaco en todas las edades, de tal forma que existe menor probabilidad de encontrar fumadores entre los jóvenes a medida que dedican más tiempo a realizar actividad física en su tiempo libre (Ruiz, De la Cruz, y García, 2009).

En las naciones en desarrollo y las industrializadas el consumo de tabaco representa la primera causa prevenible de muerte de las enfermedades cardiovasculares, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el Cáncer de Pulmón (CP). Reynales, Rodríguez, Jiménez, Juárez, Castro y Hernández (2006) cuantificaron el efecto de las enfermedades atribuibles al consumo de tabaco, en términos epidemiológicos (morbilidad) y económicos (costos de atención médica), en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los costos de la atención médica se estimaron desde la perspectiva del proveedor y se empleó la metodología del costeo de enfermedad. A partir de una muestra de pacientes ( $n= 1596$ ) atendidos en las unidades médicas se estableció la frecuencia de utilización de servicios en los tres niveles de atención. Para cada enfermedad se consideraron costos promedio por paciente y costos totales de enfermedad, los cuales se mensuraron en pesos mexicanos de 2004. Se calculó la fracción atribuible al consumo de tabaco para cada enfermedad, misma que se usó para atribuir los costos al tabaco. Al analizar los factores de riesgo en la población de estudio, sólo 28% de los pacientes no tenía antecedentes de

consumo de tabaco en la vida, 53% había fumado más de 100 cigarrillos en la vida y consumía tabaco al momento del diagnóstico de la enfermedad y 18% había dejado de fumar hacía más de 10 años tras el diagnóstico de enfermedad. La edad promedio de inicio de consumo de cigarrillos fue de 20 años, con un consumo promedio de 16 cigarrillos al día y con una media de 40 y 36 años de consumo en los fumadores y ex fumadores, respectivamente. Hasta 90% de los pacientes fumadores con EPOC ha fumado más de 67 años con una intensidad de 40 cigarrillos/día. Los costos atribuibles al tabaco se calcularon en 7082 millones. Este valor corresponde a 4.3% de los gastos de operación del IMSS durante el año 2004. Tales erogaciones se evitarían si se instituyeran medidas de prevención y control del tabaquismo en la población adscrita trabajadora y se ofrecieran terapias alternativas para abandonar el hábito. Los resultados presentados corresponden al primer estudio de costos de atención médica atribuibles al consumo de tabaco realizado en México a escala nacional. Las estimaciones obtenidas apenas permiten dimensionar la magnitud de los efectos del tabaquismo en la atención médica en la mayor aseguradora del país. Esto significa que la carga económica que el tabaquismo impone al sector salud es tan solo una parte del costo social que se traslada a la población mexicana.

Se estima que los fumadores mueren de manera prematura y pierden en promedio de 20 a 25 años de vida productiva. Por su parte, la Encuesta Nacional de Adicciones, hizo evidente que el 23.5% de la población nacional de 12 a 65 años fuma. Al analizar a la población del mismo grupo de edad por tamaño de localidad, los resultados indican que 26.4% de los que residen en áreas urbanas y 14.4% de la población residente en áreas rurales son fumadores activos. De igual manera al analizar la información en los adultos en el consumo mínimo de 100 cigarrillos, si fuma en el presente y la frecuencia de consumo, se encontró que en el caso de los fumadores diarios fue de 12.9% en el año 2000 y de 13.3% en el año 2006, además, se encontraron diferencias significativas en los casos del fumador ocasional con un 9.4% y 5.6% en 2000 y 2006, respectivamente. En el

caso de ex fumadores, se encontraron diferencias significativas entre los hombres con 21.6% en el 2000 y 16.5% en el 2006 (Villalobos y Rojas, 2007).

Por otro lado, es reconocido que la práctica de actividad físico-deportiva moderada posee unos efectos positivos sobre la salud innegables tanto a nivel físico como psicológico entre los que podemos destacar la mejora cardiovascular y respiratoria, el control del peso corporal, la reducción del estrés, la mayor capacidad de concentración, la mejora de la autoestima y el incremento del bienestar psicológico. Pero no podemos olvidar que también tiene una gran importancia como medio de relación social. Al respecto se realizó un estudio con una muestra de 513 practicantes de actividades físico-deportivas individuales y colectivas, de edades entre 16 y 58 años, se les administró las versiones en español de la Escala de las Orientaciones de Meta en el Ejercicio, el Cuestionario de Regulación de la Conducta en el Ejercicio Físico-2 y el factor fitness/salud de la escala de Medida de los Motivos para la Actividad Física-Revisada, con el fin de analizar aspectos relacionados con la motivación hacia la práctica físico-deportiva saludable, atendiendo también a las diferencias según el consumo de alcohol y tabaco. Los resultados de los diferentes análisis de regresión señalaron que la orientación a la tarea y la motivación autodeterminada, positivamente, y la orientación al ego, de forma negativa, predecían los motivos de salud independientemente del consumo de alcohol y tabaco, además, no se encontraron diferencias significativas en los efectos de interacción del consumo de alcohol y tabaco, pero sí efectos de cada una de las variables por separado. Los sujetos que consumían alcohol estaban más orientados al ego que los que no consumían, mientras que los practicantes que no consumían alcohol reflejaban mayor motivación autodeterminada. Así pues, el consumo de alcohol se relaciona con factores motivacionales más negativos para el compromiso deportivo como son la orientación al ego y la motivación autodeterminada. Aunque no se encontraron diferencias significativas en los motivos de salud, sí que existen para dos de sus variables predictoras. Quizá consumir alcohol pueda mermar la motivación más positiva hacia la práctica de actividad física, o bien esa motivación positiva pueda



reducir el consumo de alcohol, aunque son necesarios más estudios que profundicen en el análisis de estas relaciones (Moreno, González y Cervello, 2008).

### **3.2 Estudios sobre el estilo de vida y herencia (Diabetes, Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares y Obesidad)**

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es consecuencia de la interacción de factores genéticos y ambientales entre los que el estilo de vida juega un papel fundamental. El conocimiento del estilo de vida y su medición es una prioridad para los médicos que atienden a pacientes con DM2, pues algunos de sus componentes como tipo de alimentación, actividad física, presencia de obesidad, consumo de alcohol y consumo de tabaco, entre otros, se han asociado a la ocurrencia, curso clínico y control de la diabetes. La modificación de estos factores puede retrasar o prevenir la aparición de la diabetes o cambiar su historia natural. Se realizó un estudio con el objetivo de construir y validar un instrumento específico para medir el estilo de vida en los pacientes con DM2. Participaron un total de 412 pacientes, de los cuales 389 (94.4%) respondieron completo el cuestionario y fueron incluidos en el análisis. Rechazaron la invitación a participar ocho pacientes. El cuestionario de autoadministración desarrollado en el presente estudio, el cual se llamó Instrumento para Medir el Estilo de Vida en Diabéticos (IMEVID), pretendió cubrir la necesidad de contar con un instrumento específico que permita al personal de salud medir el estilo de vida de los pacientes con DM2 de una manera rápida, válida y confiable. Puede aplicarse inclusive en la sala de espera para obtener de manera rápida y confiable información útil sobre algunos componentes del estilo de vida que pueden ser de importancia para el curso clínico de esta enfermedad, permitiendo identificar conductas de riesgo, aceptadas como ciertas por los pacientes, que pueden ser potencialmente modificables

mediante consejería específica o integración de los sujetos que lo requieran a grupos de autoayuda o de intervención específica (López, Ariza, Rodríguez y Mungia , 2003).

Los fenómenos sociales y culturales que determinaron los cambios del estilo de vida están vigentes y son demostrables incluso en zonas rurales. Por ello, la epidemiología de la diabetes y sus complicaciones son un fenómeno dinámico y las actualizaciones de los estudios representativos de la población general son indispensables. En un estudio realizado por Fernández, Rojas, Aguilar, Rauda y Villalpando (2007) cuyo objetivo fue mostrar la prevalencia de la diabetes mellitus y los factores asociados con esta enfermedad en adultos de 20 años y mayores, a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000; se encontraron los siguientes resultados con respecto a la prevalencia de Diabetes Mellitus, en mujeres fue de 7.8% y en hombres de 7.2%. la prevalencia aumentó en relación directa con la edad, 2.3% antes de los 40 años y 21.2% después de los 60. En la población urbana la prevalencia fue de 8.1% y en la rural de 6.5%. La enfermedad fue más frecuente en la en la región norte del país (8.4%) y en el área metropolitana de la Ciudad de México (8.1%). Así mismo, fue más frecuente en la población con menor escolaridad (9.9%), menor ingreso (8.1%), hipertensión arterial (13.7%) y enfermedad renal (12.3%). Se identificaron como variables asociadas con la presencia de diabetes mellitus, la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de diabetes mellitus y la coexistencia de enfermedad renal e hipertensión arterial en ambos sexos. La obesidad abdominal se relaciono con diabetes mellitus solo en mujeres, mientras que la zona urbana se vinculó exclusivamente con hombres, las acciones más fuertes se observaron con la edad y el antecedente familiar de diabetes mellitus. Es por tanto, de acuerdo a los datos anteriores, que la diabetes mellitus es un grave problema de salud, que ataca con mayor frecuencia a grupos cuyos factores sociales y económicos limitan su acceso al tratamiento.

