



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**APOYO SOCIAL Y SU RELACION CON LAS FORMAS DE AFRONTAMIENTO
HACIA LA ENFERMEDAD**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTAN:
WENDY AYDE CABRERA GRANADOS
MAYRA OLVERA DE JESUS**

PRESIDENTE:

MTRO. ENRIQUE BERNABE CORTES VAZQUEZ

SINODALES:

MTRA. ESTHER MARIA MARISELA RAMIREZ GUERRERO

LIC. YASMIN DE JESUS ARRIAGA ABAD



TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	5
CAPITULO I. SALUD Y ENFERMEDAD	
1.1 Definición del concepto de salud.	10
1.2 Definición del concepto de enfermedad.	15
1.2.1 La enfermedad como hecho psicológico y social	19
1.3 Definición de conducta de enfermedad.	21
1.3.1 Creencias hacia la enfermedad.	24
1.3.2 Significado de la enfermedad.	25
CAPITULO II. PSICOLOGIA DE LA SALUD	
2.1 Origen y desarrollo.	28
2.2 Definición de la Psicología de la salud.	32
2.3 Aspectos teóricos y metodológicos de la Psicología de la salud.	35
2.4 Campo de acción del psicólogo de la salud.	38
CAPITULO III. AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL	
3.1 Definición de afrontamiento.	41
3.1.1 Etapas del afrontamiento.	47
3.1.2 Funciones del afrontamiento.	49
3.2 Concepto de apoyo social.	52
3.2.1 Tipos de apoyo social.	58
3.3 La relación entre el profesional y el paciente.	61
3.4 Apoyo social y afrontamiento: su relación con la enfermedad.	64
CAPITULO IV. METODO	71
CAPITULO V. RESULTADOS	76
CAPITULO VI. DISCUSION Y CONCLUSIONES	212
REFERENCIAS	224
ANEXOS	229

RESUMEN

Partiendo del hecho de que cada individuo reacciona de manera diferente ante una situación de enfermedad y que por consiguiente busca variadas y diferentes formas de hacer frente a la misma, la presente investigación tuvo la finalidad de identificar las características de aquella población que recurre con mayor frecuencia a la búsqueda de apoyo social como mecanismo de afrontamiento hacia la enfermedad, en una muestra de 985 personas que oscilaron entre los 17 y 67 años de edad, de ambos sexos y diferentes grados de escolaridad.

Para tal fin, se procedió a realizar una revisión teórica de conceptos tales como: Salud y Enfermedad (Capítulo I), Psicología de la Salud (Capítulo II) y, Afrontamiento y Apoyo Social (Capítulo III). Posteriormente se realizó un análisis de datos a partir de la utilización de la prueba Ji cuadrada y el coeficiente de Pearson, con el programa SPSS, a partir de los cuales se realizaron los análisis y discusión.

Los resultados indicaron que con respecto al género, para las mujeres existe una inclinación por la búsqueda de apoyo tangible, profesional y espiritual, mientras que para los hombres se da una inclinación por la autoayuda y el apoyo profesional. Con relación a la edad, se pudo establecer que entre menor sea ésta, se da una inclinación a ignorar la enfermedad, pues no se visualiza como grave y como una situación que altere su relación con el entorno. Para las personas entre los 31 a 60 años se observó una estrategia más orientada a la búsqueda de apoyo profesional y de amigos, así como la tendencia a mantener un mayor grado de autocontrol, a diferencia de las personas que oscilaron entre los 61 a 77 años, para quienes la principal forma de hacer frente a la enfermedad es a través del apoyo profesional, por último y en lo referente al nivel escolar, no se encontraron diferencias significativas entre uno y otro de los niveles, quedando de manifiesto

que la demanda hacia familiares y amigos en términos de ayuda emocional requerida a futuro es alta.

INTRODUCCIÓN

Considerando los conceptos de salud y enfermedad aspectos de vital relevancia en el desarrollo de la presente investigación, se pudo constatar que tales conceptos, han sufrido diversas modificaciones debidas a los factores económicos, políticos y sociales imperantes en un momento histórico determinado, de tal manera que en la actualidad, la salud se concibe como un proceso de equilibrio entre el organismo y su entorno, y la enfermedad como un proceso de desequilibrio en los que figuran propiamente aspectos de tipo social, cultural y económico, situación que pudo observarse en la forma cómo responden ante la enfermedad diferentes grupos de individuos de acuerdo al rango de edad, estrato académico y género pertenecientes.

Derivado de lo anterior, se toman en consideración las diferencias individuales, tanto las de tipo biológico o genético, como aquellas referentes a las condiciones de vida de cada individuo; aspectos detallados que de acuerdo con San Martín (1984) representan elementos relevantes para su estudio.

Por ello, Engel en 1977 (cit. en Rodríguez, 1995) plantea el modelo biopsicosocial como un modelo alternativo al modelo biomédico, donde se propone a la salud como un proceso continuo sin límites claros con respecto a la enfermedad, que se encuentra determinado por el funcionamiento biológico, cultural y social del individuo, considerando la forma de comportarse, misma que se ve influida por las creencias, actitudes y valores que cada persona posee y, que conforman su particular estilo de vida dentro de la sociedad.

A través del análisis de las definiciones de salud y enfermedad descritas por este modelo, y así también de las descripciones realizadas por otros autores, es preciso abrir un paréntesis, pues se encontró que regularmente se cae en cierta confusión al hablar de salud y enfermedad como si se tratará de sinónimos o, peor

aun, de un sólo concepto utilizándose indiscriminadamente uno y otro, y de hecho se aborda de manera más detallada y completa cómo se da el proceso de enfermedad y no el de salud; bajo estos términos y una vez aclarado el aspecto conceptual, es importante señalar que el presente trabajo se encuentra mayormente orientado a la enfermedad y en los términos con que tradicionalmente se habla de salud y enfermedad conjuntamente.

Retomando el modelo propuesto por Engel (op. cit.), se observa que es a partir de éste que las diferencias individuales cobran un papel importante acercándose cada vez más a los terrenos de la Psicología, reconociéndose en un primer momento que la conducta del individuo puede ser determinante en el mantenimiento de la salud; así como en el origen y evolución de la enfermedad, y en un segundo, que la Psicología como disciplina científica bien puede aplicar sus conocimientos y procedimientos al campo de la salud y la enfermedad.

Apelando precisamente a esta relación de la Psicología aplicada a la salud, se encontró que la forma en cómo un individuo experimenta la enfermedad es muy variable, por lo que resultó de sumo interés el conocer la forma particular de comportamiento que un individuo adopta ante una situación de enfermedad a partir de la manera en que la percibe, el significado que le brinda, la evaluación que hace de la misma y, la forma en que la afrontará; considerando el término de afrontamiento en este campo, como aquel mecanismo por el cual el paciente busca adaptarse a la enfermedad.

Lo anterior genera que a la Psicología se le proponga como una profesión sanitaria cuyo objetivo sea la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; de ahí que la labor del psicólogo juegue un papel importantísimo al considerar de manera integral el ambiente en el cual se desenvuelve el individuo y todo lo que interpreta del mismo.

En este sentido, hablando en términos de cómo se vive la enfermedad, se encontró que de acuerdo con lo mencionado por Bartolomé y cols. (1995) la reacción a la misma se ve influenciada en gran medida por el significado que el individuo le brinda, el cual se encuentra determinado por las experiencias que el sujeto ha tenido, los valores, las creencias y el nivel cultural que posee; además del uso de recursos sociales y personales con los que cuenta para hacer frente a una situación problemática, recursos que sin duda, en el presente trabajo, se diferenciaron en función de factores como el sexo, la edad, y la escolaridad, cuya importancia de tenerlos presentes implicaría que la labor del psicólogo se enfoque a medidas de prevención en aquellas poblaciones de mayor riesgo en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas para hacer frente a la enfermedad.

Así, se encontró que el individuo puede responder hacia la enfermedad con diferentes estrategias de afrontamiento, considerando éste último como la serie de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, tanto externas como internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo.

En torno al afrontamiento se resaltan sus dos principales funciones clasificadas como afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción, donde en el primero, el proceso está encaminado a manipular o a alterar el problema y en el segundo, existe una orientación a regular la respuesta emocional a que el problema en particular da lugar.

Es interesante como en estas funciones del afrontamiento se encuentran inmersos aspectos psicológicos muy valiosos que involucran las creencias, valores, actitudes, etc. que pueden considerarse rasgos particulares de los individuos, pero que también se encuentran vinculados con los contextos sociales.

En este sentido, el entorno social proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe conseguir sobrevivir, evolucionar y afrontar las

diversas situaciones que se le presenten. De ahí que diversas investigaciones pongan de manifiesto que la salud biológica y psicológica dependen en gran parte del apoyo social que reciba el individuo.

Es importante señalar que el apoyo social se relaciona con la enfermedad a través de su influencia en los patrones de comportamiento que aumentan o disminuyen el riesgo de algunas enfermedades (dieta, ejercicio, consumo de alcohol y tabaco, etc.) o bien por su efecto sobre las respuestas biológicas que inciden en dichos trastornos.

Así pues, cabe señalar que el apoyo social tiene efectos benéficos sobre la enfermedad clasificándose en varios tipos, como son: apoyo emocional; a través del aprecio; apoyo tangible o instrumental; informativo; a través de las redes sociales; etc.

Es evidente que el apoyo social y el proceso de afrontamiento han sido estudiados en diferentes investigaciones, en las que se ha encontrado de manera general que el apoyo social, por una parte, puede reducir o acrecentar el impacto negativo de la enfermedad, y que por otra, el afrontamiento en la enfermedad es un proceso dinámico ya que cambia en función de las circunstancias psicológicas y socioculturales; así como, con respecto a su sobre vivencia, futuro, autoestima, realización del éxito y relaciones interpersonales, siendo el aislamiento social entre otros factores inherentes al comportamiento de los sujetos, un factor importante para que la persona enferma se encuentre en riesgo de afrontar la enfermedad.

A partir de estos hallazgos, es que la presente investigación se centró en conocer el impacto que puede tener el apoyo social en la enfermedad y su relación con el afrontamiento hacia la misma, correlacionando ambos términos (apoyo social y afrontamiento, como respuestas hacia la enfermedad) con algunos factores sociodemográficos como fueron: el género, la edad y la escolaridad. Siendo el objetivo principal de la presente investigación el identificar las

características de aquella población que recurre con mayor frecuencia a la búsqueda de apoyo social como mecanismo de afrontamiento hacia la enfermedad, esto con la finalidad de diseñar y proponer para siguientes investigaciones, estrategias específicas que permitan a tal población mejorar su calidad de vida ante una situación de enfermedad.

Para el desarrollo de la investigación, se utilizó un instrumento diseñado por Ramírez y Cols. (2003) con el propósito de evaluar el funcionamiento de la salud y el funcionamiento psicosocial. Este instrumento se aplicó en una población que osciló entre los 17 y 77 años de edad. Es importante destacar que de ambos instrumentos se utilizaron solamente algunas subescalas para realizar las correlaciones.

CAPÍTULO I

SALUD Y ENFERMEDAD

1.1 Definición del Concepto de Salud.

A lo largo de los años las definiciones de salud y enfermedad han vivido un continuo proceso de cambio y ajustes adaptativos debidos al momento histórico, al avance tecnológico y al trabajo multidisciplinario, motivo por el cual se han efectuado muchas conceptualizaciones que de acuerdo con Tripp-Reimer (cit en Buela-Casal y cols, 1997), pueden agruparse en tres categorías:

a) Un grupo de definiciones considera la salud como algo discontinuo; es decir, se trata de afirmar que un determinado individuo se halla o bien sano o bien enfermo, siendo las alternativas mutuamente excluyentes.

b) Otro grupo de definiciones considera la salud como algo continuo (o dinámico), lo que llevaría a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo; es decir, la ausencia de patología constituye un extremo y el estar sano el otro. Y un sujeto puede pasar de un estado de enfermedad a otro de salud a través de un proceso que va de enfermo a sano de una forma gradual y continua.

c) Un tercer grupo considera la salud como algo utópico; es decir, como un estado de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible alcanzar. Dentro de este apartado se incluye la definición de la Organización Mundial de la Salud, en la que se conceptualiza la salud como

“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de invalidez o enfermedad” (Ridruejo, 1977).

Es importante señalar que esta descripción sobre la salud ha sido criticada, ya que el supuesto estado de “completo bienestar” aparece descontextualizada, describiendo a la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción.

Otras perspectivas han ido demostrando que ciertos daños morfológicos, e incluso ciertas disfunciones, no implican necesariamente la presencia de una enfermedad. Es necesario tener en cuenta, y no sólo al nivel de las representaciones populares, que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad.

Según San Martín (op.cit.), ha habido una evolución histórica en el pensamiento, en la que se distinguen dos momentos en el curso del siglo XX que han marcado las definiciones. Uno ocurre en la primera mitad, cuando la subordinación de la medicina a la biología se hace evidente, y también se hace manifiesta la dependencia de la salud de las condiciones de vida y de la ecología humana. Al final de ese período es que surge la conocida definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) antes mencionada. El otro corresponde ya a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia notable de las relaciones humanas, económicas y sociales.

Para San Martín (op. cit), la salud es “una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que

aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y por su grupo como la manifestación de un estado mórbido”. Como puede apreciarse, en esta aproximación, la salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo productivo).

Salud y enfermedad, dos grados extremos en la variación biológica, son, pues, la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse biológica, psicológica y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. Por lo tanto, un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía biológica, psicológica y social con su ambiente, incluyendo las variaciones en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida (San Martín, op.cit).

Considerada en esta forma la salud no es un hecho inevitable que recibimos por herencia, pues lo que recibimos por herencia es una estructura biológica, un programa que puede desarrollarse bien, mal o medianamente con relación a nuestro equipamiento biológico y en relación con los múltiples factores, adversos y favorables, del ambiente con los cuales nos enfrentamos diariamente.

Por esto mismo, la salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado en donde el factor más importante para lograrlo es la calidad de vida y la calidad del ambiente en el que vivimos.

Así, podemos decir que la salud no sólo depende de lo que el sujeto tiene o no, sino también de lo que hace o deja de hacer, es decir, las prácticas

individuales y culturales que adopta para generar este estado de bienestar biológico y psicológico que es la salud, estados que se encuentran fuertemente relacionados con la conducta diaria (Amigo, 1998) la cual a su vez se ve influenciada por factores socioeconómicos, culturales y sociales.

La salud hoy en día es entendida como el nivel más alto posible de bienestar biológico, psicológico y social, que propicia una capacidad funcional del sujeto, dentro de un marco social específico. En este sentido, Rodríguez (op. cit) describe de una manera muy atinada y pareciera que completa, los aspectos más significativos que sustentan el concepto de salud de una forma integral señalando lo siguiente:

1) la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, por el contrario, debe ser concebida como un proceso a través del cual el hombre desarrolla al máximo sus capacidades y potenciales con tendencia a la plenitud de su autorrealización como entidad personal y social.

2) el concepto de salud es dinámico y cambiante, cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y/o acepta.

3) la salud es un derecho y una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones.

4) la promoción de la salud es una tarea interdisciplinaria que exige la coordinación de las aportaciones científico-técnicas de distintos tipos de profesionales.

5) la salud es un problema de índole social y política, cuyo planteamiento y solución requiere la participación activa y solidaria de la comunidad.

Pareciera, con esta última descripción, que la salud es entendida como un proceso en el que es posible un bienestar biológico, psicológico y social, que propicia una capacidad funcional del sujeto, dentro de un marco social específico, descripción que se muestra más cercana al modelo biopsicosocial, en donde se visualiza a la salud en un ámbito integral.

No obstante, es preciso destacar que, aunque mostremos aceptación por la última definición de salud señalada, al abordar este tema, en la mayor parte de la bibliografía revisada, se cae en cierta confusión al hablar del proceso salud-enfermedad, como si se tratara de dos conceptos sinónimos o de uno solo, donde muy difícilmente se establece la línea divisoria entre uno y otro, incluso, las definiciones de salud se dan en términos de otros factores incluyendo el propio concepto de enfermedad.

Con esto, no se define la salud en término de sí misma, hablando de la salud por la salud, ni siquiera se establece la existencia de etapas por las cuales un individuo puede tener y mantener la salud, cuestión que de manera contraria en el ámbito de la enfermedad se explota al máximo, donde las etapas por las cuales atraviesa un individuo en el proceso de enfermedad gozan de cierta relevancia para su estudio como se verá en el siguiente apartado, incluyendo el contexto histórico en el cual se logra definir tal proceso.

En este sentido, y antes de abordar el siguiente apartado referente a la enfermedad, es preciso hacer hincapié en que varios de los autores referidos en lo siguiente, hacen mención del término salud y enfermedad, sin aclarar la distinción entre ambos, y varias de las citas señaladas se tomaron de lo mencionado por tales autores; no obstante, ya en los párrafos anteriores, se hizo referencia de esta problemática conceptual al hablar de salud y enfermedad.