En cuanto al cáncer de mama es sabido, que en México y América Latina, al igual que en la mayoría de los países, los factores reproductivos como la edad

de la menarca, la paridad, la edad al primer embarazo de término, la lactancia y la edad de la menopausia se han relacionado con el riesgo de cáncer de mama. Aun después de más de dos décadas de investigaciones sobre el riesgo del Cáncer de mama, la totalidad de los factores de riesgo que se han vinculado con esta enfermedad explica en el mejor de los casos 30% de esta enfermedad. Aunque la mayor parte de los factores de riesgo relacionados con las características reproductivas son difíciles de modificar, incrementar los meses de lactancia y evitar la exposición a carcinógenos conocidos durante los periodos de desarrollo de la glándula mamaria son medidas para reducir el riesgo de esta enfermedad. En cuanto al resto de las características reproductivas que han incrementado el riesgo de esta enfermedad, se recomienda tomarlas en consideración, junto con otros factores, para decidir en qué momento recomendar el inicio de la detección oportuna del Cáncer de mama (Torres y Ángeles, 2009).

Aunque el problema del cáncer cervicouterino y la realización de la Prueba de Papanicolaou (PAP) ha sido tratado y estudiado de varias formas, muchas de ellas desde el reduccionismo de la visión médica hasta la amplitud de estudios de políticas de salud, una vertiente socioantropológica sociocultural siempre es bienvenida. En este sentido, se realizó un estudio que estuvo orientado a conocer qué información tenían las mujeres sobre la prueba de Papanicolaou y el cáncer cervicouterino, sobre todo de tipo médico, y cuáles eran las ideas que las mujeres tenían sobre la prueba y la enfermedad; para esto, se aplicaron 331 cuestionarios de tipo cerrado, 200 en el sector popular equivalentes a 60% de la muestra y 131 en el sector medio con el complementario 40%, previamente definidos y de acuerdo con la ponderación de la población de cada sector en la ciudad. Se eligieron para la muestra mujeres madres entre 25 y 55 años de edad. Los resultados arrojaron que las mujeres que nunca se han realizado la prueba son las que nunca recibieron información acerca de sexualidad y que los servicios de salud juegan un papel importante en la toma de decisiones en la realización de la prueba, prefiriéndose los servicios particulares, ya que les brindan mayor confianza y seguridad. Finalmente, este estudio nos mostró que, por lo menos

para una población del norte de México, la prevención oportuna del cáncer cervicouterino, por medio del clásico PAP se ve obstaculizada por una falla en la información de la sexualidad durante la infancia y la adolescencia, así como por una deficiencia en la práctica del PAP a escala institucional. (Castro y Salazar, 2004).

Las enfermedades cardiovasculares han mostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, hasta constituir la primera causa de muerte en la población adulta. Es por lo anterior, que para Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdés y Huitrón (2009), resultó interesante analizar la relación entre el Riesgo Cardiovascular global y los factores del estilo de vida en trabajadores de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex). La muestra de estudio incluyó a 1026 trabajadores, 30.7% mujeres y 69.3% hombres, con una edad media de 45.4 años. La probabilidad promedio de desarrollar un episodio cardiovascular fue 8.3% (hombres, 8.8%; mujeres, 7.2%). En promedio, la edad de los casos (51.7 años) fue superior a la de los controles (42.3 años). El riesgo promedio de presentar un episodio cardiovascular a 10 años fue 8.3%, menor al encontrado en adultos españoles de 35 a 74 años (17.0%) y superior al reportado en adultos colombianos (3.87%). Los estilos de vida no saludables, como el sedentarismo encontrado en este estudio, contribuyen a la aceleración del proceso aterosclerótico. Además de los factores del estilo de vida, un aspecto importante a considerar en la etiología de la Enfermedades Cardiovasculares es la vulnerabilidad genética. El historial familiar de infarto del miocardio es un factor de riesgo independiente de enfermedades cardiovasculares. Los resultados de este estudio confirman que la obesidad forma parte importante de los factores de riesgo asociados con mayor riesgo de desarrollar.

De la misma manera, el infarto al miocardio y los accidentes cerebrovasculares, son responsables, en el ámbito mundial, de aproximadamente 30% del total de muertes. Muchos de estos fallecimientos se producen en sujetos menores de 65 años, lo que se puede considerar como fuente prematura, si se toma en cuenta la esperanza de vida actual. Aunque clásicamente estas

enfermedades han sido consideradas como un problema casi exclusivo de los países desarrollados debido a su prevalencia cercana a 50%, es evidente que las naciones que están experimentando progreso y modernización, han visto aumentadas sus tasas de mortalidad por esta causa. Por lo anterior, se considera de interés investigar los factores de riesgo presentes en estudiantes universitarios asintomáticos. La muestra quedó integrada por 1301 estudiantes. En una submuestra de 293 sujetos se midieron lípidos séricos, con un analizador químico Hitachi 717. La obesidad se estimó considerando el índice de masa corporal (IMC); el antecedente familiar de infarto, así como el consumo de cigarrillos y el nivel de actividad física se determinaron mediante un cuestionario de autoevaluación. Se construyeron tablas de contingencia para estudiar asociaciones entre factores de riesgo lipídicos y no lipídicos, usando la prueba  $\chi^2$  de Pearson. Se realizó un análisis de regresión múltiple para determinar la relación de cada una de las variables lipídicas (colesterol total, colesterol-lipoproteína de baja densidad, colesterol-lipoproteína de alta densidad y triglicéridos), así como de las no lipídicas (edad, peso, estatura, IMC, sexo, presión arterial, conducta sedentaria y antecedente familiar de infarto precoz). Dentro de los resultados, llama la atención el alto porcentaje de sedentarismo observado en esta población joven y de nivel educacional superior, ya que esta condición está presente en 47.8% de los varones y en 73.7% de las mujeres, con una diferencia altamente significativa ( $p < 0.05$ ). Aunado a esto, este estudio muestra que, para los jóvenes de ambos sexos, los factores de riesgo de mayor prevalencia son el hábito de fumar y el sedentarismo. Si bien es cierto que en esta investigación la obesidad mostró una prevalencia muy baja (1.9%) debido quizá al rango de edad que cubría la población de estudio, no se debe olvidar que este trastorno está asociado a factores de riesgo como hipertensión, sedentarismo, diabetes y dislipidemia; es decir, a pesar del bajo porcentaje de obesos obtenido, se pudo comprobar la gran asociación que existe con los niveles de riesgo lipídicos (Chiang, Casanueva, Cid, González, Olate, Nickel y Revello, 1999).

Desde la Psicología de la Salud se han propuesto distintos modelos teóricos con el fin de comprender los factores que afectan al cambio conductual requerido para llevar a cabo conductas saludables. Entre ellos, la teoría de la acción planeada ha mostrado su utilidad predictiva en numerosos trabajos relacionados con las conductas de salud. Basándose en dicho modelo teórico, Carpi, Zurriaga, González, Marzo y Buunk (2007) realizaron un estudio con el objetivo de comprobar la influencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. La muestra quedó compuesta por 152 sujetos que respondieron a un cuestionario en el que se medían conductas relativas a la prevención de la enfermedad cardiovascular. Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico *Lisrel VIII*. Los resultados obtenidos muestran que los hábitos de conducta tienen efectos significativos sobre la ejecución de la conducta actual. Esta influencia es tanto directa como indirecta a través de todas las variables de la teoría de la acción planeada.

Finalmente, debido al gran impacto que tiene la obesidad en la mayoría de las enfermedades crónicas, es necesario evaluarla en cada estudio sobre los determinantes de la salud en poblaciones de adultos. Con frecuencia, los estudios epidemiológicos sobre enfermedades crónicas recopilan datos a través de cuestionarios autoaplicados. Al respecto, Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006) evaluaron la precisión del autorreporte de índice de masa corporal y de la percepción de la imagen corporal en población adulta mexicana. Para esto, analizaron los datos de 934 participantes con edades entre 18 y 76 años. Las mujeres conformaron 62.6% de la muestra (n= 585); la media de talla y peso medidos fue de 1.55 m y 65.4 kg, respectivamente. Los hombres tuvieron una media de talla medida de 1.67 m y peso de 77.7 kg. La correlación entre el IMC medido y el autorreportado fue de 0.90; dentro de los diferentes niveles del IMC medido (<25, 25-30 y 30 kg/m<sup>2</sup>) fue de 0.72, 0.68 y 0.75, respectivamente; tales correlaciones fueron de 0.89 para las mujeres y de 0.91 para los hombres. La prevalencia de obesidad fue de 23.5% (mujeres 21.5% y hombres 26.6%) para el IMC medido 30 kg/m<sup>2</sup>. Debido a las características de la población en este estudio

los trabajadores de la salud tienen más probabilidad de tener medidas frecuentes de talla y peso. Estos hallazgos deben ser validados en otras poblaciones, por ejemplo entre analfabetas o entre personas con acceso limitado a los servicios de atención a la salud en población mexicana.

Por lo que es de suma importancia llevar un estilo de vida saludable para reducir los factores de riesgo que causan las enfermedades citadas en este apartado. Por lo anterior, se realizó un *estudio descriptivo de corte exploratorio, para caracterizar los estilos de vida en el personal que labora en la Comunidad Externa de Atención para Adolescentes (CEAA)*.

### **3.3 Método**

#### **Participantes**

La población estuvo conformada por 50 empleados pertenecientes a la Comunidad Externa de Atención para Adolescentes (CEAA), de los cuales, 34 (68%) fueron mujeres y 16 (32%) hombres. Las edades de los participantes oscilaron entre 21 y 60 años, con una media de 31.38 y una desviación estándar de 8.46, lo cual indica, que la población analizada era en su mayoría adultos jóvenes. En lo que corresponde al estado civil, 62% de los sujetos refirieron ser solteros, 30% casados, 4% en unión libre, 2% divorciados y el 2% no respondió.

#### **Instrumento**

**Factores de Riesgo (FR, 48 ítems).** Describe con detalle los comportamientos cotidianos de una persona, es decir, su estilo de vida. Fue desarrollado bajo el sustento conductual de que funcionaría exclusivamente como una guía, por ello es un inventario que le permitirá al sujeto responder de la manera más sencilla sobre sus condiciones de vida. Fue elaborado por Reynoso, (2005) y evalúa, las áreas de: antecedentes hereditarios y familiares, aseo personal, hábitos alimenticios, actividad física, diversiones, sueño, transporte y salud.