1.2 Definición del Concepto de Enfermedad.

En las primeras sociedades, la enfermedad se debía a que los demonios u otras fuerzas espirituales tomaban posesión y controlaban a la persona. La recuperación requería que los espíritus malignos fueran exorcizados del cuerpo afligido. Los griegos estuvieron entre los primeros en comprender la enfermedad como un fenómeno natural. El ejemplo paradigmático de esta medicina es la teoría hipocrática de los humores en donde la enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo y la recuperación implicaba buscar el equilibrio de los mismos (Oblitas y Becoña, 2000).

Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad, por el contrario, ya en el Renacimiento, se tomaban las explicaciones naturales de la enfermedad.

Posteriormente, el estudio de las matemáticas, química y física, la invención del microscopio, los trabajos de Morgagni en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en bacteriología, preparan el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la medicina moderna (Oblitas y Becoña, op. cit).

Para el siglo XX el componente biológico se hizo predominante, y se produjeron notables avances en el estudio del cuerpo, de su anatomía y su fisiología, debido a que se pudo contar con recursos novedosos para realizar mejores observaciones. Esos estudios condujeron a avanzar en la caracterización de la enfermedad. Cuando se identificaron ciertas lesiones en órganos y tejidos que podían ser asociados con determinados procesos patológicos se estableció que toda enfermedad suponía la existencia de una lesión subyacente comprobable, creándose así, un modo de razonar el problema que subsiste hasta hoy en día entre aquellos partidarios del modelo biomédico (Morales y cols 1999).

Es importante señalar que el modelo biomédico presenta numerosas lagunas, pues supone 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, las anormalidades conductuales se reducen a procesos somáticos, biomédicos o neuro-fisiológicos (Oblitas y Becoña, op. cit).

La filosofía inherente al modelo médico, implica un reduccionismo (todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos) y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo: los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente y el cuerpo y la mente son dos entidades separadas.

De acuerdo con Engel, 1977 (cit. en Valencia, 2000), aún cuando el modelo biomédico ha brindado importantes avances en el campo de la medicina, existen insuficiencias al momento de trabajar con el proceso de enfermedad que impiden abordarla de manera completa:

a) El criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas, ignorando el hecho de que las alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias pero no suficientes para el establecimiento del diagnóstico.

b) El diagnóstico del estado físico depende también en gran medida, de la información que proporciona el paciente. Es por eso que la exactitud en el diagnóstico también depende en cierta medida, de la habilidad del médico en la entrevista terapéutica y su capacidad para comprender los determinantes psicológicos, sociales y culturales de los síntomas presentados por el paciente.

c) La enfermedad no sólo está mediada por la susceptibilidad biológica del organismo sino que también son decisivos en ella los eventos vitales estresantes que una persona sufre a lo largo de su vida.

d) Los factores psicológicos y sociales son fundamentales a la hora de determinar cuándo una persona y aquellos que le rodean llegan a verla como enferma. El utilizar la etiqueta de 'enfermo' suele ser el motivo por el cual se toma la decisión de buscar ayuda médica.

e) El modelo biomédico tiene una visión parcial sobre el término de la enfermedad, es decir, postula que ésta finaliza cuando se han corregido las alteraciones fisiológicas, sin embargo, no siempre ocurre así.

f) Engel señala también el hecho de que el resultado del tratamiento se verá influido decisivamente por la relación médico-paciente.

Como alternativa a este modelo biomédico, Engel en 1977 (Cit. en Oblitas y Becoña, op cit) plantea un nuevo modelo llamado biopsicosocial, en el cual destaca la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto con los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento: "el modelo 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, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de la salud."

De esta manera, tanto los macro procesos (como serían el apoyo social, los trastornos de salud mental, etc.) como los micro procesos (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso salud-enfermedad. Entendiendo entonces, a la salud y a la enfermedad como estados de causas múltiples y variados efectos, además, este modelo se interesa tanto en la salud como en la enfermedad.

Para comprender la interacción de las variables biológicas, psicológicas y sociales, los investigadores han adoptado la teoría de sistema, donde todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí

jerárquicamente, y los cambios en cualquier nivel afectarán a todos los demás. Esta visión nos lleva a adoptar una actitud de trabajo multidisciplinario.

Así, este modelo destaca la importancia de la relación entre el paciente y el equipo de salud, reconociendo que una relación adecuada favorece la adhesión del paciente al tratamiento, la propia afectividad del mismo y acortar el tiempo de recuperación de la enfermedad.

Para San Martín (op. cit.) la enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo y no tiene sentido sino en función del hombre tomado como una unidad biológica-psicológica-social. En esta forma la enfermedad podría definirse como “un desequilibrio biológico-ecológico o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto.

Realmente, la consideración de que tanto los conceptos de salud como de enfermedad deben ser comprendidos en una contextualización ecológica en la que aparezcan debidamente reconocidos, junto a las circunstancias biológicas y naturales, las de carácter económico y social, ha hecho que llegue a expresarse que la salud como tal es inalcanzable, al menos para la mayoría de las personas, además de que su expresión puede cambiar dinámicamente en dependencia de las peculiaridades de la interacción del individuo con su ambiente, mientras que por su parte, la enfermedad, que también está sujeta a semejante dinamismo, se expresa generalmente de manera más objetiva o, por lo menos, más estructurada y reconocible para el propio sujeto, para los que lo rodean y para los portadores del conocimiento especializado que pueden referir tal estado dentro de una taxonomía de diagnóstico y terapéutica (San Martín, op cit).

Sin embargo, una contextualización ecológica facilita la idea de que existe un continuo desde la salud a la enfermedad en el que pueden reconocerse muchos puntos intermedios en la medida en que podamos tener la capacidad de

identificar la situación del sujeto en el marco de sus relaciones, así, la enfermedad debe considerarse desde un punto de vista en el cual se consideren aspectos de índole social y psicológico en los que se ve involucrado el individuo, mismos que se detallan en el apartado siguiente.

1.2.1 La Enfermedad como hecho Psicológico y Social.

La enfermedad vista como una situación específica posee características que se encuentran presentes en todos los casos y todas las enfermedades, y por lo tanto, en todos los enfermos cualquiera que sea su afección.

Es necesario distinguir entre las características genéricas, es decir, iguales para cualquier enfermedad y las específicas que surgen de la naturaleza concreta de la enfermedad de que se trate.

De acuerdo con Lain Entralgo (citado en Bartolomé y cols, op. Cit.), las características genéricas de la situación de enfermedad son:

1. Invalidez. La cual hace referencia a que el enfermo se encuentra ante la imposibilidad de desarrollar una actitud normal.

2. Malestar. Siempre existe una situación de malestar que se manifiesta en forma de dolor, sufrimiento o incomodidad.

3. Amenaza. La enfermedad tiene un componente de amenaza, en el sentido psicológico de muerte, ya sea biológica o biográfica, en el sentido de que la enfermedad impide realizar ciertas acciones de futuro.

4. Fenómeno de absorción por el cuerpo. En el estado de enfermedad, la información que recibimos de nuestro cuerpo pasa a ocupar un primer plano en

nuestra atención, y por lo tanto la corporalidad y el funcionamiento corporal pasan a ser el centro de las preocupaciones del individuo.

5. Soledad. Se manifiesta en dos sentidos: en primer lugar porque todas las vivencias de malestar tanto psíquico como físico son intransferibles a los demás, ya que el paciente está solo con su enfermedad y su malestar. En segundo lugar, porque el enfermo deja de participar en la vida social ya que no puede desempeñar su rol normal, ir al trabajo, a la escuela, relacionarse con los demás, etc.

6. Anomalía o Marginación. La enfermedad en si se comporta como un estado de desviación de la norma.

7. Recurso. Entendido en el sentido de que para muchas personas la enfermedad puede ser considerada como un castigo, un reto, un desafío, un enemigo a vencer, etc.

Aunado a estas características genéricas, el enfermo experimenta ansiedad y un elevado nivel de egocentrismo, al punto de abandonar sus relaciones exteriores para centrarse únicamente en sus problemas en torno a la enfermedad.

Con relación al aspecto social de la enfermedad, ésta es básicamente un fenómeno de desviación de la norma que sitúa al que la padece en un estado singular y que le obliga a unos comportamientos específicos: el rol de enfermo, personaje que a su vez ha originado el surgimiento de otro personaje complementario, que es el sanador, médico, o curandero.

Así, podemos establecer que la relación enfermo-sanador es una relación social institucionalizada, que se encuentra programada en función del estatus y las expectativas de rol que ambos participantes en ella tienen asignados y que son por ellos asumidos.

De esta manera se espera del enfermo que no haya buscado conscientemente la enfermedad, que la considere indeseable y que quiera su curación; y que se acepte socialmente su enfermedad, en este caso, tal aceptación debe ser certificada por un técnico designado por la sociedad. También se espera que acepte las limitaciones impuestas por la enfermedad, que busque ayuda y que coopere en su curación.

Paralela y complementariamente se espera del sanador que tenga competencia técnica, que su actitud sea igualitaria, altruista y de desinterés, y por último, que sea capaz de mantener una actitud de neutralidad afectiva, es decir, que no se implique emocionalmente con el paciente, debido a la pérdida de objetividad que esto supondría en el trato con el mismo.

Resulta importante señalar que aun cuando toda enfermedad sea vivida y percibida como un acontecimiento único y exclusivo de quien la padece, existen factores que a lo largo del tiempo se han determinado como comunes a toda enfermedad y que ha dado origen al concepto de conducta de enfermedad que se explica en el siguiente rubro, y que todo trabajador de la salud debe tomar en consideración en su trato con un individuo enfermo.

Revisados los dos puntos anteriores, el presente trabajo se enmarca en el contexto teórico que emerge de la propuesta del modelo biopsicosocial planteado por Engel en 1977 (Cit. en Oblitas y Becoña, op cit), fundamentalmente por su acceso al ámbito de lo psicológico y social.

1.3 Definición de Conducta de Enfermedad.

El término conducta de enfermedad, ha sido enmarcado por varios autores en el binomio salud y enfermedad, al implicar tanto el mantenimiento de la salud

como el tratamiento de la enfermedad; aun cuando el mismo término hace referencia específica a la enfermedad y no a la salud.

La conducta de enfermedad ha constituido una elaboración práctica del modelo biopsicosocial, un marco integrador de la dimensión biológica, psicológica y social del individuo para explicar la enfermedad.

La formulación de este concepto se basa en el hecho de que no todos los pacientes con el mismo diagnóstico, en una fase de evolución similar y con el mismo tratamiento, reaccionan de forma igual. En algunos, la enfermedad cursa favorablemente y en otros son frecuentes las recaídas y hospitalizaciones. La gran variabilidad de respuestas que presentan los enfermos ha confirmado la importancia de las variables psicosociales en el inicio y evolución de las enfermedades.

El término de conducta de enfermedad fue acuñado por Mechanic en 1966 para designar las peculiaridades de la respuesta ante la situación de enfermedad que según su percepción, evaluación y significado, hace la persona enferma (Buendía, 1991).

De esta manera, podemos decir que las respuestas que una persona desarrolla ante su enfermedad van a condicionar su sintomatología, su evolución, la forma de relacionarse con su médico y la adhesión o no a las prescripciones terapéuticas.

Mechanic entiende la conducta de enfermedad como un proceso dinámico en el que el individuo pasa por distintas etapas. En primer lugar, el paciente evalúa el significado y consecuencias de los síntomas, más tarde el paciente puede buscar una explicación a las causas que han contribuido a su situación, por último, evalúa sus posibilidades de afrontamiento a través de un proceso de comparación social. Este proceso incluye las experiencias pasadas, las repercusiones de la

enfermedad en la vida cotidiana, el papel de la familia y el modelo de respuestas que otros han dado ante el mismo problema (Bartolomé y cols, op. cit)

Evidentemente la enfermedad puede ser la misma pero los sujetos pueden vivir la situación de enfermedad de forma distinta. Según las circunstancias sociales, la existencia de experiencias tempranas con la enfermedad, el grado de fortaleza, las creencias, los valores, etc., algunas personas no dan importancia a sus síntomas y no buscan ayuda médica, interrumpen su actividad laboral y se acomodan a la enfermedad. En este sentido, la conducta de enfermedad intenta analizar el proceso por el que el individuo llega a definirse como enfermo y entra en contacto con el sistema sanitario o, por el contrario, qué es lo que determina que un sujeto niegue sus síntomas y no busque tratamiento.

Cabe señalar que el paciente no adopta una actitud pasiva frente a la enfermedad, por el contrario, es un ser activo y selecciona la información que recibe atribuyendo un significado a su enfermedad en virtud de su sistema de creencias, valores, personalidad, etc. Con todo ello construye la experiencia subjetiva de estar enfermo. Así, pues, existe todo un proceso de filtración selectiva que configura la interpretación de la situación y que determina las estrategias de afrontamiento que el paciente va a desarrollar frente a la enfermedad.

Por último, podemos mencionar que el concepto de conducta de enfermedad plantea la necesidad de evaluar simultáneamente al paciente en los aspectos biológico, psicológico y social, y que la intervención terapéutica sea interdisciplinaria en donde participen médicos, enfermeras, psicólogos y asistentes sociales, en virtud de que como se ha mencionado, actualmente se requiere de un trabajo profesional interdisciplinario que satisfaga los requerimientos del individuo, y que brinde soluciones a las diferentes problemáticas que este manifiesta.

Conviene señalar que un aspecto de marcada relevancia en el presente trabajo, es el significado que el individuo otorga al hecho de concebirse y sentirse enfermo, hecho que sin duda se encuentra determinado por las creencias que el mismo adjudica a la enfermedad y que por lo tanto se detallan con mayor precisión a continuación, ya que estas serán las que determinen la forma en que el individuo haga frente a la enfermedad.

1.3.1 Creencias hacia la Enfermedad.

Las creencias acerca de la enfermedad determinan el afrontamiento de ésta e influyen en la adaptación y en la recuperación. El enfermo necesita atribuir la enfermedad a causas concretas porque así disminuye la incertidumbre y aumenta su sensación de control.

En relación con las creencias sobre las causas de la enfermedad, podemos decir, que el paciente puede sentirse culpable o culpar de su enfermedad a otras personas, a las circunstancias o al destino. El sentirse culpable puede ser un mecanismo de adaptación porque si el sujeto percibe que la causa de su enfermedad se deriva de su comportamiento, esto le puede llevar a que asuma el control de su enfermedad y la afronte de un modo más eficaz. También puede ocurrir que ese sentimiento de culpa haga que el sujeto se centre excesivamente en lo que debería haber hecho para prevenir la enfermedad y no adopte las medidas adecuadas para afrontarla de forma eficaz, en cuyo caso sería desadaptativo. (Rodríguez, op. Cit.).

También es importante señalar que en ocasiones los pacientes consideran la enfermedad como un castigo divino o como una prueba, lo que les lleva a aceptar resignadamente su situación sin hacer nada para superarla.

Con respecto a las creencias sobre el control que el sujeto pueda tener sobre la enfermedad, podemos decir que aquellas personas que creen que pueden controlar su enfermedad siguiendo hábitos saludables o cumpliendo las prescripciones terapéuticas presentan mayores niveles de ajuste que aquellas personas que no tienen tales creencias.

En relación con las creencias de control, un aspecto muy investigado es el de locus de control. Los sujetos con locus de control interno consideran que pueden controlar su salud mediante determinados comportamientos; los sujetos con locus de control externo o debido al azar, consideran que nada pueden hacer, que su mejoría depende de otros, o de factores incontrolables. Un locus interno busca más información y muestra una mayor predisposición para mantener la salud que un locus externo, que generalmente no utiliza estrategias de afrontamiento para modificar su situación. (Rodríguez, op. Cit.).

Aunado a las creencias que el sujeto posee con respecto a la enfermedad, conviene señalar que otro aspecto de igual importancia, es el referente al significado que el individuo le atribuye a dicha enfermedad, como se observa en el siguiente apartado, mismo que se ve determinado por las características propias de cada persona.

1.3.2 Significado de la Enfermedad.

La enfermedad surge en un momento concreto de la vida de un sujeto, que además posee una personalidad propia. La misma enfermedad en dos sujetos distintos tiene un curso, una importancia y una repercusión distinta. Cada uno vive su enfermedad de una forma diferente según el momento de su vida en la que aparece.

El hecho de que aparezca en distintos momentos de la vida y en sujetos con distinta personalidad, hace que la enfermedad tenga un significado distinto para cada individuo. Significado que condiciona en muchas ocasiones la propia aparición de la enfermedad, pero siempre la evolución e importancia de la misma.

De esta forma, podemos decir que la respuesta ante la enfermedad no depende de la situación en sí, sino de la interpretación que se hace de ella. El significado funciona como un núcleo cognitivo que influye sobre las respuestas emocionales y motivacionales ante la enfermedad y, por tanto, sobre las estrategias de afrontamiento.

Cada paciente elabora un significado que refleja las experiencias personales previas, sus creencias, el grado de conocimientos y el bagaje cultural.