## Procedimiento

Se implementó el *Cuestionario FR* (Reynoso, 2005), aplicado dentro de las instalaciones del CEEA se realizó una breve presentación del proyecto, se aclararon de manera grupal las especificaciones para resolverlo haciendo hincapié en que las dudas serían aclaradas por los aplicadores, se explicaron los motivos de la carta de consentimiento informado, la cual tuvo que estar firmada por cada uno de los miembros del personal y, finalmente, fue entregado el cuestionario a cada uno de los participantes. El análisis de los datos se realizó mediante el programa S.P.S.S. versión 17.

### 3.4 Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, en primera instancia se muestra un análisis descriptivo de las preguntas más significativas, mismo que dará pauta al análisis correlacional, en donde se detectaron los principales factores de riesgo en la población estudiada con respecto al estilo de vida que practican.

- **Análisis descriptivos**

En primera instancia, se analizó la distribución de los antecedentes hereditarios descritos en la Tabla 1, encontrando que el 50% tuvo antecedentes de diabetes, 38% de cáncer y 28% de enfermedades cardiovasculares.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de los antecedentes de enfermedades crónicas de los participantes.

	<b>Diabetes</b>	<b>Cáncer</b>	<b>Cardiovasculares</b>
<b>Si</b>	25	19	14
<b>No</b>	24	30	32
<b>No Contestaron</b>	1	1	4



En lo correspondiente al peso de la población, es importante destacar que el participante con mayor obesidad, presentó un IMC (Índice de Masa Corporal) de 35.15, lo que significa un grado de obesidad leve que se puede corregir llevando a cabo una dieta equilibrada, mientras que 18.75 fue el de menor IMC, es decir, su peso es normal, no necesita cambiar su estilo de vida, de igual manera, la media en el cálculo del IMC fue de 24.46, lo que arroja que la mayoría de los participantes no tienen problemas de sobrepeso u obesidad.

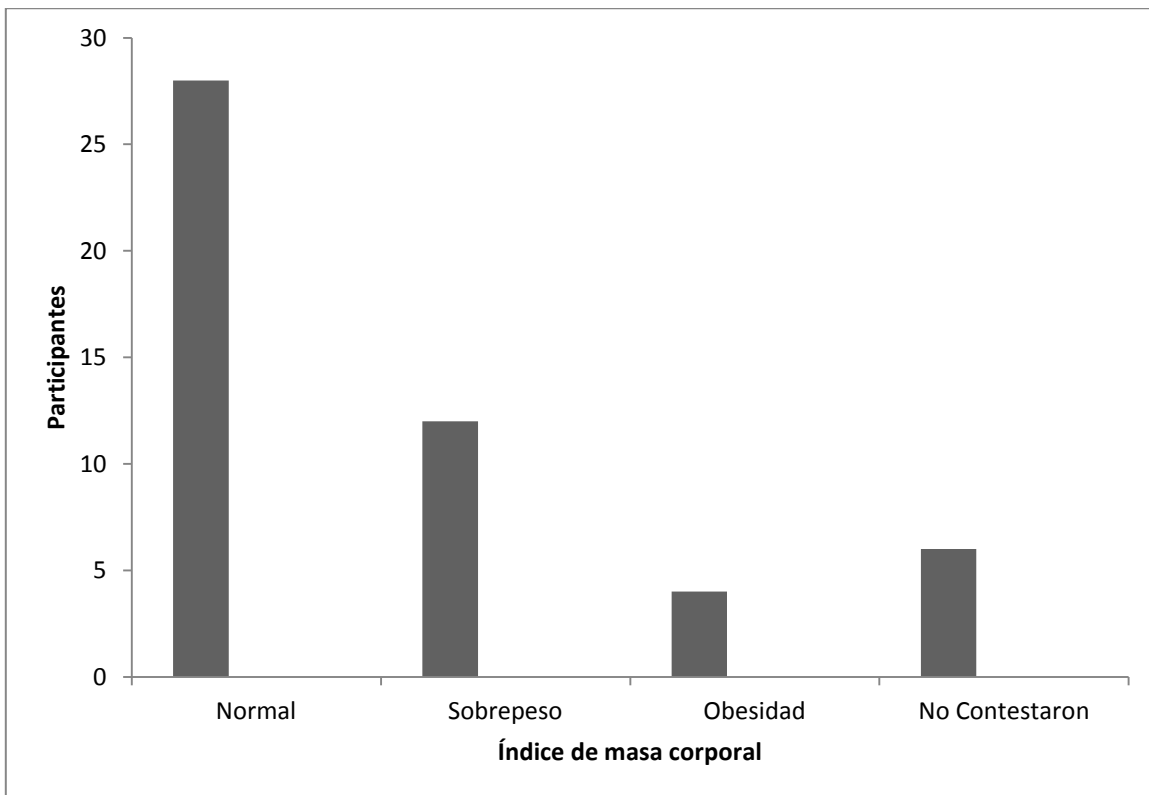
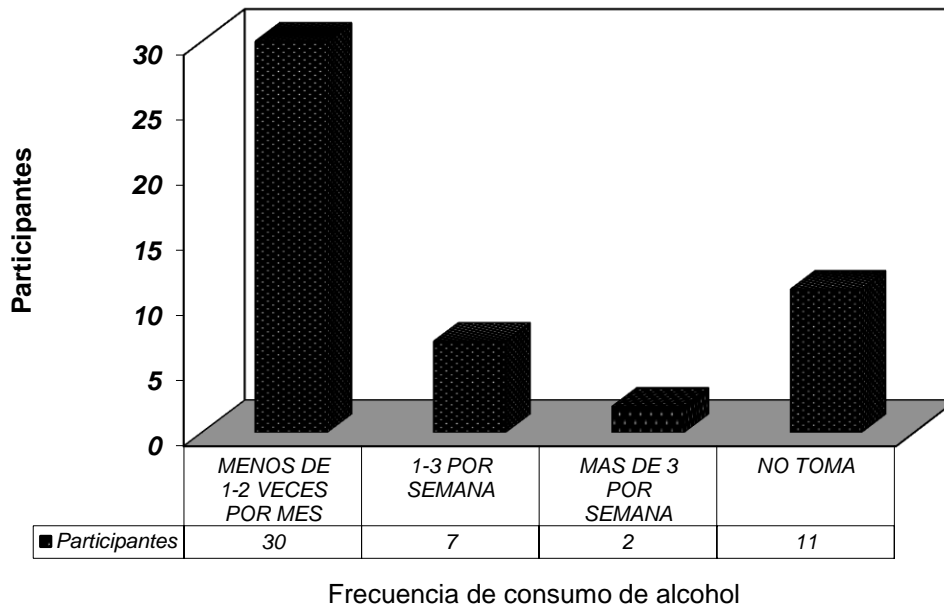


Figura 1. Índice de Masa Corporal de los Participantes

En la Figura 2 se muestra la frecuencia de personas que consumen alcohol, encontrando que la mayoría de los participantes ingiere bebidas alcohólicas menos de dos ocasiones por mes, mientras que el 14% reportó hacerlo de una a tres veces por semana, por su parte, tan sólo 4% bebe más de tres veces por semana y, el 22% no ingiere bebidas alcohólicas. De los participantes que ingieren



alcohol, 5 de ellos reportan consumir más de 6 copas en cada ocasión, 13 de cuatro a cinco copas y 21 de una a tres copas.

Figura 2. Frecuencia de ingesta de alcohol

Con respecto al uso de lentes, 30 sujetos (60%) reportaron tener algún problema visual, no así, 17 sujetos que es el equivalente al 34% de la población encuestada, cabe destacar que el 6% no respondió a este cuestionamiento.

Por su parte, 31 sujetos reportaron el problema visual que tenían, siendo la miopía junto con astigmatismo el más frecuente con 14 casos, seguido de astigmatismo con 7, miopía con 5, hipermetropía y astigmatismo con 2, misma cantidad de sujetos refirieron tener un problema visual de otra índole, finalmente, hipermetropía con un solo caso.

En lo correspondiente al consumo de tabaco, 30% de los sujetos indicaron no consumirlo y 70% reportaron tener el hábito. Veintinueve de ellos señalaron fumar de 1 a 5 cigarrillos, dos, de 6 a 10, tres, de 16 a 20 y sólo uno, más de 30

cigarros. En la Tabla 2 se observa que una cuarta parte de los encuestados tienen entre seis a diez años de fumar.

Tabla 2. Cantidad de años de fumar

<b>Años de fumar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>De 1 a 3 años</b>	12	24%
<b>De 4 a 5 años</b>	2	4%
<b>De 6 a 10 años</b>	13	26%
<b>De 11 a 15 años</b>	5	10%
<b>Más de 15 años</b>	3	6%
<b>No fuma</b>	15	30%

Con respecto a conductas preventivas relacionadas con las prácticas sexuales, en el caso particular de las mujeres, 26 de ellas afirmaron haberse realizado la prueba del Papanicolaou, no así 6 y sólo 2 de ellas, no respondieron al cuestionamiento.

En la Tabla 3 se muestran los resultados del uso de preservativo, encontrando que no es utilizado por el 28% de la población, ya sea porque refieren no tener relaciones sexuales o porque únicamente tienen una pareja sexual, por otro lado, el resto de participantes si refiere utilizarlo en diversas circunstancias; cabe destacar que el 50% lo utiliza en todas las ocasiones.

Tabla 3. Frecuencia en el uso del preservativo

<b>Respuestas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>NO, no tengo relaciones</b>	4	8%
<b>NO, tengo una sola pareja</b>	10	20%
<b>SI, siempre</b>	25	50%

<b>SI, en ocasiones, con una pareja eventual</b>	9	18%
<b>Sin respuesta</b>	2	4%

Por su parte, el 52% del total de la población reportó no consumir ningún medicamento anticonceptivo, al contrario del 14% que si consumen anticonceptivos, cabe señalar que 34% de los encuestados no contesto a esta pregunta. De aquellos que si toman anticonceptivos, cuatro los han consumido desde hace uno a dos años atrás, uno desde hace tres a cuatro años y sólo dos hace más de cuatro años.

En la Figura 3, se observa el consumo de alimentos durante el desayuno, siendo la mantequilla el de mayor frecuencia con 33 personas y el tocino el de menor con dos participantes, cabe destacar que cinco de los encuestados aseguraron no desayunar.

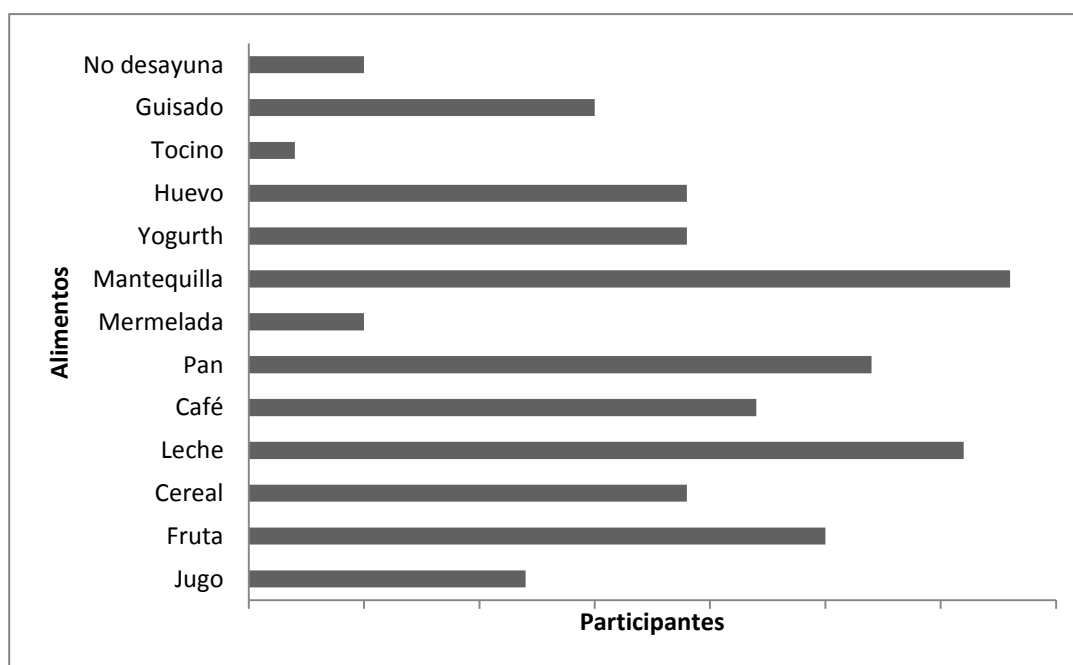


Figura 3. Tipo de alimentos consumidos en el desayuno

Es importante mencionar que el 82% de los sujetos se lavan las manos ocasionalmente antes del desayuno, mientras que el 16% no lo hacen, el 2% no

respondió. En cuanto al aseo bucal después del desayuno, el 76% de la población asevera lavarse los dientes siempre, el 16% ocasionalmente y el 2% nunca.

En la Figura 4, se observa el consumo de alimentos durante la comida, siendo las carnes el de mayor frecuencia con 48 participantes, y el hígado el de menor con sólo cinco.

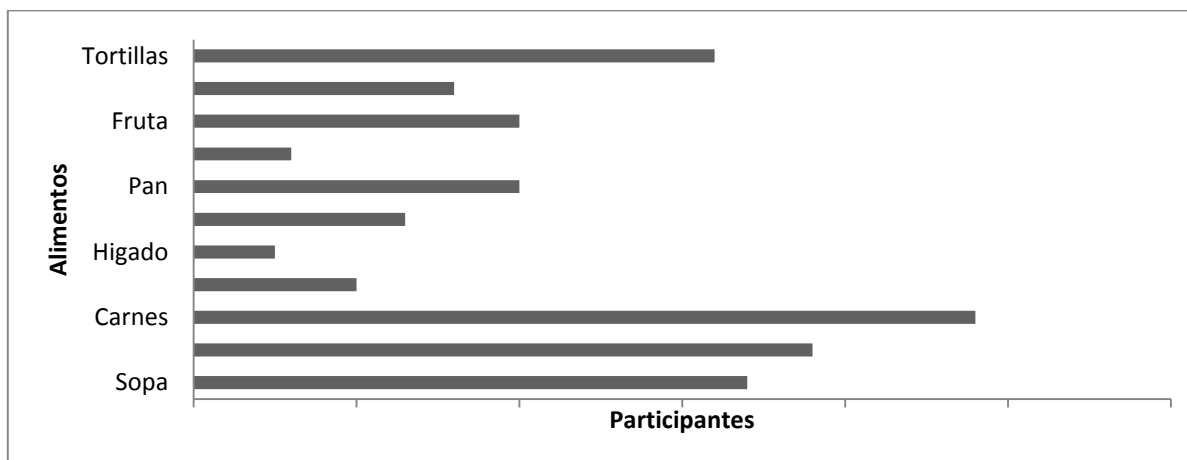


Figura 4. Tipo de alimentos consumidos en la comida

Es importante mencionar que el 78% de los sujetos siempre se lavan las manos antes de la comida, 20% lo hacen ocasionalmente, mientras que el 2% no lo hacen. En cuanto al aseo bucal después de la comida, el 62% de la población asegura lavarse los dientes siempre, el 30% ocasionalmente y el 2% nunca.

En la Figura 5, se observa el consumo de alimentos durante la comida, siendo la leche el de mayor frecuencia con 30 sujetos y la mantequilla el de menor frecuencia con 2 sujetos.

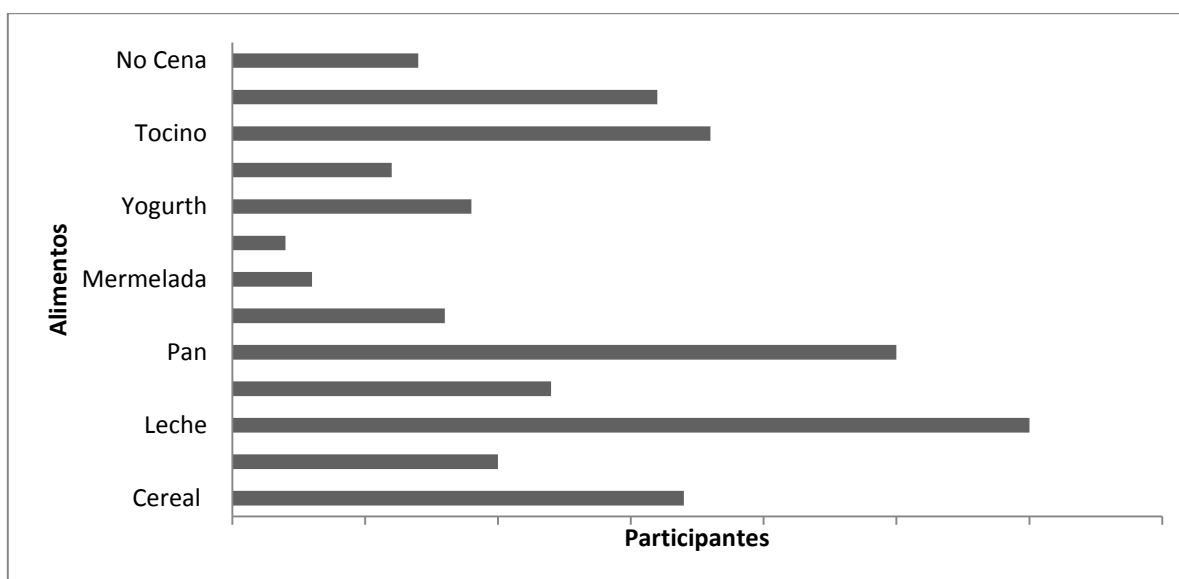


Figura 5. Tipo de alimentos consumidos en la cena

Es importante mencionar que el 76% de los sujetos siempre se lavan las manos antes de la cena, 8% lo hacen ocasionalmente, mientras que el 8% no contestó. En cuanto al aseo bucal después de la cena, el 76% de la población confirma lavarse los dientes siempre, el 4% ocasionalmente y el 20% no contestó.

En lo que corresponde al ejercicio, se encontró que 18% de los encuestados lo practican con mayor frecuencia, mientras que 50% lo hace en ocasiones y 30% no realiza tal actividad (ver Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de realización de ejercicio

	Siempre	A veces	Nunca	No contestó
<b>Sujetos</b>	9	25	15	1
<b>%</b>	18%	50%	30%	2%

En la Figura 6, se observa que la actividad más practicada por la población es caminar, con un total de veinticuatro sujetos y la menos realizada el tae kwan do con un solo sujeto.