De acuerdo con Lipowsky (cit en Bartolomé y cols, op. cit), el significado de la enfermedad puede dividirse en las siguientes categorías:

a) la enfermedad como desafío, en donde la enfermedad o la incapacidad se consideran como cualquier otra situación de la vida que impone unas exigencias y obliga a unos hábitos terapéuticos para tratarla adecuadamente.

b) la enfermedad como amenaza, en donde se vive la enfermedad como un atentado a la necesidad de mantenerse íntegro; puede suponer un grave choque que obliga al sujeto a comprender y aceptar sus limitaciones.

c) la enfermedad como enemigo, en donde se considera a la enfermedad como una invasión por fuerzas enemigas, internas o externas. Las consecuencias emocionales de esta forma de entender la enfermedad son la ansiedad, el miedo y el mal humor, sentimientos que predisponen a

la lucha o a la huida o a rendirse por indefensión, pudiéndose llegar incluso a culpar a otro de haber causado o agravado la enfermedad.

d) la enfermedad como refugio, en donde la enfermedad puede suponer un alivio, en la medida que les ofrece la oportunidad de retraerse y cuidar de sí mismas, y también la posibilidad de abandonar relaciones insatisfactorias, frustrantes o exigentes.

e) la enfermedad como ganancia, en donde la enfermedad se utiliza para conseguir una mayor atención y disponibilidad por parte de los demás.

f) la enfermedad como castigo, en donde la enfermedad se vive como un castigo que puede ser de carácter religioso, lo cual lleva a adoptar actitudes de resignación y pasividad.

Así, podemos señalar que el significado que un individuo atribuye a la enfermedad se encuentra determinado por diversos factores de carácter psicológico y social y que por tanto varían de persona a persona.

Es evidente, que bajo estos términos hablar de enfermedad es también hablar de aspectos psicológicos como actitud, interpretación, conducta, personalidad, creencias, valores, etc. aspectos que sin duda se encuentran relacionados con la disciplina de la Psicología, disciplina que a su vez dentro de su campo de acción también se ha enfocado a la salud y la enfermedad denominándose en esta área de aplicación como Psicología de la Salud que en el siguiente capítulo será abordada con mayor detalle desde su origen.

CAPITULO II

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1 Origen y desarrollo.

Hablar de salud y enfermedad, nos lleva sin lugar a dudas al análisis y estudio de la conducta humana que engloba una amplia gama de variables que influyen o participan en ambos fenómenos. Sin embargo, la Psicología no es la única disciplina relacionada con el estudio de la salud y la enfermedad, de hecho su propia práctica se ha visto notablemente influenciada por la propia evolución sobre los conceptos de salud y las tendencias dominantes y alternativas en medicina.

No obstante, una vez desarrollados los conceptos de salud y enfermedad de una manera integral (como se puede ver en el capítulo I), con la inclusión de tres marcos de referencia a saber: biológico; psicológico y social, resulta necesaria la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes que componen tal modelo (actualmente se considera otro factor relevante en la salud, como lo es el funcionamiento ecológico) por lo tanto, surge el interés por apelar a las ciencias del comportamiento. Así, las variables comportamentales y psicosociales, como sus interacciones y correlaciones cobran importancia estableciendo el escenario para que poco a poco los psicólogos viren la mirada a esta clase de situaciones.

De acuerdo con Stone (cit. en Ramírez y Cortés, 1996), la participación del psicólogo en el ámbito de la salud tiene sus orígenes en la educación o formación de profesionales en medicina, ya que se pueden identificar tres etapas que marcaron la inclusión de la psicología en lo referente al cuidado de la salud física.

Estas etapas obedecen inicialmente al papel del psicólogo como parte de la formación y orientación del personal profesional de la salud en escuelas de medicina, impartiendo conocimientos de psicología, para después ampliar la instrucción pedagógica a hospitales de salud mental y finalmente aplicando actividades como la evaluación, el tratamiento clínico y la investigación en instituciones de salud mental y médica general.

De esta manera, el psicólogo y la Psicología se fueron involucrando en el campo de la salud no sólo mental sino física ganándose sobre todo, espacios participativos en este último rubro; cuestión que de alguna forma obedeció a la demanda en la solución de problemas sociales.

En este contexto, a finales de los años sesenta se propone a la Psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto, en el mantenimiento de la salud como, en el origen y evolución de la enfermedad. Esto último aunado al cambio en la preocupación sanitaria que se ve desplazada de las enfermedades infecciosas a aquellas de carácter crónico cuya etiología se debe a múltiples causas que están ligados al estilo de vida propios de las sociedades industrializadas. Con estas “nuevas enfermedades” el paciente convive con el padecimiento durante largo tiempo, por lo que suelen presentarse una serie de cambios relevantes en la calidad y estilo de vida de las personas, tanto del paciente como de los familiares.

Por lo anterior, de acuerdo con Morales (1997) a principios de la década de los ochenta, la Psicología de la Salud, después de su aparición en los Estados Unidos, se constituyó rápidamente como un área genérica de la Psicología aplicada, de ahí que la Asociación Americana de Psicología (APA) haya creado como una de sus subdivisiones la revista *Health Psychology*, y considerado como sus principales objetivos:

- Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
- Comprender la naturaleza de la respuesta del estrés y su importancia etiológica y el proceso de adquisición de gran número de problemas de salud.
- Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
- Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
- Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias.
- Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos para sus molestias.
- Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficacia del tratamiento.
- Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
- Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos puede aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

En general puede mencionarse que el campo de la Psicología de la Salud comprende varias áreas extensas ocupándose de la promoción y el mantenimiento de la salud; la prevención y el mantenimiento de la enfermedad; y los factores asociados con el desarrollo de la enfermedad, pretendiendo con esto, aplicar las

contribuciones de la Psicología como disciplina, al conocimiento de la salud y la enfermedad.

Con base en lo descrito por la APA, resulta importante reconocer que en sus inicios, la Psicología de la Salud sostenía un vínculo casi inseparable del campo de la medicina, enfocándose a los aspectos relacionados con la Psicología Médica, teniendo como uno de sus propósitos, el análisis general de los factores psicológicos involucrados en el estado bidireccional de salud y enfermedad, y sus posibles tratamientos; de ahí que también se hablara de medicina comportamental, la cual es entendida por Weinman (1987), como un amplio campo interdisciplinario de investigación, educación y práctica, referido a la salud y enfermedad física que contempla elementos provenientes de las ciencias del comportamiento, principalmente de la Psicología, la Sociología, o la Antropología, justificando el papel de la primera en el campo médico, de acuerdo a los siguientes términos:

- a) Estudia las variables psicológicas (como cambios conductuales) en el diagnóstico médico, refiriéndose básicamente en el plano de los signos y síntomas.
- b) El rol de los factores psicológicos en la etiología de la enfermedad orgánica y mental.
- c) Los recursos psicológicos en el tratamiento.
- d) La respuesta del paciente a la enfermedad y al tratamiento (conducta de enfermedad).
- e) La relación médico – enfermo, tanto en el plano de la teoría como en el de la práctica.

Bajo estos términos se puede observar claramente que la Psicología como disciplina que estudia el comportamiento aporta elementos de estudio, claves en el desarrollo de las investigaciones encaminadas a comprender la salud y la enfermedad, los cuales representan una medida de análisis importante y que al mismo tiempo delimitan y dan origen a la Psicología de la Salud, disciplina que es preciso definir en el apartado siguiente.

2.2 Definición de la Psicología de la Salud.

Como un esfuerzo por unificar y organizar las aplicaciones de la Psicología; así como las contribuciones realizadas, surge el término de Psicología de la Salud, el cual, como toda conceptualización requiere de definición y delimitación.

Dentro de algunas de las definiciones acerca de Psicología de la Salud, está la proporcionada por Byrne (1998), la cual aborda de una manera muy general y poco explicativa la función que realiza, argumentando que se trata del estudio de cómo distintos factores psicológicos influyen en el origen, prevención y tratamiento de las enfermedades físicas.

Morales y cols. (op. cit), la definen como una de las disciplinas que incorpora el estudio y la intervención de importantes aspectos psicosociales en el proceso salud-enfermedad y el comportamiento de salud y enfermedad, tales como actitudes, hábitos y estilos de vida, explicaciones sobre la salud, representación de la salud y enfermedad, percepción de síntomas, control cognitivo y percepción de control sobre la salud, rol de enfermo y del profesional de la salud, satisfacción hacia la asistencia sanitaria, cumplimiento de los tratamientos médicos, etc.

En este caso, para dichos autores existe una amplitud de factores psicológicos y sociales que describen el quehacer y estudio de la Psicología aplicada a la salud, considerando al individuo desde una perspectiva integral.

Para Santecreu y cols (1998), la Psicología de la Salud, tiene como su objetivo principal el estudio del comportamiento de los individuos (precursor de la salud) en su interacción con el medio en cuanto a su condición de intervención preventiva; significando con ello, que una actuación de prevención se optimiza cuando se actúa tanto con el sujeto como sobre el ecosistema.

En términos generales, dichos autores consideran que la Psicología aplica a dicha área de la salud, sus contenidos y su metodología, al igual que el estudio de la promoción de la salud, etiología, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y prevención de la enfermedad para finalmente llegar a su comprensión, explicación e intervención.

Por su parte, Matarazzo (1980), al definir la Psicología de la Salud, proporciona una descripción más completa al desglosar cada una de las atribuciones que comprende dicha disciplina, haciendo referencia en un sentido específico a los objetivos profesionales y científicos relacionados a la salud, puesto que la define como el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas a la mejora del sistema sanitario y la formulación de una política sanitaria.

Considerando las definiciones anteriores, puede decirse que el campo de la Psicología de la Salud se encuentra bien delimitado en el campo de acción y, que su interés principal está dirigido a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, centrándose en la salud y enfermedad en términos

biológicos más que en el patológico; mientras que la Psicología Clínica (cuyo campo de acción también se encuentra ubicado en el ámbito de la salud) por ocuparse prioritariamente de lo psicopatológico, lo hace dentro de un marco más restringido como lo es el de la enfermedad mental.

En suma es importante puntualizar que de acuerdo con Rodríguez (op cit), la Psicología de la Salud, constituye un área de aplicación de la psicología al marco de la salud que estudia los factores emocionales, cognitivos, y comportamentales asociados a la salud y enfermedad física de los individuos. Comprendiendo dicho autor que también la Psicología Social (marco que estudia la conducta humana en interacción con el medio ambiente social) aporta un elemento importantísimo al campo de la salud: el contexto socio-cultural, ya que el hombre vive formando parte de grupos y define su realidad personal por referencia a condicionantes de tipo social, como ocurre en el caso de la expresión de síntomas, donde las manifestaciones de dolor están claramente influidas por las pautas de conducta aprobadas por el grupo social, en el sentido que permitan o no tales expresiones, influyendo en la tolerancia o resistencia de dolor y otros síntomas.

Siguiendo la línea de lo expuesto por éste último autor y considerando las definiciones anteriores, se vislumbra que la Psicología aplicada a la Salud, retoma de diferentes aproximaciones teóricas los elementos que le permitirán abordar el proceso de salud, esto al incluir no sólo los aspectos netamente psicológicos, sino también los de carácter social y cultural.

En este sentido, resulta esencial hacer referencia a los marcos teóricos y metodológicos de los que se vale la Psicología de la Salud para efecto de su quehacer laboral y de investigación.

2.3 Aspectos teóricos y metodológicos de la Psicología de la Salud.

Ya se mencionó que en la Psicología de la Salud contribuyen diferentes disciplinas psicológicas; no obstante, de acuerdo con algunos autores (Stone 1979 y Takanishi, De León y Pallak, 1984, cit. en Ramírez y Cortés, op.cit.) argumentan que no se puede hablar de teorías específicas aplicadas a la Psicología enfocada a la salud y que de hecho no sería necesario por el momento crear una; sin embargo, consideran como útiles seis esquemas conceptuales en dicha área, los cuales aún a pesar de sostener diferencias en sus aproximaciones básicas generan un trabajo de orientación complementaria:

1) teoría de la adaptación; basada en la teoría de los sistemas de Von Bertalanffy; 2) teoría del afrontamiento; basada en las teorías cognitivas y cognitivo-conductual; 3) teoría psicósomática; cuya base se encuentra en la medicina psicósomática; 4) teoría humanística; 5) teoría de la salud conductual; cuyas bases se remontan al condicionamiento clásico, la teoría del aprendizaje y el análisis de la conducta y 6) teoría del desarrollo, la cual comprende dos elementos importantes, a) orientación guiada hacia el futuro en donde la intervención a tiempo puede ayudar a la mejora del estado de salud y, b) lleva al análisis de cada fase del desarrollo proporcionando atención a problemas específicos de cada etapa (Castillo, 2001).

Resulta evidente que con todas estas aproximaciones teóricas se abordan los principales factores que integran el modelo biopsicosocial, del cual parte la Psicología de la Salud, tal como lo manifiestan Ramírez y Cortés (op. cit. Pág. 22) “El trabajo psicológico en esta especialidad refleja una orientación ecléctica que apoya una variedad de puntos de vista conductuales, fisiológicos, cognitivos, sociales y de personalidad”. Con esto se puede concluir que la Psicología de la Salud no puede ni debe limitarse a un solo marco teórico de referencia, ya que en su campo de trabajo e intervención se involucran una gran diversidad de factores

tanto individuales como sociales con referencia a una misma enfermedad e inclusive el momento histórico presente.

Por su parte, dentro de las investigaciones y trabajos realizados en psicología de la salud, el análisis de variables es crucial e involucra el uso de métodos de investigación tanto experimental como no experimental; es decir, que involucra la manipulación de variables o la correlación entre las mismas.

De igual manera, con lo referente a las estrategias de evaluación empleadas por la Psicología de la Salud, nos encontramos con las enfocadas al paciente y aquellas que se orientan hacia el ambiente del paciente; entre ellas, encontramos las siguientes: entrevista, auto reportes, cuestionario, observación, psicometría, medidas psicofisiológicas, entre otros. Ya como estrategias de intervención se enlistan las más sobresalientes, por ser representativas de diferentes marcos conceptuales, como son: grupos de apoyo, psicoterapia, intervención en crisis, entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, modelamiento, ensayo conductual, hipnosis, retroalimentación, estrategias cognitivas, entre otras (Castillo, op. Cit. y Valencia, op cit.).

En su conjunto, las aproximaciones teóricas y la metodología empleada por la Psicología en el campo de la salud aportan datos relevantes que permiten posteriormente la acción efectiva de los profesionales involucrados en dicha área, como es el caso del psicólogo orientado hacia el área de la salud.

Sin embargo, dicho profesional no debe perder de vista que cuenta con otras disciplinas que dentro o fuera de la psicología abordan cuestiones similares a las de la psicología de la salud, y que representan un complemento a su labor, como son:

1) la medicina comportamental, la cual se enfoca en el uso de técnicas conductuales para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad entre individuos que actualmente gozan de buena salud.

2) La medicina psicosomática, cuyo interés ha sido el papel de los factores psicológicos en el desarrollo de la enfermedad física, especialmente de los estados emocionales y el estrés.

3) Psicofisiología experimental, cuyas aportaciones se tradujeron en el desarrollo de las técnicas de biofeedback, que a su vez han jugado un papel significativo en la estimulación del desarrollo de la psicología de la salud.

4) Sociología médica, la cual aborda temas referentes a los patrones sociales en la distribución de la enfermedad y mortalidad, los efectos del estrés social en la salud, las respuestas sociales y culturales en la salud y enfermedad, etc.

5) antropología médica, cuya área de trabajo se centra en el estudio de los aspectos culturales de la salud y la enfermedad (Oblitas y Becoña, op cit.).

Tomando en cuenta toda la información referente a los campos de acción de la psicología en el ámbito de la salud; así como los aspectos teóricos y metodológicos que la sustentan, es preciso abordar en el siguiente apartado, el papel que juega un personaje protagónico en este contexto, el psicólogo orientado al trabajo de la salud.

2.4 Campo de acción del psicólogo de la salud.

Partiendo de las características del modelo biopsicosocial del cual se desarrolla la psicología de la salud y aún de su misma definición, puede decirse que el psicólogo de la salud presenta la ventaja de desenvolverse en diferentes áreas, su papel dice Valencia (op. Cit.), se ve involucrado en cuatro aspectos básicos:

- a) La promoción y el mantenimiento de la salud, lo cual incluye las campañas destinadas a promover hábitos saludables; donde además nos manifiestan que los mensajes educativos deben de estar encaminados a informar y motivar para que se dé un cambio de conducta, y que en el caso específico de acciones destinadas a la educación para la salud, se percibe cada vez más claro que no basta con modificar las actitudes para que el individuo pase a la acción; sino que para que ello ocurra es necesario añadir a los mensajes la instrucción de cómo cambiar la conducta al respecto.
- b) La prevención y el tratamiento de la enfermedad (colaborando en la promoción de modificación de conductas insanas y brindando apoyo en el seguimiento del tratamiento médico indicado).
- c) Encaminar el trabajo al estudio de la etiología y correlatos de salud – enfermedad y las disfunciones, dando importancia con esto al estudio de las causas conductuales y sociales de la salud y enfermedad, como por ejemplo, en el caso de los problemas del consumo del alcohol, del tabaco, etc.
- d) El estudio y análisis del sistema sanitario; así como la formulación de una política de salud, trabajando en esta área con respecto al impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y finalmente desarrollar recomendaciones que se enfoquen al mejoramiento del cuidado de la salud.

Para otros autores, las tareas de los psicólogos de la salud, dentro del marco de una disciplina científica se agrupan de acuerdo con Oblitas y Becoña (op.cit.) en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación; dándole mayor importancia a la primera, al referir que ésta, es la actividad preponderante del psicólogo orientado a la salud.