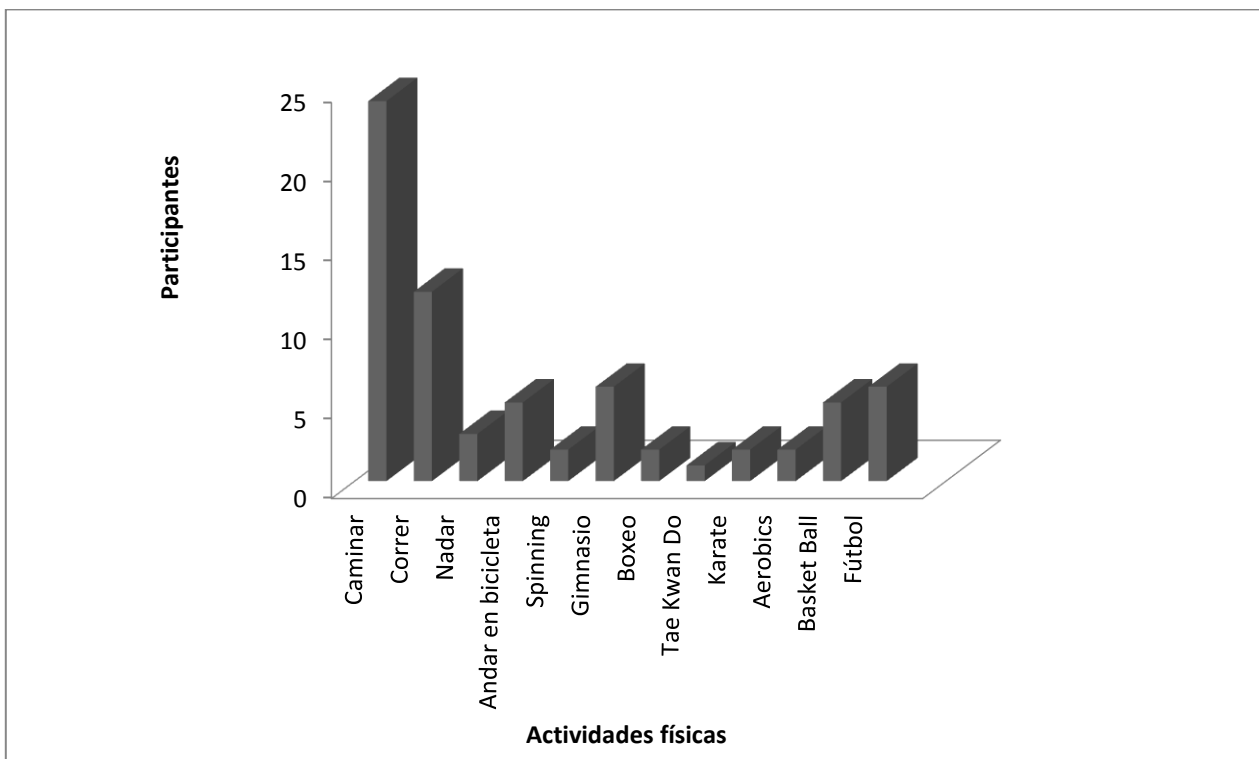


Figura 6. Tipo de actividad física realizada por los encuestados

La Figura 7 muestra que utilizar la computadora y escuchar música representan las actividades recreativas más practicadas por la población, con un total de 49 personas en cada una, 38 reportaron ver televisión y asistir al cine, 36 salir a cenar, 35 leer, 22 ir a exposiciones y finalmente 14 participantes afirmaron acudir al teatro.

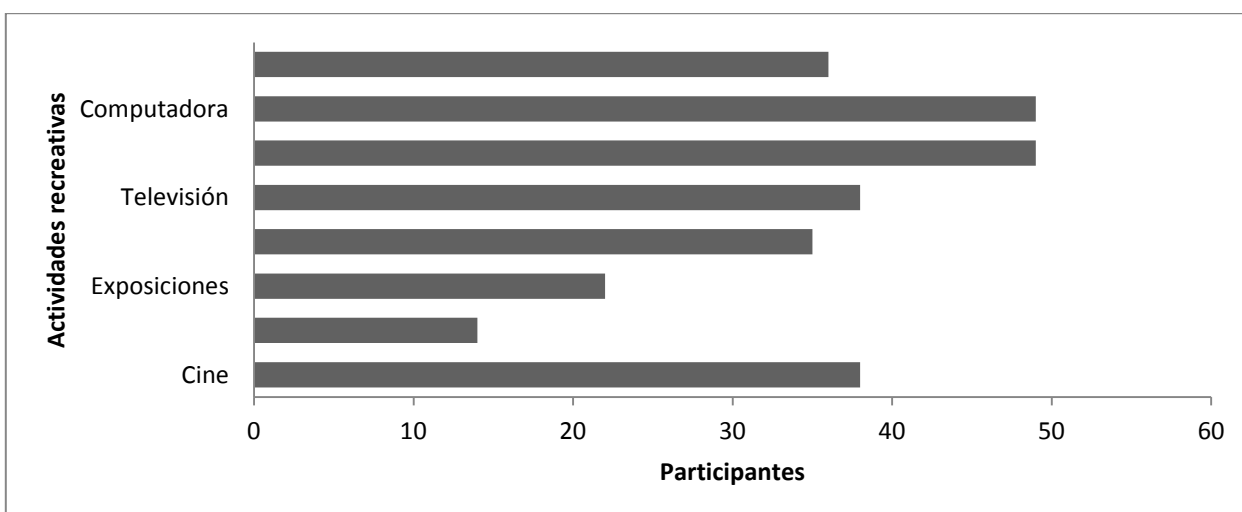


Figura 7. Frecuencia de actividades recreativas realizadas por los participantes

En lo que corresponde a las horas de sueño, se encontró que el 38% duerme de 7 a 8 horas y el 6% lo hace 4 horas o menos, 41 personas reportaron tener un sueño continuo y 9 tenerlo en periodos, sin embargo el 38% de la población asevera no despertar descansado y con energía, al contrario del 52% que si lo hacen.

En cuanto a los medios de transporte, el metro se ubica como el más utilizado con 86%, y sólo el 6% en trolebús; finalmente, ningún participante reportó utilizar la bicicleta o la motocicleta como medio de transporte.



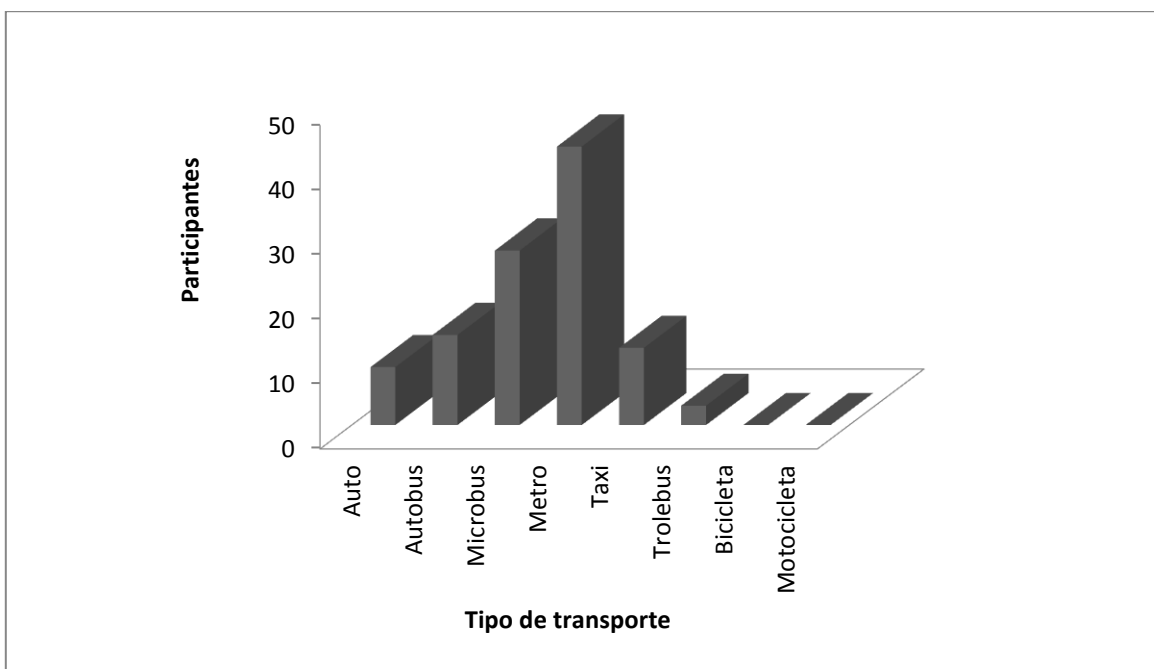


Figura 8. Medios de transporte empleados por los participantes

La Tabla 5, refiere el tiempo de traslado al trabajo, hallando que el 34% realizan un recorrido de 31 a 60 minutos, en cambio el 2% se transporta por más de dos horas. La actividad más frecuente durante el recorrido es escuchar música con un 64% y la menos realizada, dormir con 18%.

Tabla 5. Distribución del tiempo de traslado al trabajo

Tiempo de traslado	Frecuencia
15 minutos o menos	2
De 16 y 30 minutos	14
De 31 a 60 minutos	17
De 1 a 2 horas	13
Más de 2 horas	1

Por otro lado, con respecto a si acuden al dentista, el 52% de los encuestados refieren si hacerlo con frecuencia, mientras que el 42% no asisten y un 6% no respondió a la cuestión.

En la Figura 9, se muestran los porcentajes de la frecuencia de asistencia al dentista, se destaca que 44% lo hacen con irregularidad o con citas no programadas con anticipación.