De acuerdo con ello, dicha faceta esta orientada a las cuestiones de prevención de enfermedad y mantenimiento de salud, siendo posteriormente los conocimientos aportados, los cimientos para las aplicaciones en la clínica. Es importante señalar que de acuerdo a dichos autores, una línea de investigación importante, ha sido la referente a estudiar los factores asociados al desarrollo de la enfermedad, siendo los más estudiados, el modo en cómo los sujetos afrontan el estrés, y cómo las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud.

Siguiendo con el discurso de Oblitas y Becoña (op.cit.), ellos mencionan que otras de las actividades que realiza el psicólogo involucrado en el área de salud, se relacionan con evaluaciones psicológicas aplicadas a los pacientes médicos, participar en el asesoramiento a profesionales del cuidado de la salud; al igual que el participar en la educación y entrenamiento en el marco académico.

Cabe señalar que aunque con todo lo anterior se encuentre delimitado y tenga relación estrecha con el quehacer del psicólogo de la salud, es conveniente que éste no pierda de vista la construcción social de la enfermedad (de acuerdo al contexto presente) así como las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de ese mismo proceso.

Cabría mencionar, con todo lo expuesto, que los psicólogos de la salud, deben tener un amplio conocimiento en su disciplina; así como de los temas relacionados a las ciencias biomédicas y sociales; lo cual será necesario para la

comprensión de los síntomas clínicos y las reacciones de los individuos y su medio social.

De acuerdo a esto, es indudable que la participación del psicólogo en el sector salud es indispensable, puesto que sus aportaciones enriquecen el trabajo interdisciplinario; al igual que el campo de la investigación, sector que ha sido abordado ampliamente en las últimas décadas, por los psicólogos, sobre todo con relación a los mecanismos de afrontamiento que utiliza el enfermo para adaptarse a la enfermedad.

Para los psicólogos de la salud, como ya fue mencionado, ha resultado de suma importancia conocer los mecanismos por los cuales un sujeto asume una enfermedad determinada; así como, las acciones que lleva a cabo para tal efecto, proceso que ha sido definido como de afrontamiento, el cual será abordado en el siguiente punto para su análisis, junto con el término de apoyo social, el cual (dentro del contexto sociocultural, del que ya se ha hablado) es considerado como un recurso importante del que puede disponer el enfermo para conseguir esa adaptación hacia la enfermedad.

CAPITULO III

AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL

3.1 Definición de afrontamiento.

Una de las cuestiones que centra el interés de los investigadores en las últimas décadas con referencia al área de la salud, son los procesos de afrontamiento, y de acuerdo con Gómez y cols. (1996) durante los últimos años, un amplio número de estudios referentes al tema han adoptado un modelo que está fundamentado en procesos conscientes, reacciones emocionales y comportamientos manifiestos.

La mayoría de las investigaciones definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas ante una situación estresante destinadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación; inclusive, esta definición se visualiza entre aquellos modelos previos, donde destacan los aportados por la experimentación animal; donde el afrontamiento se identifica con las respuestas del animal (huida, evitación, etc.) que se dirigen a neutralizar una situación peligrosa o nociva. Y sobre todo, el modelo de afrontamiento propuesto desde orientaciones psicoanalíticas, donde se considera que las formas de afrontar una situación conflictiva, se estructuran de forma jerárquica. (Ridruejo, 1997).

En las definiciones acerca del afrontamiento encontramos que para Billings y Moos, (1981), se define como los intentos que realizan las personas para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el propósito de controlar el estrés y de realizar acciones concretas que les permitan modificar las situaciones problemáticas (Aduna, 1998).

Para Lazarus y Folkman (1986) afrontamiento lo definen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas, tanto externas como internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo.

En efecto, la definición anterior pone de manifiesto aspectos nuevos limitando así los planteamientos tradicionales, se consideran cuatro puntos relevantes, a saber:

1) define el afrontamiento como un proceso, en vez de un rasgo personal al hablar de esfuerzos constantemente cambiantes

2) limita el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo, y no como un comportamiento automatizado

3) al definir el afrontamiento como los esfuerzos para manejar las demandas, se permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga; con esto se resuelve el problema de confundir el afrontamiento con el resultado obtenido

4) establece que el afrontamiento no es sinónimo de dominio, sólo un conjunto de esfuerzos para manejar, evitar, minimizar, etc. una situación estresante.

De acuerdo con León, (1998), el planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que éste generalmente hace o haría en determinadas situaciones (planteamiento de rasgo); lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto en particular (para entender el afrontamiento y evaluarlo requerimos conocer aquello que el individuo

afronta); y por último, hablar de un proceso, significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose; por tanto, el afrontamiento es dinámico, en momentos específicos, se contará con estrategias defensivas y en otros con estrategias que lleven a la resolución del problema, todo ello a medida que vaya cambiando su relación con el entorno.

La dinámica que particulariza el afrontamiento como proceso no es una cuestión al azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Así, al margen de su origen, cualquier cambio en dicha relación dará lugar a una reevaluación de lo que está sucediendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto; por tal efecto, el afrontamiento se halla constantemente influido por las evaluaciones y reevaluaciones cognitivas concomitantes.

Con base en lo anterior, podría decirse que en el contexto de la enfermedad, lo que hace la persona al afrontarla es tratar de adaptarse a la nueva situación. Desde un punto de vista general se puede hablar de un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo es la restauración del equilibrio, readaptación o consecución de un nuevo equilibrio, cuya pérdida es lo que significa el estrés.

Tales tareas, de acuerdo con Bartolomé y col. (op.cit.), pueden dividirse en siete categorías, tres directamente relacionadas con la enfermedad y cuatro relacionadas con procesos más generales:

1. El enfermo debe reconocer sus síntomas, lo cual básicamente se refiere a que el paciente procure controlarlos.
2. Aceptar el tratamiento, en el cual interviene puntos referentes a la naturaleza de la enfermedad, las etapas de la enfermedad, la

complejidad del tratamiento, importancia de los efectos secundarios, la estabilidad sociofamiliar y el grado de información.

3. Mantener una buena relación con el profesional de la salud que le atiende.
4. Conservar un equilibrio emocional razonable; en este caso el paciente y/o la familia deben afrontar los sentimientos de disgusto asociados a la enfermedad.
5. El enfermo debe alcanzar un equilibrio personal entre la aceptación de ayuda y su acción participativa.
6. Conservar las relaciones con familia y amigos.
7. Prepararse para un futuro incierto, y acostumbrarse a vivir con esa incertidumbre.

Naturalmente no se pueden ejecutar respuestas de afrontamiento hacia la enfermedad que no estén en el repertorio comportamental del sujeto; sin embargo, Rodríguez (op.cit.) distingue las siguientes categorías comportamentales que son frecuentes:

A) Negación o minimización de la gravedad de la crisis (negación del hecho de la enfermedad; negación del significado de la enfermedad y negación del estado emocional de la enfermedad). Es importante señalar que la negación no tiene por que ser una respuesta desadaptativa, sino que en muchos casos puede considerarse como una respuesta adaptativa (por ejemplo, puede reducir el miedo hasta el punto de permitir el buen funcionamiento de las capacidades de la persona).

En este apartado, dicho autor también incluye la evitación, la cual se refiere a la aceptación de la realidad de la amenaza, pero con un deliberado esfuerzo por no pensar ni hablar acerca de ello, es decir, que esta estrategia de afrontamiento se refiere a buscar la ignorancia, la renuncia, la atención selectiva y la racionalización.

B) Una segunda categoría está constituida por las respuestas de acción directa de escape/evitación del acontecimiento.

C) La tercera categoría es la búsqueda de información pertinente sobre la enfermedad, los procedimientos de tratamiento alternativos y sus probables consecuencias. En esta parte, al conseguir información, el enfermo puede reducir ansiedad y miedo, disminuyendo la ambigüedad, restaura el sentimiento de control de los acontecimientos, y posibilita encontrar respuestas razonables.

D) Conductas confrontativas; aquí se pueden incluir todas las conductas centradas en la solución de problemas que generan estrés, pueden ser incluso las actividades relacionadas para reducir la tensión, como yoga, ejercicios de relajación, hipnosis, etc. Cabe señalar que no precisamente todas las actividades elegidas tienen que representar salud para el individuo.

E) Manejo de la auto presentación y pedir apoyo emocional de la familia, amigos y profesionales sanitarios. Con esto podría decirse que la expresión de nuestras emociones es una forma importante de afrontamiento; por el contrario, la incapacidad para expresarlas incrementa la activación fisiológica.

F) Encontrar o dar un sentido a la enfermedad.

G) Búsqueda y obtención de apoyo social, el cual supone un papel beneficioso en el afrontamiento de la enfermedad.

H) Resignación o aceptación de la enfermedad, lo cual hace referencia al hecho de aceptar la enfermedad, el impacto emocional de la misma, y su importancia en la vida.

De manera resumida, puede plantearse, que dentro de tales repertorios comportamentales, existen dos modos de afrontar una situación estresante o de enfermedad; la directa y la defensiva; donde la primera, implica dedicar toda la atención al acontecimiento estresante; mientras que la segunda implica o bien la evitación del acontecimiento estresante una vez que ha ocurrido, o bien la supresión de la respuesta emocional, cognitiva y fisiológica ante él, con la consiguiente reducción del impacto.

Además de lo anterior, dicho autor menciona que considerando la opinión de Moss (1981; cit. en Rodríguez, op.cit.), la valoración que la persona hace de su enfermedad, la definición de las tareas de adaptación necesarias, y la elección y eficacia de las técnicas de afrontamiento, es decir, el comportamiento de una persona ante la crisis que supone la enfermedad, viene influido por tres grupos de factores:

1. Socio-demográficos y personales, es decir, lo referente a la edad, sexo, posición económica, nivel académico, madurez emocional y cognitiva, creencias religiosas o filosóficas, enfermedades previas y experiencias de afrontamiento previas. Indudablemente, la época de la vida en que se da la enfermedad es particularmente importante ya que la superación de la crisis será distinta en un niño, un adolescente o un anciano.

2. Relacionados con la enfermedad, como clase y localización de síntomas, duración, movimiento vital, etc.

3. Ambientales y físicos, como el espacio personal disponible, el grado de estimulación sensorial; etc.; sociales, como la relación con los familiares, características del ambiente de trabajo, apoyo social, normas y expectativas culturales.

De acuerdo a lo anterior podría decirse que la persona al afrontar su enfermedad trata de adaptarse a la nueva situación; visto desde este punto se puede hablar entonces de un conjunto de tareas de adaptación que se ha de plantear el sujeto en su proceso de afrontamiento, cuyo objetivo principal es la restauración del equilibrio.

No se puede negar que el afrontamiento dentro del plano de la enfermedad desempeña un papel importante, debido a que genera en el paciente un interés por adaptarse a ella; sin embargo, para lograrlo, dicho sujeto tendrá que transcurrir por diferentes etapas que serán descritas a continuación.

3.1.1 Etapas del afrontamiento.

El afrontamiento describe tres etapas, las cuales pueden ser el simple reflejo de las demandas físicas o ambientales cambiantes y de las correspondientes secuencias internas que tienen lugar en el sujeto. Las etapas de acuerdo con Lazarus (1986, cit. en Guillén y Palomares, 1999) son: anticipación o de aviso, período de impacto o de confrontación y postimpacto o postconfrontación.

La primera hace referencia a que el suceso no ha ocurrido y por lo tanto se evalúan aquellos aspectos que incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra, su naturaleza y el momento en que ocurre, el proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué

punto puede hacerlo y de qué forma, como ejemplos de esta etapa pueden considerarse el distanciamiento psicológico, la evitación de los pensamientos que hagan referencia a la amenaza, la negación de sus implicaciones y la búsqueda de información entre otras.

La segunda etapa, se refiere a que el control de los pensamientos y acciones pierden valor cuando el acontecimiento amenazante ha empezado o terminado, y por consecuencia al individuo comienza a comprobar si es igual o peor de lo que él anticipaba y en qué aspectos; así encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que puede ejercerse sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia.

La tercera y última etapa, tiene que ver con el surgimiento de nuevas consideraciones en el que el individuo descubre la realidad de lo que esta ocurriendo y lo que puede hacer al respecto, siendo esto lo que afecta al afrontamiento.

Así las cosas, a pesar de que el acontecimiento estresante haya finalizado, el analizar suscita todo un conjunto de nuevos procesos anticipatorios; inclusive el período de impacto contiene una serie de procesos de evaluación y afrontamiento dirigidos no solo al pasado y al presente sino también al futuro, ya que los daños ocurridos contienen también elementos de amenaza en un sentido anticipatorio.

Es importante señalar, que desde este enfoque, las etapas no pueden ser consideradas como fases invariables que sigan un orden secuencial inalterable; por el contrario, y según las investigaciones empíricas sobre el afrontamiento no se puede identificar un patrón normativo en la secuencia de las etapas, más bien, estas fases se suceden según los individuos y según las situaciones Martínez y Solís, (2001), además, es de considerar que el afrontamiento dispone de ciertas funciones que también pueden contribuir a la forma cómo se establezca la secuencia de tales etapas. En el siguiente punto, se describirán dichas funciones y

su repercusión en el modo de recuperación referente al evento estresante o de enfermedad.

3.1.2 Funciones del afrontamiento.

Por otro lado, lejos de que el afrontamiento sólo sirva para resolver algún problema, también tiene una función, la cual tiene que ver con el objetivo que persigue cada estrategia independientemente del resultado a obtener. Puede decirse entonces que existen funciones de afrontamiento que pertenecen a contextos específicos como salud y enfermedad, exámenes, crisis políticas, económicas, etc.

Como lo manifiesta Lazarus (1986, cit. en Guillén y Palomares, op.cit.), el proceso de afrontamiento cuenta con dos funciones principales: afrontamiento dirigido al problema y afrontamiento dirigido a la emoción. En el primero, el proceso está dirigido a manipular o alterar el problema y en el segundo, existe una orientación a regular la respuesta emocional a que el problema en particular da lugar. En este último, prevalece la creencia de que no se podrá hacer nada para modificar las condiciones adversas; mientras que el afrontamiento dirigido al problema aparecerá cuando las condiciones son evaluadas con posibilidades de cambio.

Es interesante, como en estas funciones del afrontamiento se encuentran inmersos aspectos psicológicos muy valiosos que involucran las creencias, valores, actitudes, etc. que pueden considerarse rasgos particulares de los individuos, pero que también se encuentran vinculados con los contextos sociales.

Se ha afirmado que el afrontamiento se encuentra determinado por la evaluación cognitiva y decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también cuenta con la

habilidad para aplicarlos ante distintas demandas del entorno. Dichos significados comparten la idea de que los recursos son algo atribuibles a uno mismo.

De acuerdo con lo anterior, Antonovsky, (1979, cit. en León, op.cit.) ha empleado el término recursos generalizados de resistencia para describir las características que facilitan el manejo del estrés, los cuales disponen de una gran variabilidad de afrontamiento en términos del individuo, como son: la salud y la energía (recursos físicos); las creencias positivas (recursos psicológicos) y las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas; el resto de las categorías son más ambientales e involucran los recursos sociales y materiales.

Con referencia a las creencias positivas, es importante señalar que Lazarus y Folkman (op.cit.) le otorgan una característica especial al establecer que verse a uno mismo de manera positiva se puede considerar como recurso psicológico de afrontamiento. En esta categoría se incluyen aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (por ejemplo un médico) o un programa determinado (por ejemplo, un tratamiento) resultarán eficaces. La esperanza sólo existirá cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable.

No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. Por ejemplo, la creencia en un Dios castigador puede llevar al individuo a aceptar una situación perturbadora como un castigo divino y a no hacer nada para dominar o manipular las demandas de tal situación.

Con base en todo lo que se ha hablado acerca del proceso de afrontamiento resulta acertado mencionar que este tópico ha sido estudiado en diferentes investigaciones, sobre todo en el área de la salud-enfermedad; por

ejemplo, en un estudio realizado por Feifel y cols., (1987, cit. en Guillén y Palomares, op. Cit.), los cuales evaluaron el uso y eficacia de tres estrategias de afrontamiento mayores (confrontación, evitación y aceptación-resignación) en pacientes masculinos con cáncer, encontraron que el uso de la confrontación estaba significativamente relacionada con el tratamiento de por vida de la enfermedad, además de que se presentaba con mayor frecuencia en aquellos sujetos que percibían su enfermedad como algo serio y eran extrovertidos; mientras que el uso de la evitación como afrontamiento fue más prevalente en la clase socioeconómica baja, y quienes emplearon la aceptación-resignación como estrategia, exhibían pocas expectativas de recuperación y estaban carentes de esperanzas.

Asimismo, en un estudio realizado por Holland (1986, cit. en Martínez y Solís, op. cit.) acerca del afrontamiento y de la adaptación al cáncer, concluye que aquellas estrategias de afrontamiento que promueven una respuesta activa para la solución de un problema eran las más efectivas. De la misma manera, encontró que el afrontamiento en la enfermedad es un proceso dinámico ya que cambia en función de las circunstancias con respecto a su sobrevivencia, futuro, autoestima, realización del éxito y relaciones interpersonales (apoyo social)), siendo el aislamiento social entre otros factores inherentes al comportamiento de los sujetos, un factor importante para que el paciente de cáncer se encontrara en riesgo de afrontar la enfermedad.