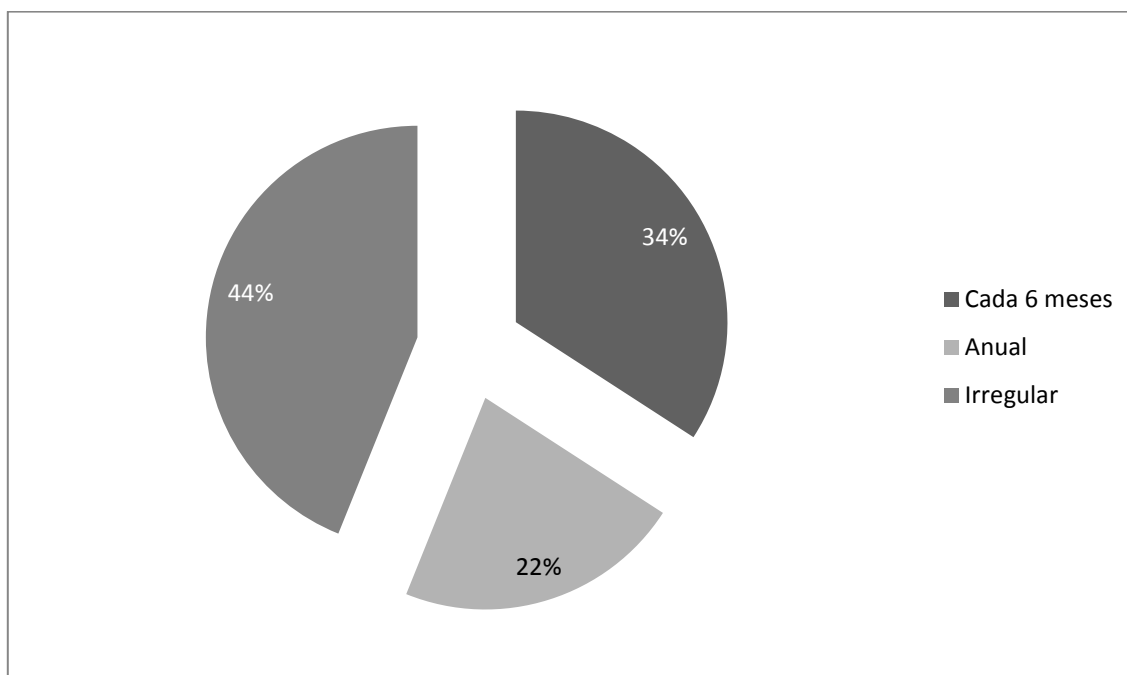


Figura 9. Distribución porcentual de asistencia al dentista.

Finalmente, la asistencia al médico general refleja que el 74% de los encuestados acude sólo al tener signos y síntomas de enfermedad, de igual manera, el 88% afirma seguir las indicaciones médicas, siendo sólo un 34% de la población quienes se automedican (ver Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de conductas que presentan los encuestados para asistir al médico.

Conductas de asistencia al médico	Frecuencia
Signos y síntomas de enfermedad	37
Sigue Indicaciones Médicas	44
Se Automedica	17

En lo referente al historial de enfermedades, la mayoría de los encuestados no refirieron ningún tipo de antecedente respecto a enfermedades crónico degenerativas como diabetes, cáncer y/o padecimientos cardiovasculares, mientras que alrededor del 17% reportaron tener antecedentes de estas tres enfermedades en algún o algunos familiares, cabe destacar que 4 encuestados no respondieron a este cuestionamiento, en la Figura 10 se muestra el resto de combinaciones posibles sobre las clases de antecedentes.

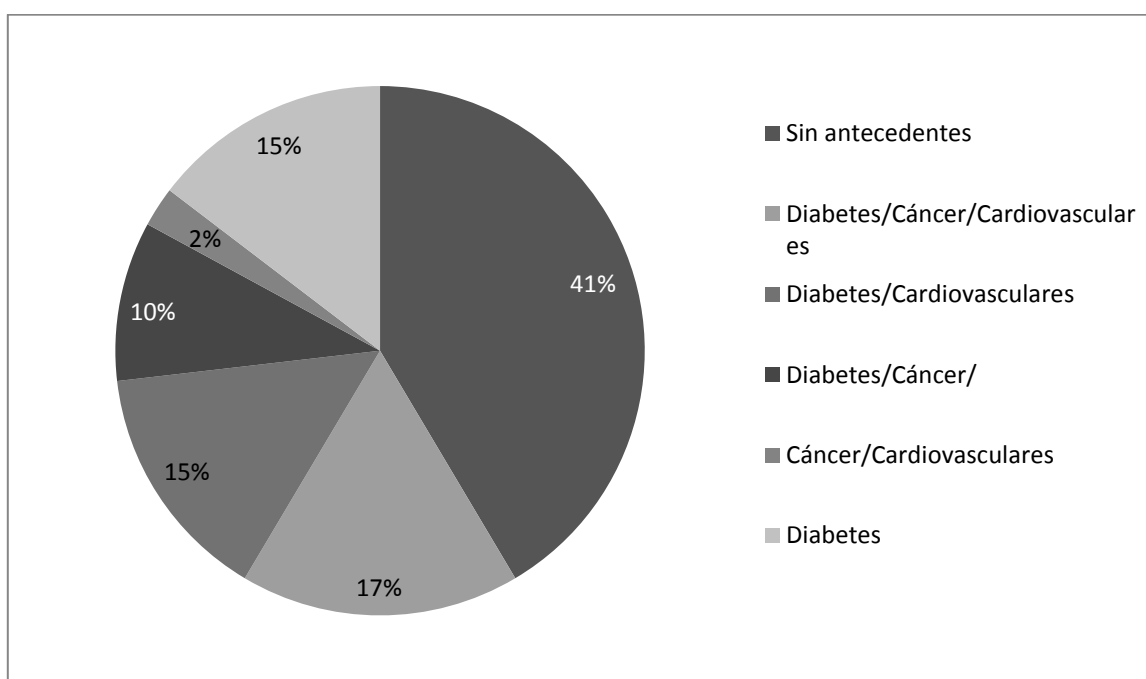


Figura 10. Antecedentes de enfermedades de los participantes

- **Análisis de correlaciones**

En la Tabla 7 se observan las correlaciones significativas que resultaron de los principales factores de riesgo, entre las que destacan el índice de masa corporal con la práctica de ejercicio, el género con el consumo de alcohol y con la asistencia al médico, así como el asistir al médico con el consumo de alcohol. Cabe señalar que todos los coeficientes de correlación corresponden a relaciones moderadas débiles y positivas, a excepción de la relación entre el género y la asistencia al médico que presenta una correlación moderada débil de tipo negativo.

Tabla 7. Correlaciones Significativas de los Factores de Riesgo

<b>Variables</b>	<b>Coficiente Pearson</b>	<b>Significancia</b>
<b>IMC/Ejercicio</b>	.322	.019*
<b>Género/Alcohol</b>	.350	.012*
<b>Género/Doctor</b>	-.351	.011*
<b>Doctor/Alcohol</b>	.292	.030*

\*p < .05

### 3.5 Discusión

El estudio de los estilos de vida relacionados con la salud y la enfermedad se han abordado desde varias perspectivas teóricas, esta investigación, tuvo como principal sustento teórico a la Psicología de la Salud, que, de acuerdo con León et al., (2004), permite la evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad, la predicción de las conductas protectoras y de riesgo para la salud y la comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y en el tratamiento y rehabilitación de la misma.

La importancia de realizar estudios descriptivos y exploratorios sobre las condiciones y estilos de vida de grupos de personas que se encuentran laborando en instituciones gubernamentales permite presentar de manera general un perfil de sus condiciones tanto de salud-enfermedad como psicosociales.

Entre los dominios que integran el estilo de vida se incluyeron conductas y preferencias relacionadas con el tipo de alimentación, actividad física, consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, responsabilidad para la salud, actividades recreativas, relaciones interpersonales, prácticas sexuales, actividades laborales y patrones de consumo.

En la presente investigación, con respecto al estilo de vida como factor de riesgo de enfermedades, se encontró que la mayoría de los participantes ingieren bebidas alcohólicas menos de dos ocasiones por mes; en lo referente al consumo de tabaco el 30% de los sujetos indicaron no consumirlo y 70% reportaron tener el hábito, veintinueve de ellos señalaron fumar de 1 a 5 cigarros, dos, de 6 a 10, tres, de 16 a 20 y sólo uno, más de 30 cigarros y, con respecto a la actividad física se reportó que 18% de los encuestados la practican con mayor frecuencia, mientras que 50% lo hace en ocasiones y 30% no realiza tal actividad.

Con respecto al consumo de tabaco, los resultados confirmaron lo hecho por Reynales et al; (2001) al analizar los factores de riesgo en la población de estudio, sólo 28% de los pacientes no tenía antecedentes de consumo de tabaco en la vida, 53% había fumado más de 100 cigarrillos en la vida y consumía tabaco al momento del diagnóstico de la enfermedad y 18% había dejado de fumar hacía más de 10 años tras el diagnóstico de enfermedad.

Por otro lado, la práctica de actividad física influye en el consumo de tabaco: al aumentar el nivel de implicación en actividades en el tiempo libre, el consumo habitual es menor y a medida que se incrementa el nivel educativo de los sujetos, aumenta esta relación. La práctica habitual de ejercicio físico en los niveles recomendados para mantener la salud puede ser un indicador más o menos fiable de un estilo de vida saludable (Ruiz et al; 2009). Los hábitos de vida adquiridos en la niñez tienden cada vez más al sedentarismo, gracias al auge de las computadoras personales, así como de los juegos y simuladores virtuales, además de que el espacio de las viviendas en general se ha reducido. Los resultados de este estudio reflejan el cambio que ha sufrido el estilo de vida durante las últimas tres décadas, ya que el sedentarismo está asociado a los hábitos familiares y es más frecuente que la población no tenga de hábito del ejercicio, en el presente estudio el 18% de los encuestados reportaron practicarlo con mayor frecuencia, mientras que 50% lo hace en ocasiones y 30% no realiza tal actividad, esto demuestra lo anteriormente argumentado.

En conclusión, el estilo de vida se conforma durante la adolescencia, y la prevalencia de conductas saludables, como la práctica de actividad física durante la etapa adulta, depende de las pautas conductuales adoptadas durante la juventud; más aún, es probable que una persona sedentaria o con un estilo de vida poco saludable mantenga tales hábitos durante años. Este fenómeno de persistencia en el tiempo se ha descrito en relación con el consumo de sustancias, como el alcohol y el tabaco.

Por tanto, será necesario que los profesionales de la actividad física y del deporte traten de desarrollar en las personas hábitos que se encuentren relacionados con la salud, aspecto primordial sobre todo en la edad adulta y la vejez.

Por otra parte, los principales hallazgos en lo referente al estilo de vida y la herencia, mostraron que el 50% tuvo antecedentes de diabetes, 38% de cáncer y 28% de enfermedades cardiovasculares.

En el estudio, se identificaron como variables asociadas con la presencia de diabetes mellitus, la edad, la baja escolaridad, el antecedente familiar de diabetes mellitus y la coexistencia de enfermedad renal e hipertensión arterial en ambos sexos.

Al analizar los resultados del cáncer se adopta la postura de Romieu y Lajous (2009) en cuanto a las recomendaciones sobre cómo mantener un peso saludable, realizar actividad física moderada, disminuir la ingesta de hidratos de carbono de absorción rápida e incrementar el consumo de frutas y verduras podrían tener un impacto importante en la disminución de la epidemia de cáncer en México.

En lo que corresponde a las enfermedades cardiovasculares, con los resultados de la investigación se confirma lo expuesto por Cerecero et al; (2009) al sostener que mencionadas enfermedades han mostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, hasta constituir la primera causa de muerte en la población adulta.

Además de los factores del estilo de vida, un aspecto importante a considerar en la etiología de la Enfermedades Cardiovasculares es la vulnerabilidad genética. El historial familiar de infarto del miocardio es un factor de riesgo independiente de enfermedades cardiovasculares.

En la actualidad se acepta de manera amplia que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas.

Al respecto, en esta investigación se reportó que el participante con mayor obesidad, presentó un IMC (Índice de Masa Corporal) de 35.15, lo que significa un grado de obesidad leve que se puede corregir llevando a cabo una dieta equilibrada, mientras que 18.75 fue el de menor IMC, estos resultados, se acercan a la hipótesis propuesta por Papazian, (1999) en donde la genética puede ser el determinante más importante del peso de las personas. Algunas están más propensas a ganar peso que otras aun cuando la ingesta calórica sea la misma y parece que otros factores genéticos no identificados influyen en la cantidad de peso ganado y en su distribución. De igual manera los resultados de este estudio confirman que la obesidad forma parte importante de los factores de riesgo asociados con mayor posibilidad de desarrollar todo tipo de enfermedades.

En lo referente al estilo de vida se vida y autocuidado se encontró que los métodos anticonceptivos, en especial el condón, no es utilizado por el 28% de la población, ya sea porque refieren no tener relaciones sexuales o porque únicamente tienen una pareja sexual, por otro lado, el resto de participantes si refiere utilizarlo en diversas circunstancias; cabe destacar que el 50% lo utiliza en todas las ocasiones. Con estos datos se respalda lo informado por la Secretaría de Salud (2007 a) en donde se destaca que la prevalencia de prácticas sexuales sin protección varía considerablemente entre países, lo mismo que sus consecuencias. A nivel mundial se calcula que este tipo de comportamiento es responsable de 2.9 millones de muertes (5.2% del total) y 91.9 millones de pérdidas (6.3% del total) anualmente. A esto habría que sumar los embarazos no deseados y la carga de enfermedad que generan. Se calcula que estos



embarazos producen 17% de la carga mundial de enfermedad materna y 89% de los abortos peligrosos.

Es importante recordar que una conducta de salud es aquella que adoptan las personas para mejorar o para conservar a salud. Por otro lado, un hábito de salud, es una conducta de salud firmemente arraigada y que con frecuencia se realiza automáticamente (Taylor, 2007). Al respecto, la presente investigación reflejó que la asistencia al médico general del 74% de los encuestados acude sólo al tener signos y síntomas de enfermedad, de igual manera, el 88% afirma seguir las indicaciones médicas, siendo sólo un 34% de la población quienes se automedica, lo anterior rescata lo postulado por Serra y Aranceta (2006) que argumentan que la medicina debería estar entonces, dividida en dos vertientes: la medicina preventiva, que incluiría el conjunto de actuaciones y consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad, y la medicina curativa, que comprendería el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad.

Finalmente, se realizaron correlaciones con el fin de identificar los principales factores de riesgo de la población estudiada y se encontró que las más significativas fueron el índice de masa corporal con la práctica de ejercicio (.322) el género con el consumo de alcohol (.350) y con la asistencia al médico (-.351), así como el asistir al médico con el consumo de alcohol (.292). Por este motivo, los resultados del presente estudio están orientados al diseño de cursos complementarios, abiertos a todas las carreras, que integren el conocimiento, la detección y el manejo de los factores de riesgo con base en la modificación de los hábitos de vida. Ello permitiría, por una parte, ganar terreno en la salud de cada individuo y, por la otra, proyectar este beneficio en la comunidad entera.

A pesar de que el estudio presenta algunas limitaciones por el hecho de haber obtenido información mediante cuestionarios, los resultados obtenidos son válidos y reflejan en cierta medida los hábitos de vida de una población adulta, en

pleno auge de su vida profesional. De igual manera los datos obtenidos no permiten establecer relaciones causales entre variables, ya que no es posible conocer si fue anterior la existencia del factor de riesgo o lo fue la enfermedad. Además, no permiten estimar el riesgo de un determinado factor, no son útiles para enfermedades de corta duración o poco frecuentes y no informan sobre asociación real entre variables, lo máximo que permiten es informar sobre la relación que parece existir entre el factor de riesgo y la enfermedad, es por todo lo anterior que en esta investigación se optó por realizar correlaciones con el fin de contrarrestar dichas limitantes. Finalmente se recomienda continuar con la misma línea de investigación para futuras investigaciones teniendo más énfasis en la parte correlacional con el fin de realizar un óptimo análisis y representación de los datos más significativos en futuros proyectos.

## BIBLIOGRAFÍA

Aburto, G. C. (1998). Los programas de intervención contra el tabaquismo. *Psicología y Salud*, 11(1), p.p. 103-114.

Aburto, G. C. (1999). Los Programas de Intervención contra la Obesidad. *Psicología y Salud*, 14 (2), pp. 145-157.

Aburto, G. C. (2002). Los Programas de Intervención contra el Alcoholismo. *Psicología y Salud*, 12 (2), pp. 189-201.

Actis, W., Pereda C. y Prada M. (2004). *Salud y Estilos de Vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década*. Madrid: Colectivo loé.

Álvarez, M. J. (2000). *Medicina Interna*. Madrid, España: Mosby-Doyma.

American Cancer Society (2003). *Cancer facts and figures, Atlanta*, pp. 2- 60.  
Documento recuperado el 19 de enero de 2010 de [www.cancer.org](http://www.cancer.org).

Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide 21-29.

Ardilla F. y Herran F. (2005). Consumo de Alcohol, Riego de Alcoholismo y Alcoholismo en Colombia. *Colombia Médica*, 36(3); pp.158-167. Documento recuperado el 10 de septiembre de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28336305>.

Balaguer, V. I. (2004). Control y prevención de las enfermedades Cardiovasculares en el mundo. *Revista Española de Cardiología*, 57 (6), p.p. 487-494.

Barceló A., M. y Borroto D., G. (2001). Estilo de vida: Factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad. 20(4), 287-295.

Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas y E. Becoña (dirs.), *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.

Becoña, E. I., Vázquez, F. L. y Oblitas, L. G. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Investigación en detalle*. 1(5), p.p.1-40. ALAPSA. Bogotá. Documento recuperado el día 10 de enero de 2010, de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>.

Bennet, J.C. (1996). *Tratado de Medicina Interna*. México: McGraw Hillm Interamericana.

Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Nueva York: Gunne and Stratton.

Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Boston, MA, US: Allyn and Bacon.

Buceta, J; Bueno, A. y Mas, B. (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.

Camacho, R. L. (2008). *Un estudio exploratorio sobre estilos de vida*. Tesis de maestría. Sonora, México: ITSON.

Caraveo, A. J; Colmenares, B. E y Saldívar, H. G. (1999). Diferencias por género en el consumo de alcohol en la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 41, pp.177-188.

Carmody, T. P., Istvan, A. J., Matarazzo, J. D., Connor, S. L & Connor, W. E. (1986). Applications of social learning theory in the promotion of heart-healthy diets: The family heart study dietary intervention model. *Health Education Research*, 1, pp. 13-27.

Carmody, T. P., Istvan, A. J & Matarazzo, J. D. (1987). Promoting adherence to heart-healthy diets: A review of the literature. *Journal of Compliance in Health Care*, 2, pp. 105-124.

- Carpi, B. A; Zurriaga, L. R; González, N. P; Marzo C. J y Buunk, A. P. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), pp. 59-70.
- Castro, V. M y Salazar, A. G. (2004). Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cervicouterino. Un estudio en Hermosillo, Sonora, *salud pública de México*, 46(6), pp. 597-598.
- Chiang, S. M., Casanueva, E., Cid, C. X; González, R. U; Olate, M. P., Nickel, P. F y Revello, C. L. (1999). Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes universitarios chilenos. *Salud Pública de México*, 41, pp. 444-451.
- Cerecero, P; Hernández, B; Aguirre, D; Valdés, R y Huitrón, G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México, *Salud Pública de México*, 51, pp. 465-473.
- Córdoba, R. G., Ortega R. S., Cabezas, C. P., Forés, D. G., Nebot, M. A. y Robledo de Dios, T. (2001). Recomendaciones sobre estilo de vida. *Atención primaria*, 28(2), p.p. 40-42.
- Cortes M., González R., Hoy J., Kuri M. (2006). Epidemiología del Tabaquismo en México. *Salud Pública de México*. México, 48(3), pp.91-98. Documento recuperado el 10 de septiembre de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10600310>.