Cabe señalar que en muchas otras investigaciones, se ha encontrado también que el apoyo social es reconceptualizado como facilitador de afrontamiento, puesto que la presencia de una red social esta relacionada al afrontamiento (Gómez y cols.; op. cit.), por esta razón es necesario abordar detenidamente en el siguiente apartado la definición y concepto de apoyo social.

3.2 Concepto de Apoyo Social.

El entorno social proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe conseguir sobrevivir, evolucionar y afrontar las diversas situaciones que se le presente. Desde hace tiempo se sabe, de forma intuitiva, que las personas obtienen sustento y apoyo a partir de sus relaciones sociales, lo que en cierto modo resulta obvio, no así, la manera en como lo consiguen.

En la actualidad, a través de diversas investigaciones, se ha logrado un gran avance sobre el conocimiento e identificación de los tipos de apoyo social, así como de los elementos efectivos para proporcionarlo, y sobre diversas situaciones en las que funciona.

Se han propuesto algunas teorías acerca del apoyo social, entre las que figuran las mencionadas por Stewart (cit. en Rowland, 1989) y que se describen a continuación:

Teoría de la atribución. La cual postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su medio ambiente de acuerdo a la importancia relativa, asignada a factores internos (persona) o externos (medio ambiente). Cuando un individuo asigna la culpa al origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.

Teoría de afrontamiento. La cual considera que el apoyo social puede funcionar como una estrategia de afrontamiento asistido, para proporcionar las fuentes o recursos requeridos, con el fin de controlar las necesidades específicas evocadas por el estresor, redirigiendo así el uso de la estrategia para la solución de los problemas, a la vez que proporciona ayuda tangible o emocional.

Teoría del intercambio social. Establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambios en las relaciones.

Teoría de la comparación social. La cual postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a facilitar información sobre sus características, opiniones conductas y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social como evaluación tiene por objeto el exaltar e valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación, es semejante al concepto de comparación social.

Resulta conveniente señalar que son muchas y variadas las definiciones que se han propuesto sobre el concepto de apoyo social, el cual algunas veces ha sido definido en términos de la existencia o cantidad de relaciones sociales, o en términos de un tipo particular de relación social como el matrimonio, la amistad, o la pertenencia a una organización. En otras ocasiones ha sido definido en términos de la estructura de las relaciones sociales de la persona, o bien, en términos del contexto funcional de dichas relaciones en las que se integran elementos afectivos o emocionales, instrumentales o tangibles, de información, etc.

El apoyo social fue postulado, en origen, como una importante variable para la prevención de psicopatologías, campo en el que fue estudiado formalmente por Caplan (1974, cit. en Buendía, 1999), quien consideró al apoyo social como una misión entre sujetos o entre sujetos y grupos que sirve para mejorar la competencia adaptativa para tratar con acierto tensiones y privaciones psicológicas a corto plazo. De esta manera, el apoyo social permite al sujeto enfermo manejar emocionalmente un evento estresante.

Según Sarason (1983, cit en Morales y cols, 2001), el apoyo social se define en relación con las interacciones que ocurren en las relaciones sociales, especialmente la forma como son evaluadas por el individuo en cuanto a su calidad como soporte. Asimismo, sostiene que el apoyo social consta de dos elementos:

- 1) la cantidad de “otros disponibles” a los cuales los individuos piensan que pueden dirigirse en momentos de necesidad, y
- 2) el grado de “satisfacción” que los sujetos anticipan del apoyo que perciben disponible.

Thoits (1983) define al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Dichas necesidades son: filiación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Tales necesidades realmente fundamentales en un individuo normal y, por supuesto, enfermo, deben de ser satisfechas por la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y aceptación) así como la provisión d ayuda instrumental (consejo, información, ayuda con la familia o con el trabajo, ayuda económica, etc.).

De acuerdo con House y Kanh (1983, cit. en Myers, 2000) se distinguen dos características del apoyo social: funcionales y estructurales.

- **Funcionales.** Las cuales hacen referencia al contenido de las relaciones de apoyo manifestado a través de diversos tipos de actividades. Incluyen la cercanía emocional o intimidad (apoyo emocional), la provisión de bienes y servicios (apoyo instrumental o tangible), el proporcionar consejo o información (apoyo informativo), el compartir actividades recreativas (socialización), y el sentido de pertenencia.
- **Estructurales.** El concepto de red de apoyo personal recoge el aspecto estructural del apoyo social. Ello se refiere a los vínculos existentes entre las personas que proveen apoyo a una persona en particular. La concepción estructuralista del apoyo está enmarcada dentro del concepto de red social, definiéndose ésta como un patrón persistente de relaciones entre posiciones sociales y que a su vez implica dimensiones tales como el tamaño de la red (el

número de personas que proveen apoyo a una determinada persona), la densidad (grado de interrelación entre las personas que proporcionan el apoyo), la fortaleza (frecuencia de contactos con los proveedores de apoyo) y la dispersión geográfica (localización geográfica de las personas respecto a la persona implicada).

Desde su consideración como un proceso psicosocial y la correlación positiva que tiene con la salud, se destacan dos efectos del apoyo social (Bartolomé y cols. op. cit.) :

- Un efecto directo al fomentar la salud y el bienestar, independientemente del nivel de estrés que viva el sujeto, disminuyendo la susceptibilidad a la enfermedad física por su efecto en el sistema inmunitario. Así, si un individuo está integrado en su red social gozará de mayor bienestar psicológico debido a las experiencias positivas, estabilidad y autoestima que le proporcionen unas adecuadas redes sociales.

De esta manera, el apoyo social puede producirse a través de las siguientes posibilidades, de acuerdo con Morales y cols, (op. cit.):

1. Penetración social (participación social que aumenta la sensación de autoestima y poder)
2. Pertenencia (la sensación de pertenencia incrementa el poder)
3. Estima social (el respeto de los demás aumenta la autoestima y ésta a su vez, el bienestar)
4. Acontecimientos placenteros (la interacción positiva con los demás produce bienestar)
5. Identidades sociales (como consecuencia de formar parte de unas redes sociales).

- Un efecto indirecto o protector, al amortiguar el impacto de los sucesos vitales estresantes que viven las personas. Desde esta perspectiva, el individuo ante determinados eventos moviliza un fuerte sistema de apoyo social que amortigua y reduce la importancia percibida del problema planteado y consecuentemente sus efectos perjudiciales para la salud.

Los efectos de amortiguación del estrés producidos por el apoyo social pueden ser ubicados en dos puntos:

a) El primero puede intervenir entre el evento estresor y la respuesta o reacción al estrés previniendo o atenuando el proceso de evaluación. En otras palabras, la percepción de que otros pueden y deben proporcionar los recursos necesarios puede redefinir la potencialidad dañina de la situación y/o reforzar la habilidad percibida de afrontamiento previniendo que una situación particular sea evaluada como altamente estresante.

b) El apoyo adecuado puede intervenir entre la experiencia del estrés y el inicio de los efectos patológicos, reduciendo o eliminando la reacción al estrés o influyendo directamente sobre los procesos fisiológicos.

Ahora bien, concibiendo el apoyo social como un sistema significativo en el mantenimiento del bienestar físico y psicológico del individuo, Jung (1990, cit. en Rodríguez, op. cit.), señala que las funciones del apoyo social a través de los grupos sociales son:

- 1) Permitir compartir problemas comunes.
- 2) Proporcionar intimidad.
- 3) Prevenir el aislamiento.

- 4) Definir las competencias mutuas.
- 5) Proporcionar elementos de referencia.
- 6) Ofrecer asistencia en las crisis.

Asimismo, es importante mencionar que el apoyo social también se ha diferenciado o concebido a partir de su consideración formal e informal, señalando que dentro del primero pueden identificarse como ejemplo los servicios de asistencia social y psicoterapia proporcionada por los profesionales, y dentro del segundo, se incluye a los familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc. (Myers, op. cit.).

También, resulta conveniente señalar que algunos autores establecen la diferencia entre apoyo objetivo, el real o recibido, y el apoyo subjetivo, el percibido por el individuo, pues algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas aunque no reciben apoyo. De esta forma, se considera al apoyo social como la percepción que tiene el sujeto a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es cuidado y amado, valorado y estimado (Turner, 1986).

La percepción resulta afectada por las características permanentes o estables del medio físico, social, cultural, y por el tipo de relaciones que el individuo establece con dicho medio. Además, la relación no es unidireccional, el medio afecta las percepciones de los hombres, pero éstos, a su vez, afectan y transforman el medio ambiente en función de su desarrollo cultural y social (Salazar, 1979).

Así, todo individuo ha de aprender a participar de manera efectiva en la sociedad; la competencia necesaria para hacerlo, la debe adquirir, principalmente a través de las relaciones interpersonales. El individuo puede evaluar constantemente su competencia gracias a la interacción con sus padres, maestros, superiores y amigos, quienes lo exhortan, evalúan, premian y castigan.

Las personas importantes que intervienen en su vida dirigen y prescriben parcialmente su conducta, y su censura o aprobación, ayudan a determinar su entrega emotiva al comportamiento responsable (Brim, 1965; cit. en Grinder, 1987).

El sentido que tenga de su competencia y finalmente, el concepto que posea de sí mismo o su identidad dependerá de lo bien que asimile las expectativas ajenas en su estilo de vida personal. Aprende a vivir de acuerdo con los estándares de ciertas personas trascendentes para él, mientras que se resiste a los de otras.

De acuerdo con Grinder (op. cit) la personalidad propia de cada individuo depende de la trascendencia que tienen para él las personas con quienes trata, de los tipos de comportamiento que se le presentan en sus modelos y de las maneras como asimila las nuevas expectativas y las experiencias anteriores, de ahí que cada individuo elija un tipo de apoyo social en particular, puesto que el apoyo social se ha dividido en diferentes tipos, mismos que se describen a continuación.

3.2.1 Tipos de Apoyo Social.

Diversas investigaciones han clasificado al apoyo social en varios tipos (Cohen & McKay, 1984; Cutrona & Rusell, 1990; House, 1984; Schaefer, Coiné & Lazarus, 1981; Wills, 1984), de los que se distinguen cinco tipos básicos, enumerados a continuación:

1. Apoyo Emocional. Involucra la expresión de empatía, cuidados y preocupación por una persona. Proporciona a la persona la sensación de bienestar, confianza, pertenencia y el sentirse amado en momentos de estrés. El sujeto tiene personas que le brindan cariño y seguridad.

2. Apoyo a través del aprecio. Este se presenta a través de las expresiones positivas, con el acuerdo o aprobación de las ideas o sentimientos de la persona, o haciendo comparaciones positivas sobre el individuo. Este tipo de apoyo ayuda a la persona a construir su autoconcepto y su capacidad de competencia.

3. Apoyo tangible o instrumental. Es particularmente importante en el caso del enfermo. La ayuda proporcionada por otras personas para hacer frente a las responsabilidades cotidianas o en la resolución de problemas prácticos en el caso de enfermos con incapacidades, es fundamental; por otro lado, la ayuda económica en determinadas enfermedades crónicas resulta decisiva para poder afrontarlas.

4. Apoyo a través de la información. Hace referencia a la información, sugerencias, advertencias, retroalimentación o guía que se le proporciona al enfermo. La información ayuda a comprender la enfermedad y a adaptarse a los cambios que la acompañan.

5. Apoyo a través de las redes sociales. Estas brindan la percepción de pertenencia a un grupo de personas con las que se comparten intereses, metas, experiencias y actividades sociales.

Es importante destacar que la clasificación del apoyo social en diferentes tipos, no refiere propiamente que alguno sea más importante que otros, simplemente, es una forma de organizar las diferentes formas en que un individuo puede recibir apoyo a través de otros y en cuyas investigaciones se busca identificar qué tipo de apoyo suele ser más gratificante que otro por sus repercusiones en la salud.

De la misma manera, en torno al apoyo social, de acuerdo a varios autores la composición y estructura de la red social se encuentra determinada por variados factores, entre los que figuran:

- a) El tamaño de la red, es decir, el número de personas con las que regularmente se tiene contacto.
- b) La frecuencia del contacto, es decir, que tan a menudo se ve a las personas de la red.
- c) La composición, es decir, si las personas que integran la red son parte de la familia, de las personas del trabajo, amistades o personas de otros grupos sociales.
- d) La intimidad que se establece con los miembros de la red, es decir, con que personas se tiene una relación cercana de bienestar mutuo y de confianza.

Indudablemente, la composición y estructura de las redes sociales son factores de gran peso que incidirán en la satisfacción que pueda experimentar un individuo al percibirse perteneciente a un grupo con características específicas de interacción e intercambio social.

En este sentido, consideraríamos que dentro del marco de enfermedad el apoyo social, incluyendo los tipos en los que se clasifica y considerando la estructura y composición de las redes sociales, es un factor que puede amortiguar el manejo de la enfermedad como ya se mencionó anteriormente y no solamente considerando el apoyo de familiares y amigos sino también, considerando el apoyo que puede brindar el profesional de la salud, en virtud de concebir esta relación de tipo social, la cual se desarrolla en un marco de referencia concreto y

particular y que resulta importante en el sentido de que el individuo enfermo encuentre la manera de afrontar su enfermedad.

3.3 La Relación entre el Profesional y el Paciente.

A lo largo de la historia, la relación paciente-profesional de la salud se ha ido modificando de diversas maneras, dependiendo en cada momento de diferentes circunstancias, tanto ideológicas como sociales y económicas. Si tradicionalmente se ha venido confiando al médico el establecimiento de la salud de la persona enferma, en la actualidad, los avances en el campo de la medicina han dado lugar a una gran diversificación técnica, que ha traído como consecuencia la multiplicidad de funciones y cometidos, de modo que ya no es el médico el único responsable del cuidado y curación de los enfermos.

La relación profesional de la salud-paciente se puede entender como la que se establece cuando el profesional aplica sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico, cuidado y tratamiento de un enfermo. La finalidad es devolver la salud al paciente, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. (Bartolomé y cols., op. cit.)

La relación entre el profesional de la salud y el paciente es una relación humana específica que se concreta en dos puntos: se trata de una relación de ayuda y de una relación técnica, además de darse en un marco social concreto y que se establece como una interacción personal directa.

Así, podemos señalar que la relación entre un paciente y el profesional encargado de su cuidado es de tipo social, y se define a partir de los estatus y roles que cada uno asume, en los que se da una situación de asimetría (superior/inferior) y una distribución desigual del poder, pues el profesional es el que posee los conocimientos, tiene la iniciativa, toma las decisiones e incluso

define los comportamientos. Naturalmente existen diferencias específicas en función de la finalidad del tipo de enfermedad y de las circunstancias concretas en las que se da la relación.

Si tenemos en cuenta el eje actividad-pasividad, considerando la dinámica de relación que se establece entre profesional y enfermo, así como su situación y el prototipo a que da lugar, encontramos tres modalidades (Bartolomé, op. cit.), que son:

- a) La primera hace referencia al protagonismo casi absoluto que recae en el profesional, comportándose el paciente de forma totalmente pasiva; esta circunstancia se da en situaciones tales como intervenciones quirúrgicas, estados graves que requieren urgencia inmediata, estados de agitación o de coma, etc. El prototipo de esta relación sería el de madre-lactante.
- b) En la segunda modalidad, el profesional lleva la dirección y el paciente coopera en la relación; ésta se da en las enfermedades agudas, siendo el prototipo la relación que se establece entre padres e hijos.
- c) Por último existiría una relación de participación conjunta, la cual se da en las enfermedades crónicas así como en las fases postoperatorias y postraumáticas, y cuyo prototipo sería el que representa la relación establecida entre dos adultos.

Es importante mencionar que actualmente el esquema de la relación profesional-paciente ha sufrido profundos cambios debidos a una gran variedad de causas entre las que destacan las de índole sociocultural y política y las que se derivan del cambio de la propia asistencia sanitaria.

Según Winefield (1992, cit en Morales,1997), la satisfacción del paciente se ha relacionado fundamentalmente con la comunicación con el profesional sanitario respecto a sus habilidades interpersonales, la información y el respeto o afecto en el trato. En la misma línea y desde un punto de vista global distingue tres dimensiones principales en las habilidades fundamentales del médico: socioemocional (habilidades tales como alentar, estimular), centradas en la tarea (dar explicaciones, información) y la centrada en la interacción.

Actualmente el enfermo es menos dependiente y está empezando a actuar de igual a igual frente al profesional, poniendo en entredicho el tipo tradicional de relación basada en la autoridad paternalista del profesional. Esto supone un cambio radical en la relación, pasando de la ética de beneficencia a la ética de autonomía, de modo que aquí se pretende lo mejor para el paciente, pero éste es quien decide que es lo mejor.

De esta manera podemos establecer que nos encontramos ante un nuevo modelo de relación paciente-profesional, que se basa en la corrección de la asimetría tradicional y que fomenta la relación de participación conjunta (prototipo adulto-adulto).

Es importante señalar que la satisfacción del profesional sanitario también es una medida de la calidad de la asistencia. Como en el caso de la satisfacción del paciente, la comunicación es un elemento importante y en general, el comportamiento del paciente que satisface al profesional sanitario puede valorarse a partir de dos dimensiones: la obediencia/resistencia en relación con el profesional sanitario y el sometimiento/rebeldía respecto a las normas del centro sanitario (Morales, 1999).

Cuando la relación con el profesional de la salud se caracteriza por la falta de comunicación, el paciente suele presentar comportamientos inadecuados y/o preocupaciones desproporcionadas en relación con sus síntomas. Así mismo, el

profesional de la salud se olvida con mucha frecuencia de que el paciente tiene derecho a recibir información clara y objetiva de su enfermedad, y que tal información debe ser proporcionada en términos comprensibles para él y sus familiares. En contraparte, lo ideal sería que la información sobre el proceso de enfermedad sea completa, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y las diferentes posibilidades de tratamiento.

Son muchas las investigaciones que señalan que una adecuada relación profesional-paciente tiene efectos positivos en la cooperación y motivación del paciente en lo que se refiere a la curación, y es un factor decisivo en el afrontamiento de la enfermedad.

Los enfermos señalan como aspectos relevantes en la relación con el médico: lo afectuoso de las relaciones, la satisfacción con los resultados y cuidados, la información, la discusión sobre las causas de la enfermedad, la personalidad del médico, el grado de preocupación que muestra, el soporte psicológico y la comunicación no verbal positiva (Bartolomé y cols., op. cit.)

Este último señalamiento habla sin duda de la relación existente entre el apoyo social y el afrontamiento hacia la enfermedad, en donde pareciera que tal relación es positiva; en este sentido, es de carácter necesario revisar con mayor detenimiento dicha relación y sus efectos en el proceso de la enfermedad.

3.4 Apoyo Social y Afrontamiento: su relación con la Enfermedad.

La amplitud y consistencia de la investigación sobre los efectos del apoyo social en el mantenimiento de la salud ha aumentado considerablemente en los últimos años. Estos estudios han puesto de manifiesto que el apoyo social no solo puede actuar como soporte para mantener la salud, sino que también puede

prevenir un desajuste psicológico en momentos de estrés ante determinados acontecimientos de la vida.

En este sentido con el apoyo de los “otros”, el enfermo es capaz de mejorar, afrontar, preservar y enfrentarse con la enfermedad e incluso con la propia muerte. Para el enfermo, el apoyo social establece la diferencia entre abandonar la esperanza y no ceder, entre querer vivir y desear vivir.

Para que las personas se sientan bien con respecto a sí mismas y a su vida es necesario que estén integrados en una estructura social. Este apoyo social puede ayudar a los sujetos a prevenir el estrés pues atenúa las experiencias dañinas o amenazantes y proporciona recursos para su afrontamiento positivo una vez desencadenadas las situaciones (Folkman y cols, 1986).

Con base en lo anterior, Cutrona y Troutman (1986 cit. en Moro, 1993) encontraron que el apoyo social es un factor predictivo de la evaluación del sujeto sobre los eventos estresantes y que por lo tanto es determinante de los estilos de afrontamiento que utilizará, fomentando así la autoeficacia en su adaptación.

Asimismo, se han llevado a cabo estudios en los que no se pretende especificar la influencia de una variable sobre la otra, en este caso afrontamiento y apoyo social, sino que únicamente se desea encontrar un patrón en cuanto a la relación entre estas variables. Tal es el caso de una investigación realizada por Dunkel y cols. (1992) en donde los sujetos de una comunidad quienes afrontaban una situación estresante a través de centrarse en el problema, mostraban estar mas propensos a recibir un alto nivel de apoyo (apoyo emocional, instrumental, de información) en comparación con aquellos que ocupaban una conducta afrontativa centrada en la emoción.

Se ha encontrado también que el afrontamiento es un determinante importante para que se de el apoyo social puesto que en un estudio experimental

realizado por Schwarzer y Weinier (1991, cit. en Rodríguez, op. cit.) demostró que el interés de las personas por dar apoyo era más alto cuando un individuo se encontraba en una situación estresante (ficticia) y ocupaba un afrontamiento centrado en el problema. Se encontraron también como determinantes aquellas señales de necesidad de ayuda que la gente muestra estando bajo estrés.

En cuanto a la influencia del apoyo social en las estrategias de afrontamiento durante la enfermedad se ha encontrado que en muchos casos los pacientes son provistos de una variedad de conductas de apoyo de otros dirigidas a facilitar su adaptación, para ayudar a mantener su identidad, integración social y su autoestima durante una situación alterada de la vida. Uno de los efectos directos o indirectos del apoyo social podría ser que la conducta de afrontamiento de los pacientes se altere y que este apoyo intervenga más o menos directamente en la forma en que el paciente trate de llegar a término con su enfermedad (Cohen y Wills, 1985)

El rol del apoyo social y el afrontamiento son áreas de especial interés, de ahí que diversas investigaciones hayan demostrado que el apoyo social puede reducir o acrecentar el impacto negativo de la enfermedad argumentado que el apoyo social es reconceptualizado como facilitador de afrontamiento.

Se ha encontrado también que la presencia de una red social esta relacionado al afrontamiento, como por ejemplo Crokite y Moos (1984, cit. en Dunkel y cols, op. cit.) encontraron que las mujeres sin apoyo social estaban más cercanas a engancharse a la evitación como estrategia de afrontamiento; así mismo encontraron en otro estudio que aspectos estructurales de una red social del paciente con cáncer (estado civil, número de hijos y si la persona vive sola) estaban asociados con el afrontamiento y basados en estudios anteriores postulan que la ausencia de relaciones sociales debería estar asociado con más afrontamiento de tipo evitativo.

Por su parte Fernández-Ballesteros, (1992), observaron que las personas con mayor grado de apoyo ya sea familiar, de amistades o de vecinos reportan tener una mejor salud; de igual manera encontraron que hay una asociación significativa entre la edad y el apoyo social, esto quiere decir que, a partir de los 65 años y conforme va avanzando la edad existe un menor número de contactos sociales.

Por otro lado en un estudio realizado por Dunkel y cols. (op.cit.) se encontró que los pacientes de cáncer buscan más el apoyo social después de transcurrido cierto tiempo de haberseles diagnosticado la enfermedad, concluyendo que el sujeto durante el inicio de su enfermedad puede vacilar entre un afrontamiento de evitación o de buscar apoyo social.

Dichos autores, encontraron cuatro patrones de afrontamiento en pacientes con cáncer los cuales son: búsqueda de apoyo social centrado en lo positivo; distanciamiento; escape-evitación cognitiva y escape-evitación conductual. Por las características de la población de este último estudio (muestra amplia y heterogénea de pacientes con cáncer); así como los encontrados en muestras amplias con residentes de una comunidad escolar (los cuales experimentaron una variedad de eventos estresantes), se encontraron los mismos patrones de afrontamiento, por lo que dedujeron que todo parecía indicar que tales patrones podrían ser representativos de dimensiones universales de afrontamiento y que no son específicos del cáncer.

Para Buela-Casal y Virués (2000), el rol del apoyo social y el afrontamiento son áreas de especial interés debido a que un gran número de estudios ha demostrado que el apoyo social puede reducir o acrecentar el impacto negativo de la enfermedad, de hecho estos autores argumentan que el apoyo social no solamente se limita al apoyo de seres humanos, sino también al que pueden proporcionar algunos animales (como mascotas), sobre todo en la vejez, puesto que en dicha etapa de la vida, las redes sociales disminuyen; inclusive señalan el

posible campo de aplicación de programas de incremento de apoyo social en este tipo de poblaciones mediante la introducción de animales de compañía, considerando que así se lograría un mejor afrontamiento hacia la enfermedad.

La evidencia empírica acumulada en los pasados años, en términos generales apoya la existencia de una asociación positiva entre el apoyo social y la salud, algunos autores han concluido que el apoyo social se relaciona con la recuperación y el control efectivo de una enfermedad grave. Los pacientes de cáncer que han vivido significativamente más que otros en condiciones similares son aquellos que mantuvieron relaciones de cooperación y mutualidad con otras personas. De igual modo, las personas con redes de apoyo fuertes mostraron mayor motivación para darle seguimiento al tratamiento médico y mayor claridad en la comprensión de las consecuencias de no cumplir con el mismo (Di Matteo y Hays, 1981, cit. en Buela-Casal y cols, op. cit.).

Los mencionados autores también identificaron tres aspectos de la recuperación que se afectan positivamente por el apoyo social: la recuperación física, la de la función social y la socioemocional. La recuperación física se refiere al aumento en longevidad, mayor movilidad física, menor necesidad de medicamentos, reducción de síntomas y mayor rapidez en la cura. La recuperación de la función social incluye mayor productividad, definida en términos de aportaciones al trabajo y a la vida hogareña, reducción en el uso de servicios de salud y mayor cooperación con los regímenes médicos. La recuperación socioemocional se refiere al estado de ánimo y bienestar de la persona.

Algunos estudios han permitido identificar las características que aumentan o disminuyen la efectividad de las redes de apoyo. El apoyo más efectivo proviene de personas que tienen relaciones estrechas, mantienen contactos repetidos y son percibidas como poseedoras de motivaciones de aprecio, respeto y altruismo. También aumenta la efectividad si quien apoya es similar en edad, tiene el mismo trasfondo étnico e igual religión y educación que quien es apoyado. Estas

personas logran del paciente un mayor compromiso con su régimen médico a través de comunicación informal e influencia en sus actitudes (Levy ,1983, cit en Buela-Casal, y cols. op. cit.)

Aunque, comparativamente hablando se ha hecho poca investigación sobre los efectos de ser proveedor de apoyo social, Perrine (1993, cit. en Byrne op. cit.), indica que es posible que debido a las expectativas en lo que respecta a los roles masculino y femenino, las mujeres tienden a recibir apoyo social y a prestarlo a otros más que los hombres. Independientemente de las diferencias entre los sexos, las personas que se sienten ambivalentes con respecto a la expresión de sus sentimientos y que temen la intimidad, tienden a no recibir mucho apoyo social.

La influencia del apoyo social no solo se ha estudiado en relación con la enfermedad como tal, sino en diversos aspectos entre los que destaca el estrés, tal como pone de manifiesto Peñacoba (2001), quien realizó un estudio donde se analizó el papel de la autoestima y el apoyo social en la sintomatología asociada al estrés en una muestra de personal de seguridad, en donde los resultados pusieron de manifiesto una estructura bifactorial de la autoestima (aspectos positivos y aspectos negativos) y una estructura factorial que revela la importancia de cuatro aspectos básicos en el apoyo social: el apoyo financiero, el apoyo lúdico, el apoyo emocional (soporte emocional y consejos en situaciones difíciles y/o problemáticas) y el apoyo instrumental (consejo/guía y asistencia práctica en la resolución de problemas). Se advirtió igualmente que los sujetos con baja sintomatología se definen por una baja autoestima negativa, mientras que los sujetos con alta sintomatología lo hacen por un bajo apoyo emocional.

De manera general y de acuerdo a las investigaciones anteriormente descritas, se puede detectar que el apoyo social representa un mecanismo importante de afrontamiento hacia la enfermedad y que por lo tanto puede contribuir a la asunción del rol de enfermo con lo que el impacto hacia la

enfermedad se ve disminuido, con ello, se asume de manera resumida que el afrontamiento y el apoyo social se relacionan directamente en la forma cómo se responde a la enfermedad.

Indudablemente, conocer el impacto que puede tener el apoyo social en la enfermedad y su relación con el afrontamiento hacia la misma, en poblaciones específicas (poblaciones de riesgo tal vez) ayudaría en el campo de la psicología de la salud a diseñar y proponer estrategias muy particulares que permitan a tales poblaciones mejorar su calidad de vida ante una situación de enfermedad por un lado, y por otro, a diseñar estrategias de promoción de la salud enfocadas en el apoyo social.

CAPITULO IV

MÉTODO

Objetivo General:

Identificar las características de aquella población que recurre con mayor frecuencia a la búsqueda de apoyo social como mecanismo de afrontamiento hacia la enfermedad.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar la frecuencia hombres y mujeres recurren al apoyo social como mecanismo de afrontamiento hacia la enfermedad.
- 2) Identificar la frecuencia con que se recurre al apoyo social como mecanismo de afrontamiento hacia la enfermedad en las etapas de vida siguientes: de 17 a 30 años, de 31 a 45 años, de 46 a 60 años, y de 61 a 77 años.
- 3) Identificar la frecuencia con que recurren al apoyo social como mecanismo de afrontamiento hacia la enfermedad, poblaciones de diferente nivel escolar: primaria, secundaria, preparatoria, carrera técnica, profesional y ninguna.

Sujetos

Se tomó una muestra no probabilística de 985 sujetos. La edad establecida como criterio fue de 17 a 77 años, para ambos sexos.

La población estuvo conformada por:

- Usuarios del Sistema Salud: pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1° de octubre, y Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Comunidades: sujetos pertenecientes a una agrupación; sin importar sexo o nivel socioeconómico.
- Familias: conformadas por padre, madre e hijos.
- En instituciones (Sector Salud): prestadores de servicio, técnicos, enfermeras, administradores y profesionales como médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Escenario

- Sector Salud: salas de espera para consulta externa de los hospitales ya mencionados con anterioridad.
- Comunidades: sociedad de colonos del fraccionamiento Bosques de Aragón SC y sociedad de colonos de Lindavista SC.
- Familias: se solicitó la participación de las familias cuyos hijos asisten a los colegios: Escuela Primaria “Thomas Alba Edison” AC, Secundaria “Colegio Cultural México” AC, y Escuela Nacional Preparatoria Número 3 “Justo Sierra”, UNAM.
- Instituciones, profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Definición de Variables

Se determinó la relación existente entre las variables independientes con las variables dependientes, con base en los reactivos que evalúan cada una de las variables.

Variables Independientes: Sexo, edad, y nivel de escolaridad.

Variables Dependientes: Afrontamiento y Apoyo Social.

Materiales e Instrumentos

Materiales:

- 985 formatos de los instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud” (Ramírez y Cols, op. cit).
- Bolígrafos.

Instrumento:

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cols, (op. cit) Ver Anexo Num. 1.

- “Funcionamiento de la Salud” (FS), que consta de 5 subescalas con un total de 69 reactivos.
- “Funcionamiento Psicosocial” (FP), que consta de 4 subescalas con un total de 58 reactivos.

La confiabilidad del instrumento se obtuvo en el estudio “Psicología de la Salud. Hábitos Positivos para conservar un estado saludable” de Vega (op. cit.), por medio de un estudio piloto empleando una prueba Test - Retest en un grupo de 100 sujetos entre 18 y 80 años de ambos sexos en un intervalo de 3 semanas.

Para la presente investigación se utilizaron los siguientes reactivos:

Instrumento “Funcionamiento de la Salud”:

Escala	Reactivos
Respuesta a Enfermedad (Autoayuda, Ayuda Profesional, Ayuda Amigos, Ayuda espiritual y Paso del Tiempo)	2 al 14

Instrumento “Funcionamiento Psicosocial”

Escala	Reactivos
Afrontamiento (Total Afrontamiento)	19 al 24
Apoyo Social (Total Apoyo Social, Apoyo Emocional, Apoyo Informativo, Apoyo Tangible e Intercambio Negativo)	25 al 37

Ver anexo Num. 1.

PROCEDIMIENTO

La investigación fue transversal, no experimental y el análisis de los datos fue no paramétrico. El procedimiento constó de las fases siguientes:

I. Recopilación de los datos. Se seleccionaron los datos de los reactivos que competen a la presente investigación de los obtenidos en el estudio realizado por Vega (op. cit.) quien los obtuvo mediante el procedimiento siguiente: Se aplicaron los instrumentos FS y FP con previo consentimiento institucional y personal de cada individuo, en algunos casos (hospitales públicos), se administro grupalmente puesto que algunas salas de espera se encontraban hasta 25 pacientes al mismo tiempo; el investigador siempre estuvo presente. El tiempo estimado en resolver el instrumento constó de 20 minutos y se aplicó por una sola ocasión por cada sujeto.

Finalmente los datos se capturaron en el paquete estadístico computarizado SPSS.

II. Análisis de datos. Se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (JI cuadrada y coeficiente de Pearson) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD), con el programa computarizado SPSS.

III. Análisis de datos cualitativo. Este se realizó con base en los resultados obtenidos cuantitativamente.

CAPITULO V

RESULTADOS

Se llevó a cabo un análisis no paramétrico donde se utilizó la prueba ji cuadrada y el coeficiente de inteligencia de Pearson para determinar la relación entre las variables categóricas tomando como nivel de significancia .05.

De cada instrumento (FS y FP) se seleccionaron los reactivos relacionados con afrontamiento y apoyo social antes mencionados en el procedimiento, los cuales a su vez se relacionaron con las variables: sexo, edad y nivel de escolaridad.

Los resultados se presentan a continuación en tablas de contingencia cruzada puesto que cada una contiene dos variables incluyéndose también sus respectivas gráficas.

5.1 Características generales de la población.

La población muestra estuvo conformada por 985 sujetos (n=985).

- **SEXO**

Con referencia al sexo, se observó que el 45% de la población, perteneció al sexo masculino (n=443) y el 55% perteneció al sexo femenino (n=542) tal y como se muestra en la Tabla y Figura No. 1.