Dorland, H. (1988). *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*. Madrid: Interamericana- Mc Graw Hill.

Duchan, J & Black, M. (2001). Progressing toward life goals: a person-centered approach to evaluating therapy. *Topics in Language Disorders*, 22 (1), pp. 39-41.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A Challenge for biomedicine. *Science*, 196, (4286), pp. 129-136.

Fernández, O; Rojas, R; Aguilar, S; Rauda J y Villalpando S. (2007). Diabetes mellitus en adultos mexicanos, Resultados de la Encuesta Nacional. *Salud Pública de México*, 4(3) pp. 331-337.

Flores, L.F. (1992). *Endocrinología*. México: Méndez Editores.

Flórez, L. (1994). Cuestionario de estilos de vida promotores de la Salud. *Boletín de la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud*, 3 (1), pp. 16-22.

Floréz, A. L. (2004). Psicología de la Salud. *Revista Electrónica de Psicología Científica*. Universidad Nacional de Colombia. Documento recuperado el 10 de septiembre de 2009 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP, 1999). *Puesta en práctica del concepto de salud reproductiva: Progresos y futuros desafíos para el FNUAP*. Documento recuperado el 24 de enero de 2010 de: <http://www.unfpa.org>.

Fuentes, L., Lara, L. y Rangel, V. G. (2004). Estilos de vida no saludables en pacientes menores de 39 años con diabetes mellitus 2. *Revista de Enfermería IMSS*. 12 (2), p.p. 79-82.

Galiardino, J.J. (2001). Evaluación de la calidad de la asistencia al paciente diabético en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 10 (5), p.p. 312-315.

García, N. (2006). El chequeo médico: El control inteligente de la Salud. *Revista de la Agrupación de miembros*, V. 22.

García, H., Ramos, D., Serrano, D., Sotelo, M., Flores, L y Reynoso, E. L. (2009). Estilos de Vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: Un estudio descriptivo. *Psicología y Salud*. 19(1), pp.141-149.

GRUPO DE ESTUDIOS DE LA OMS (1990). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. (Serie Informes Técnicos 797), OMS, Ginebra.

Higashida, H. B.Y. (1997). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw Hill.



INE (2002): Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. 1999, Resultados detallados. En Actis W, Pereda C. y Prada M. (2004). *Salud y Estilos de Vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década* (p.100) Madrid: Colectivo Ioé.

Kirby, M. D. (1988). *Sexo seguro: Educación Sexual, Anticoncepción y Enfermedades Venéreas*. México: Mc Graw Hill.

Krantz, D. S., Grunberg, N. E. & Braum, A. (1985). Health psychology. *Annual Review of Psychology*. 36, pp. 349-383.

Lazcano, B. G. (1999). Eficacia de la educación en el control de la glucemia en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Médica IMSS*. 37 (1), p. 39.

León, J. M., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. y Herrera, I. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: UOC.

León, C. D. (2001). Obesidad: Un problema multifactorial. *Psicología de la Salud*, 11 (1), pp. 67-72.

Levy, S. M. (1983). Host differences in neoplastic risk: Behavioral and Social contributors to disease. *Health Psychology*, 2 (1), pp. 21-44.

López; C. J; Ariza, A. C; Rodríguez, M y Mungia, M. C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45, pp. 259-268.

Manidi, M. J. y Dafflon, A. I. (2002). *Actividad física y salud*. Barcelona: Masson.

Martos, G. R. (2005). *Fundamentos de la educación para la salud y la atención primaria*. España: Formación Alcalá.

Matarazzo J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 815-816.

Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Mayo P. (2004). *Estilo de vida y Salud*. Memorias de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana.

McGinnis, J. M. y Foege, W. H. (1993). Las causas reales de muerte en los Estados Unidos. *Journal of the American Medical Association*, 270 (18), pp. 2207- 2212.

Meda, L. R., Torres, Y. P., Cano, G. R y Vargas, S. R. (2004). Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 14(2), pp. 205-214.

Millon, T., Green, C. & Meagher, R. B. (1982). *Handbook of Clinical Health psychology*. New York: Plenum Press.

Moreno, J. A; González, D y Cervello, E. (2008). Motivación y salud en la práctica físicodeportiva: Diferencias según el consumo de alcohol y tabaco. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (2), pp, 483-484.

Navarro, B. y Bimbela J. L. (2005). *Modelos en educación sanitaria. Instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria*. Barcelona: Monsa-Prayma.

Nieto, J., Murueta, J., Abad, M. A., Esteban, A. M. y Tejerina, A. M. (2004). *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: Mc-Graw Hill.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*, México: Thomson.

Oblitas, L. (2006). *Psicología de la Salud. Teoría y Práctica*. México: Plaza y Valdes.

Osuna; R. I. Hernández; P. B. Campuzano; J. C y Salmerón J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública de México*, 48, pp. 94-103.

Parsons, T. (1951). *The social system*. Chicago, Illinois: Glencoe Free Press.

Pomerleau, O. F. (1982). A discourse on Behavioral Medicine: Current Status and Future Trends. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), pp. 1030-1039.

Prokop, C. K. & Bradley, L. A. (1981). *Medical psychology. Contributions to behavioral medicine*. New York: Academic Press.

Raya, V. G. (1999). Diabetes Mellitus: Estudio Prospectivo. *Revista Médica* 115 (1), p.p. 22-24.

Reynales, S. L; Rodríguez, B. R; Jiménez, J.A; Juárez, M. S; Castro, R. A y Hernández, A. M. (2006). Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Publica de México*, 48 (1), pp. 48-64.

Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.

Rodríguez -Marín, J. (1995). *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades: Estilos de vida y salud. Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Romero, P. R., Grau, A. J., Gómez, S. C., Infante, P. O., Chacón, R. M., Asén, M. L., Llantá, A. M., Molina, C. M., Camacho, R y Grau, A. R. (2003). Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. *Psicología y Salud*, 13 (1), pp. 87-100.

Romieu, I y Lajous, M. (2009). El papel de la obesidad, la actividad física y los factores dietéticos en el riesgo de cáncer de mama: la experiencia mexicana. *Salud Pública de México*, 51 (2), pp.172-180.

Rosado G. C. (2001). Influencia de la herencia maya sobre el riesgo de Diabetes Mellitus tipo 2. *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 9 (3), p.p.122-125.

Ruiz, J. F; De la Cruz, S. E y García, M. M. (2009). Motivos para la práctica deportiva y su relación con el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes españoles. *Salud Pública de México* 51, pp. 496-504.

<http://www.saludydiabetes.com.>, Documento recuperado el 10 de septiembre de 2009.

Sandín, F. (1993). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (dir), *Estrés y psicopatología*, (18-29). Madrid: Pirámide.

Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978). What's is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 39, pp. 377-381.

Secretaría de Salud (2001). *Programa de acción. Adicciones. Alcoholismo y abuso de bebidas alcohólicas*, México, pp. 11-25. Documento recuperado el 23 de enero de 2010 de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).

Secretaría de Salud (2006). *México contra el tabaquismo*, México, pp. 1-10. Documento recuperado el 10 de marzo de 2010 de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).

Secretaría de Salud (2007 a). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, pp. 45-46. Documento recuperado el 23 de enero de 2010 de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).

Secretaría de Salud (2007 b). *¿Ya revisaste tus niveles de azúcar? Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud*, 54, México, pp. 6-7. Documento recuperado el 5 de marzo de 2010 de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).

Secretaría de Salud (2010). *Sobrepeso y Obesidad. Problema gordo para México*, 3, México, pp. 3-6. Documento recuperado el 8 de marzo de 2010 de [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).

Serra, G. R. y Bagur, C. C. (2004). *Prescripción de ejercicio físico para la Salud*. España: Paidotrivo.

Serra, M. L. y Aranceta, B. J. (2006). *Nutrición y salud pública, métodos, bases científicas y aplicaciones*. España: Masson.

Simón, M. A. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.

Stone, G. C; Cohen, F. & Adler, N. (1979). *Health Psychology. A handbook theories, Applications, and changes of a psychological Approach to the health care system*. San Francisco, Cal: Josse y Bass Publishers.

Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista latinoamericana de psicología*, 20(1), pp. 15-26.

Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la Salud*. México: Mc-Graw Hil.

Torres, M. G y Ángeles, L. A. (2009). Factores reproductivos y cáncer de mama: principales hallazgos en América Latina y el mundo, *Salud Pública de México*, 51 (2), pp. 65-71.

- Vázquez, C. y Panduro C. (2001). Investigación en Salud. Diabetes Mellitus tipo 2: Un panorama epidemiológico y de emergencia en México. *Investigación en Salud*. 3(1), p.p. 18-26.
- Velásquez M., Torres N. y Sánchez-M. (2006). Análisis Psicológico de la Actividad Física en Estudiantes de una Universidad de Bogotá Colombia. *Revista de Salud Pública*. 8(2).
- Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable. Puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología Científica*, 7(3), pp. 1- 9. Documento recuperado el 10 de septiembre de 2009 de [www.psicologícientífica.com](http://www.psicologícientífica.com).
- Villalobos, A; Rojas, R. (2007). Consumo de tabaco en México. Resultados de las Encuestas Nacionales de Salud 2000 y 2006. *Salud Pública de México*, 49 (2), pp.47-54.
- Weiss, S. M. (1982). Health psychology: The time is now. *Health psychology*. 1, pp. 81-91.
- Williams B.K. & Knight, S. M. (1994). *Healthy for life*. Los Angeles: Brooks/Cole Publishing Company.
- Zúñiga, G. S. (2000). Educación del paciente diabético: un problema ancestral. *Revista Médica IMMS*. 38(3), p.18.