Tabla 1. Frecuencia del sexo de la población analizada.

Statistics

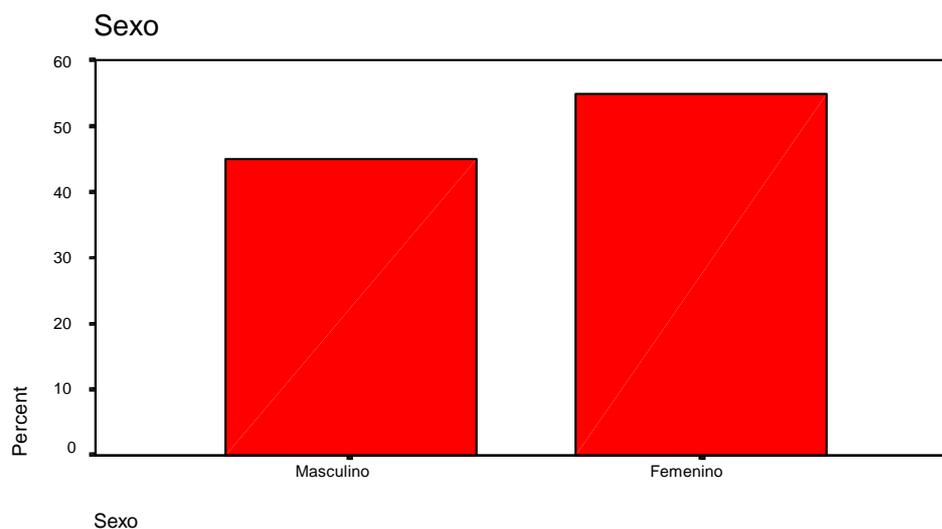
Sexo

N	Valid	985
	Missing	0

Sexo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	443	45.0	45.0	45.0
Femenino	542	55.0	55.0	100.0
Total	985	100.0	100.0	

Figura 1. Frecuencia del sexo de la población analizada.



- **EDAD**

Se encontró que la edad de los integrantes fluctuó entre los 17 y 77 años. Para obtener su descripción más detallada se conformaron 4 grupos:

Grupo 1: 17 a 30 años

Grupo 2: 31 a 45 años

Grupo 3: 46 a 60 años

Grupo 4: 61 a 77 años

Se observó que el 36.3% (n=358) de la población pertenece al segundo grupo que oscila entre los 17 y 30 años de edad; el 33.5%(n=330) perteneció al tercer grupo de edad; el 28.6% (n=282) se ubicó en el primer grupo de edad; mientras que el menor porcentaje se encontró en el último grupo de edad (n=14) contando con un 1.4%, tal como se puede observar en la Tabla y Figura 2.

Tabla 2. Frecuencia de edad de la población analizada.

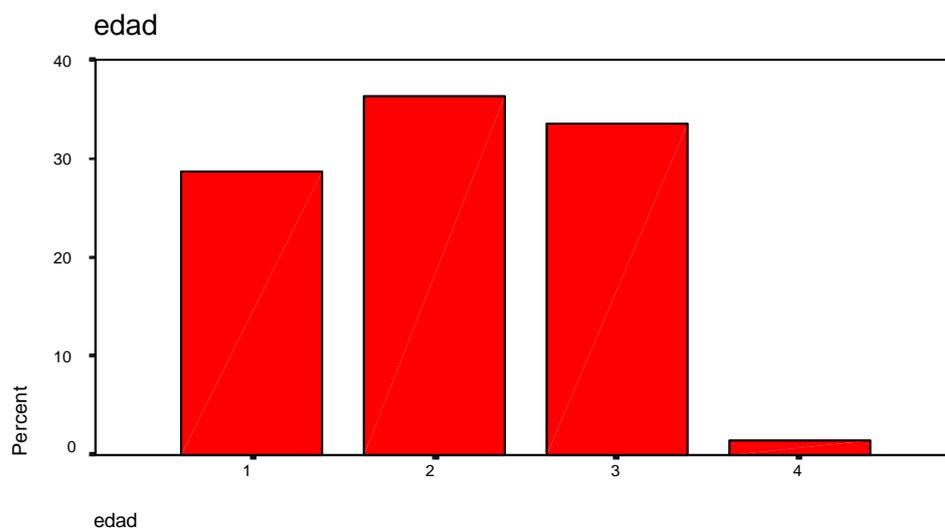
Statistics

edad

N	Valid	984
	Missing	1

edad					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	282	28.6	28.7	28.7
	2	358	36.3	36.4	65.0
	3	330	33.5	33.5	98.6
	4	14	1.4	1.4	100.0
	Total	984	99.9	100.0	
Missing	9	1	.1		
Total		985	100.0		

Figura 2. Frecuencia de edad en la población analizada.



- **ESCOLARIDAD**

Con respecto al nivel académico, se encontró que el mayor porcentaje de la población (33.6%; n=333) posee el grado de licenciatura; el 18.5% (n=182) cuenta con carrera técnica; el 16.2% (n=160) cuenta con nivel bachillerato; el 16% (n=158) cuenta con primaria; el 13.6% (n=134) cuenta con nivel secundaria y, por último, se observó que el menor porcentaje, se ubicó en la población que no posee

ningún grado académico con un 1.8% (n=18), como se observa en la Tabla y Figura 3.

Tabla 3. Frecuencia de escolaridad de la población analizada.

Statistics

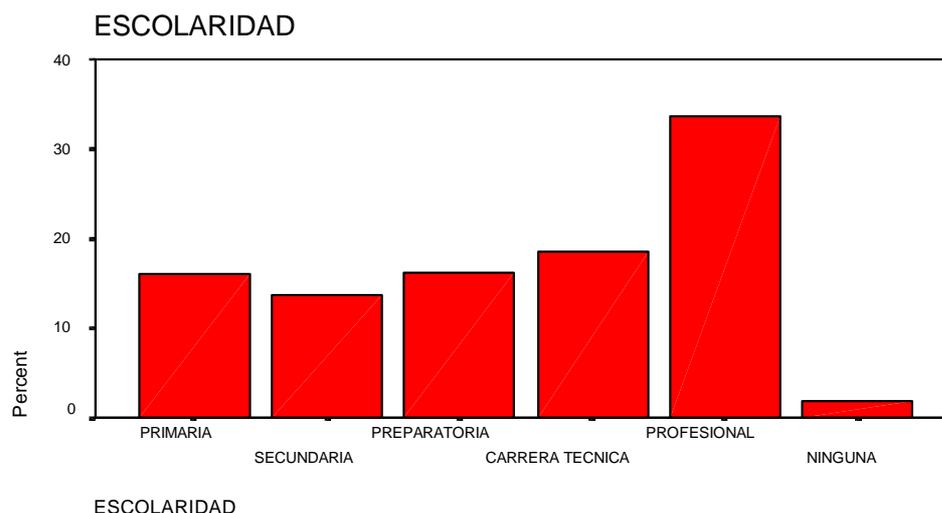
ESCOLARIDAD

N	Valid	983
	Missing	2

ESCOLARIDAD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PRIMARIA	158	16.0	16.1	16.1
	SECUNDARIA	134	13.6	13.6	29.7
	PREPARATORIA	160	16.2	16.3	46.0
	CARRERA TECNICA	182	18.5	18.5	64.5
	PROFESIONAL	331	33.6	33.7	98.2
	NINGUNA	18	1.8	1.8	100.0
	Total	983	99.8	100.0	
Missing	System	2	.2		
Total		985	100.0		

Figura 3. Frecuencia de escolaridad de la población analizada.



5.2 Afrontamiento y funcionamiento de la salud en el ámbito psicológico y social.

Para analizar el afrontamiento con relación a las variables de sexo, edad y escolaridad, se utilizaron ambos instrumentos (FS y FP); del primero, se emplearon las categorías de autoayuda, ayuda profesional, ayuda de los amigos, ayuda espiritual y paso del tiempo; mientras que del segundo, se consideró la categoría de total afrontamiento.

- **SEXO CON AUTOAYUDA.**
Reactivo Num. 4. Evitar tensión.

Se observó de manera general que la mayor parte de la población, un 44.3% (n=436) consideró que sí evita ponerse tenso como respuesta hacia una enfermedad, mientras que un 7.5% equivalente a 74 personas considera que probablemente no evitarían el ponerse tensos ante tal situación.

Al relacionar el sexo con evitar la tensión como respuesta hacia la enfermedad, se encontró que las mujeres consideran en un 51.6% (n=225) que sí la evitarían; mientras que los hombres consideraron esta posibilidad en un 48.4% (n=211).

Para determinar la relación del sexo con evitar tensión, se aplicó la prueba ji cuadrada cuyo valor de significancia es= .027, lo cual indica que el sexo sí esta relacionado con dicho rubro, considerándose así que, las mujeres tienden a evitar la tensión ante situaciones de enfermedad en mayor proporción que los hombres (Ver tabla y Figura 4).

Tabla 4. Sexo con Autoayuda.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Evitar tensión	984	99.9%	1	.1%	985	100.0%

Sexo * Evitar tensión Crosstabulation

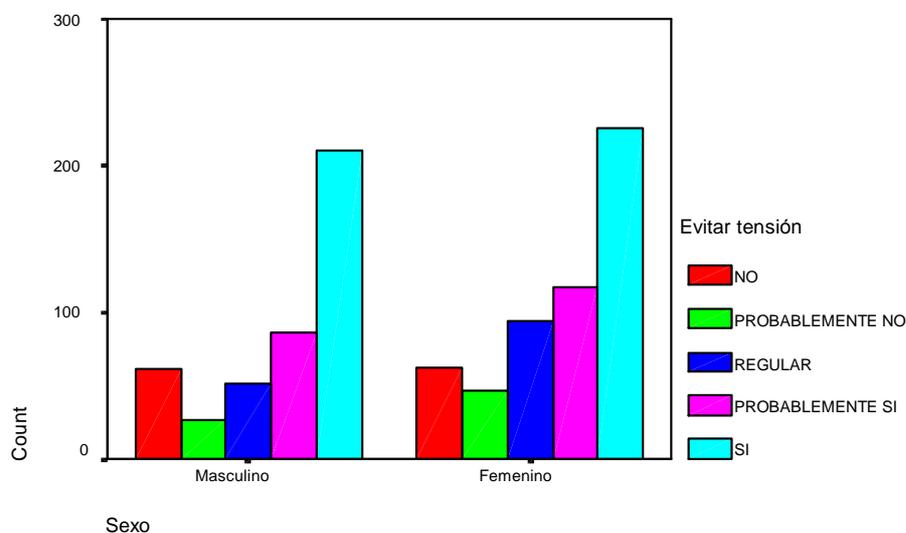
			Evitar tensión					Total
			NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
Sexo	Masculino	Count	62	27	52	86	211	438
		% within Evitar tensión	49.6%	36.5%	35.6%	42.4%	48.4%	44.5%
		% of Total	6.3%	2.7%	5.3%	8.7%	21.4%	44.5%
	Femenino	Count	63	47	94	117	225	546
		% within Evitar tensión	50.4%	63.5%	64.4%	57.6%	51.6%	55.5%
		% of Total	6.4%	4.8%	9.6%	11.9%	22.9%	55.5%
Total		Count	125	74	146	203	436	984
		% within Evitar tensión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	12.7%	7.5%	14.8%	20.6%	44.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.957 ^a	4	.027
Likelihood Ratio	11.060	4	.026
Linear-by-Linear Association	1.071	1	.301
N of Valid Cases	984		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32.94.

Figura 4. Sexo con Autoayuda.



- **EDAD CON AUTOAYUDA.**

En cuanto a evitar la tensión se pudo observar que el 44.4% de la población total (n=437) consideró que sí la evitaría, siendo de este porcentaje el segundo grupo de edad el que mayormente coincidió en tal percepción. De manera contraria, el 7.5% (n=74) de la población consideró con un probable no el hecho de evitar la tensión, de este porcentaje el primer grupo de edad coincidió

mayoritariamente. Cabe señalar que al realizar un análisis intragrupal, todos coincidieron en responder mayoritariamente en sí evitar la tensión.

Al relacionar la edad con evitar la tensión hacia la enfermedad, se encontró que la población del segundo (51.2%, n=64) y el cuarto grupo de edad (4%, n=5) respondieron mayoritariamente en el rubro de no evitarla; mientras que el tercer (32.4%, n=24) y cuarto grupos (38.4%, n=56), respondieron en el rubro probablemente no y regular respectivamente. (Ver Tabla y Figura 5).

Al aplicar la prueba ji cuadrada se obtuvo una sig.=.000, lo que indica al parecer que la edad está relacionada con el hecho de evitar la tensión hacia la enfermedad. De acuerdo a esto, puede argumentarse que el segundo grupo de edad suele ser más propenso a evitar la tensión, al mismo tiempo que tiende en comparación a los demás grupos en menor medida a no evitarla.

Tabla 5 Edad con Autoayuda.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Evitar tensión	985	100.0%	0	.0%	985	100.0%

edad * Evitar tensión Crosstabulation

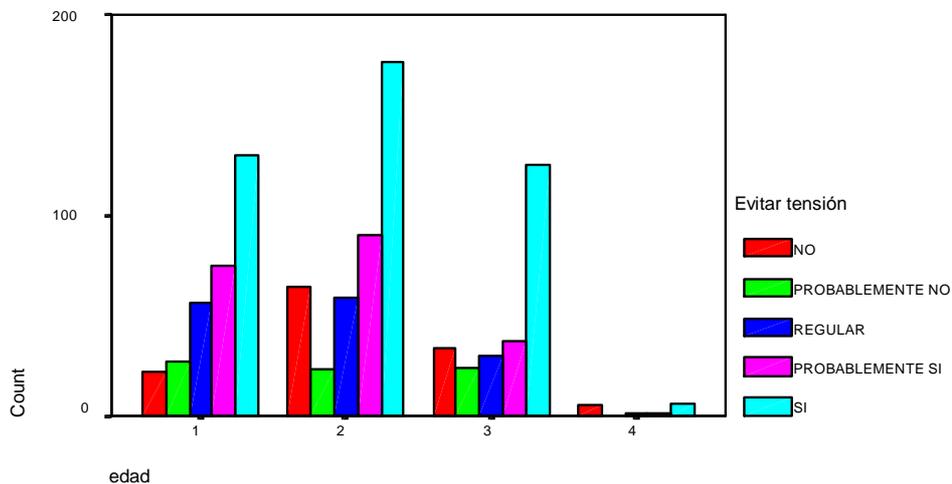
			Evitar tensión					Total
			NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
edad	1	Count	22	27	56	75	130	310
		% within Evitar tensión	17.6%	36.5%	38.4%	36.9%	29.7%	31.5%
		% of Total	2.2%	2.7%	5.7%	7.6%	13.2%	31.5%
	2	Count	64	23	59	90	176	412
		% within Evitar tensión	51.2%	31.1%	40.4%	44.3%	40.3%	41.8%
		% of Total	6.5%	2.3%	6.0%	9.1%	17.9%	41.8%
	3	Count	34	24	30	37	125	250
		% within Evitar tensión	27.2%	32.4%	20.5%	18.2%	28.6%	25.4%
		% of Total	3.5%	2.4%	3.0%	3.8%	12.7%	25.4%
	4	Count	5		1	1	6	13
		% within Evitar tensión	4.0%		.7%	.5%	1.4%	1.3%
		% of Total	.5%		.1%	.1%	.6%	1.3%
Total	Count	125	74	146	203	437	985	
	% within Evitar tensión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	12.7%	7.5%	14.8%	20.6%	44.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.200 ^a	12	.000
Likelihood Ratio	36.761	12	.000
Linear-by-Linear Association	1.132	1	.287
N of Valid Cases	985		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .98.

Figura 5. Edad con Autoayuda.



- **ESCOLARIDAD CON AUTOAYUDA.**

De acuerdo con la Tabla y Figura 6, el 44.3% (n=436) de la población total, se identificó con el rubro de sí evitar la tensión como respuesta hacia la enfermedad; en comparación a un 7.5% (n=74) que consideró que probablemente no evitaría la tensión.

Al relacionar el nivel de escolaridad con evitar la tensión ante una situación de enfermedad, se observó que la población de todos los niveles escolares coincidió en considerar que sí evitarían la tensión, dado que sus porcentajes fueron los siguientes, primaria 5.6% (n=559); secundaria 5.3%, (n=52); preparatoria 7.7% (n=76); carrera técnica 9.6% (n=94); profesional 15% (n=148) y ningún nivel escolar 1.1% (n=11). En términos generales es claro enfatizar que de acuerdo a lo anterior, conforme va en aumento el grado de nivel académico, es mayor la frecuencia de los que sí evitarían la tensión y menor el número de los que no la evitarían.

Al aplicar la prueba de la ji cuadrada se observó una sig.=.000, por lo que se establece que la edad está relacionada con el hecho de evitar tensión ante una situación de enfermedad, interpretándose así, que a mayor grado académico es mayor la disposición para evitar la tensión, siendo más evidente a partir del nivel preparatoria.

Tabla 6. Escolaridad con Autoayuda.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Evitar tensión	984	99.9%	1	.1%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Evitar tensión Crosstabulation

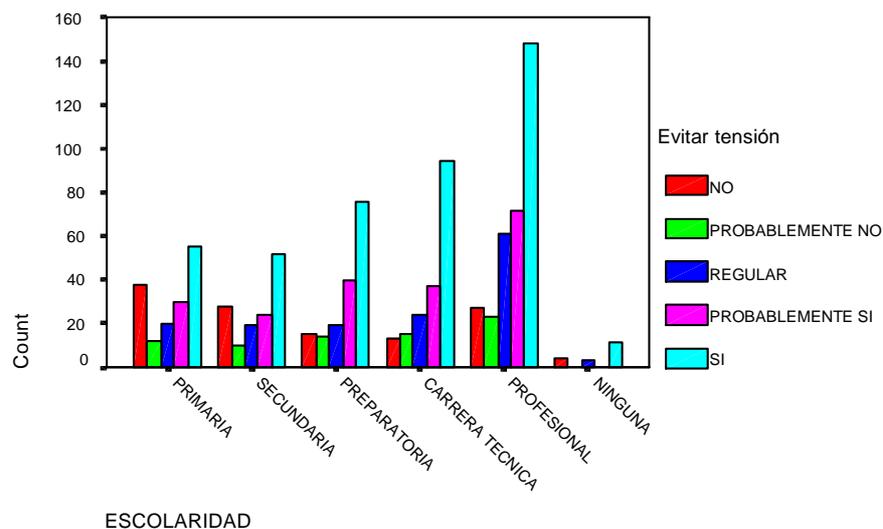
		Evitar tensión					Total
		NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
ESCOLARIDA PRIMARIA	Count	38	12	20	30	55	155
	% within Evitar tensión	30.4%	16.2%	13.7%	14.8%	12.6%	15.8%
	% of Total	3.9%	1.2%	2.0%	3.0%	5.6%	15.8%
SECUNDARIA	Count	28	10	19	24	52	133
	% within Evitar tensión	22.4%	13.5%	13.0%	11.8%	11.9%	13.5%
	% of Total	2.8%	1.0%	1.9%	2.4%	5.3%	13.5%
PREPARATORIA	Count	15	14	19	40	76	164
	% within Evitar tensión	12.0%	18.9%	13.0%	19.7%	17.4%	16.7%
	% of Total	1.5%	1.4%	1.9%	4.1%	7.7%	16.7%
CARRERA TECNII	Count	13	15	24	37	94	183
	% within Evitar tensión	10.4%	20.3%	16.4%	18.2%	21.6%	18.6%
	% of Total	1.3%	1.5%	2.4%	3.8%	9.6%	18.6%
PROFESIONAL	Count	27	23	61	72	148	331
	% within Evitar tensión	21.6%	31.1%	41.8%	35.5%	33.9%	33.6%
	% of Total	2.7%	2.3%	6.2%	7.3%	15.0%	33.6%
NINGUNA	Count	4		3		11	18
	% within Evitar tensión	3.2%		2.1%		2.5%	1.8%
	% of Total	.4%		.3%		1.1%	1.8%
Total	Count	125	74	146	203	436	984
	% within Evitar tensión	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	12.7%	7.5%	14.8%	20.6%	44.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56.376 ^a	20	.000
Likelihood Ratio	58.019	20	.000
Linear-by-Linear Association	19.729	1	.000
N of Valid Cases	984		

a. 4 cells (13.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.35.

Figura 6. Escolaridad con autoayuda.



• **SEXO CON AYUDA PROFESIONAL.**

Reactivo 6. Ir al doctor.

Se encontró que el 67.1% de la población total (n=660) consideró que la respuesta que mejor los describe es que “sí” asistirían al doctor como una respuesta hacia la enfermedad, por el contrario, un 5.1% (n=50) reporta que “probablemente no”. Con lo anterior podría decirse que la gran mayoría de la muestra sí tiende a asistir al médico.

Una vez que se relacionó el sexo con asistir al médico, se encontró que las mujeres respondieron en un 59.8% (n=395) que sí asistirían al doctor, y los hombres en un 40.2% (n=265); mientras que en el rubro de no buscar la ayuda médica las mujeres obtuvieron un 51.5% (n=34), y los hombres un 48.5% (n=32). De acuerdo a esto, puede identificarse que los hombres tienden a buscar la asistencia médica en menor frecuencia que las mujeres.

Al aplicar la prueba ji cuadrada se obtuvo una sig.=.001, lo cual indica que el género esta relacionado con asistir al médico, con lo que se puede mencionar entonces que los hombres determinan el ir al médico como una probabilidad, mientras que las mujeres sí afirman buscar tal ayuda profesional. (Ver Tabla y Figura 7).

Tabla 7. Sexo con Ayuda Profesional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Ir al Doctor	984	99.9%	1	.1%	985	100.0%

Sexo * Ir al Doctor Crosstabulation

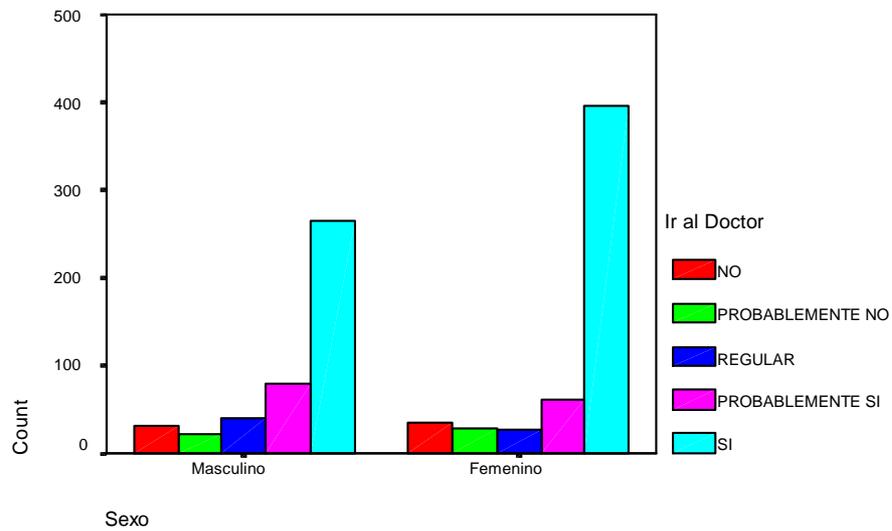
			Ir al Doctor					Total
			NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
Sexo	Masculino	Count	32	22	39	80	265	438
		% within Ir al Docto	48.5%	44.0%	59.1%	56.3%	40.2%	44.5%
		% of Total	3.3%	2.2%	4.0%	8.1%	26.9%	44.5%
Femenino	Femenino	Count	34	28	27	62	395	546
		% within Ir al Docto	51.5%	56.0%	40.9%	43.7%	59.8%	55.5%
		% of Total	3.5%	2.8%	2.7%	6.3%	40.1%	55.5%
Total	Total	Count	66	50	66	142	660	984
		% within Ir al Docto	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	6.7%	5.1%	6.7%	14.4%	67.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19.228 ^a	4	.001
Likelihood Ratio	19.161	4	.001
Linear-by-Linear Association	5.918	1	.015
N of Valid Cases	984		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 22.26.

Figura 7. Sexo con Ayuda Profesional.



- **EDAD CON AYUDA PROFESIONAL.**

Se encontró que la mayor parte de la población total coincidió en responder que asistiría al médico ante una situación de enfermedad, postura que quedó representada con un 67.1% (n=661); mientras que un 5.1% (n=50) de la muestra, considera sus respuestas como un probablemente no.

Al establecer la correlación entre la edad y el buscar ayuda profesional, se encontró que el segundo grupo de edad presenta una mayor tendencia en comparación a los demás grupos a no asistir al médico, ya que la mayoría de sus respuestas se ubicaron en el rubro “probablemente no” con un 54% (n=27); sin embargo, los otros grupos tienden a considerar en su mayoría que sí buscarían la ayuda profesional.

Al determinar la relación de la edad con asistir al médico, mediante la prueba ji cuadrada, se obtuvo un nivel de sig.=.043 por lo que dicha relación es significativa, de acuerdo con esto puede decirse que en el tercer y cuarto grupo de edad la tendencia es a Sí asistir al médico, mientras que en el segundo grupo, la tendencia es contraria. (Ver Tabla y Figura 8).

Tabla 8. Edad con ayuda profesional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Ir al Doctor	985	100.0%	0	.0%	985	100.0%

edad * Ir al Doctor Crosstabulation

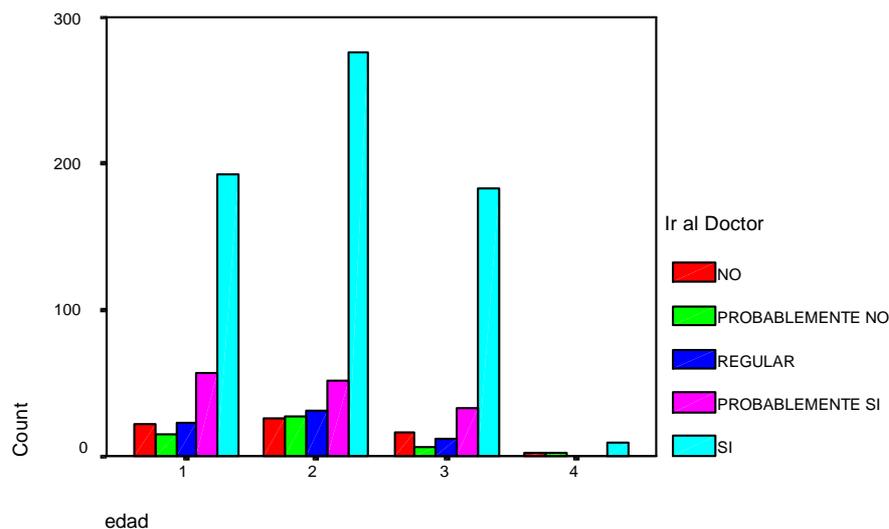
		Ir al Doctor					Total
		NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
edad 1	Count	22	15	23	57	193	310
	% within Ir al Docto	33.3%	30.0%	34.8%	40.1%	29.2%	31.5%
	% of Total	2.2%	1.5%	2.3%	5.8%	19.6%	31.5%
2	Count	26	27	31	52	276	412
	% within Ir al Docto	39.4%	54.0%	47.0%	36.6%	41.8%	41.8%
	% of Total	2.6%	2.7%	3.1%	5.3%	28.0%	41.8%
3	Count	16	6	12	33	183	250
	% within Ir al Docto	24.2%	12.0%	18.2%	23.2%	27.7%	25.4%
	% of Total	1.6%	.6%	1.2%	3.4%	18.6%	25.4%
4	Count	2	2			9	13
	% within Ir al Docto	3.0%	4.0%			1.4%	1.3%
	% of Total	.2%	.2%			.9%	1.3%
Total	Count	66	50	66	142	661	985
	% within Ir al Docto	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	6.7%	5.1%	6.7%	14.4%	67.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21.513 ^a	12	.043
Likelihood Ratio	23.497	12	.024
Linear-by-Linear Association	2.304	1	.129
N of Valid Cases	985		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .66.

Figura 8. Edad con Ayuda Profesional.



• **ESCOLARIDAD CON AYUDA PROFESIONAL.**

Se observó que la mayor parte de la población muestra, manifestó que sí acudiría al médico en una situación de enfermedad, lo cual representó un 67.2% (n=661), en tanto que un 5.1% (n=50) coincidió en que probablemente no solicitaría tal ayuda profesional.

Una vez que se realizó la correlación entre el nivel académico y el acudir al médico ante una enfermedad, se encontró que la categoría afirmativa “sí” obtuvo los mayores porcentajes en todos los niveles: primaria 11.7% (n=115); secundaria 9.2% (n=91); preparatoria 11.7% (n=115) nivel técnico 12.6% (n=124); profesional 20.4% (n=201) y por último, de la población que no cuenta con nivel académico alguno, se observó un 1.5% (n=15). De acuerdo a lo anterior es curioso identificar que el grupo con nivel académico de primaria así como el de preparatoria hayan obtenido el mismo porcentaje, y que a su vez éste haya sido mayor al presentado en el nivel secundaria (Ver Tabla y Figura 9).

Después de aplicar la prueba ji cuadrada, se observó una sig.=.005; dado lo cual se argumenta que la escolaridad no está relacionada con tal aspecto, ya que todos los grupos coinciden en acudir al médico como una respuesta hacia la enfermedad, siendo el grupo de nivel profesional, el que mayoritariamente enfatizó tal tendencia.

Tabla 9. Escolaridad con Ayuda Profesional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Ir al Doctor	984	99.9%	1	.1%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Ir al Doctor Crosstabulation

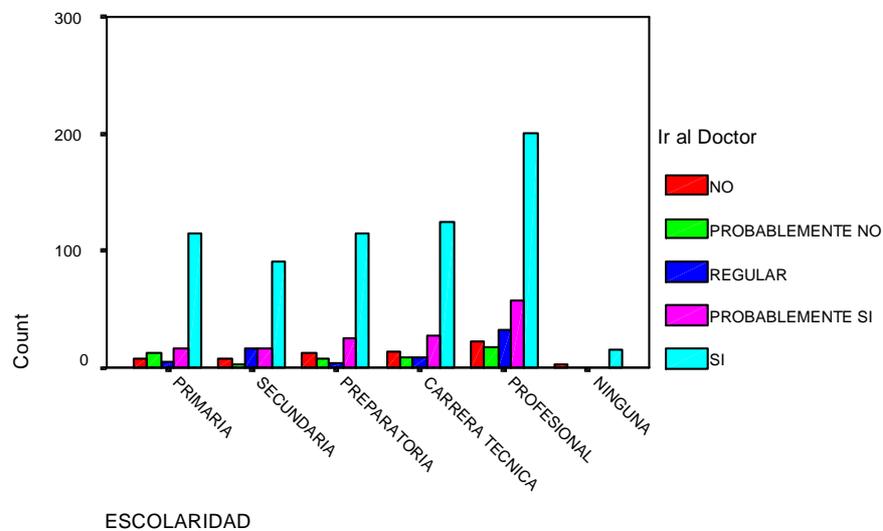
		Ir al Doctor					Total
		NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
ESCOLARIDA PRIMARIA	Count	7	12	5	16	115	155
	% within Ir al Doct	10.6%	24.0%	7.6%	11.3%	17.4%	15.8%
	% of Total	.7%	1.2%	.5%	1.6%	11.7%	15.8%
SECUNDARIA	Count	7	3	16	16	91	133
	% within Ir al Doct	10.6%	6.0%	24.2%	11.3%	13.8%	13.5%
	% of Total	.7%	.3%	1.6%	1.6%	9.2%	13.5%
PREPARATORIA	Count	12	8	4	25	115	164
	% within Ir al Doct	18.2%	16.0%	6.1%	17.7%	17.4%	16.7%
	% of Total	1.2%	.8%	.4%	2.5%	11.7%	16.7%
CARRERA TECNIC	Count	14	9	9	27	124	183
	% within Ir al Doct	21.2%	18.0%	13.6%	19.1%	18.8%	18.6%
	% of Total	1.4%	.9%	.9%	2.7%	12.6%	18.6%
PROFESIONAL	Count	23	18	32	57	201	331
	% within Ir al Doct	34.8%	36.0%	48.5%	40.4%	30.4%	33.6%
	% of Total	2.3%	1.8%	3.3%	5.8%	20.4%	33.6%
NINGUNA	Count	3				15	18
	% within Ir al Doct	4.5%				2.3%	1.8%
	% of Total	.3%				1.5%	1.8%
Total	Count	66	50	66	141	661	984
	% within Ir al Doct	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	6.7%	5.1%	6.7%	14.3%	67.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.090 ^a	20	.005
Likelihood Ratio	45.105	20	.001
Linear-by-Linear Association	4.082	1	.043
N of Valid Cases	984		

a. 4 cells (13.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .91.

Figura 9. Escolaridad con Ayuda Profesional.



- **SEXO CON AYUDA DE AMIGOS.**

Reactivo 10. Pedir consejo de amigos

En la población general se observó que el 48.8% (n=480), asume el no pedir consejo de amigos como respuesta hacia una enfermedad, un 16.4% (n=161) refiere que probablemente sí y, un 7.5% (n=74) menciona que sí. Es

evidente que casi el 50% de la población encuestada no considera acudir a los amigos como una estrategia de respuesta hacia la enfermedad.

A partir de la correlación entre sexo y pedir consejo de los amigos, se observó como respuesta mayoritaria de las mujeres un “probablemente no” (59.3%, n=83); mientras que los hombres se identificaron más con la respuesta referente a “regular” (50.8%, n=64). Las respuestas de menor identificación fueron para las mujeres la de “regular” (49.2%, n=62), y para los hombres “probablemente no” (40.7%, n=57). Con base en lo anterior, puede decirse que independiente del sexo al que se pertenece, la población no considera de relevancia el solicitar la ayuda de amigos.

Al determinar la relación entre género y pedir consejo a los amigos, se encontró que al aplicar la prueba ji cuadrada cuyo valor de sig.=.675, no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres, por lo que el sexo no esta relacionado en este rubro (Ver Tabla y Figura 10).

Tabla 10. Sexo con Ayuda de Amigos.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Pedir consejo	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

Sexo * Pedir consejo Crosstabulation

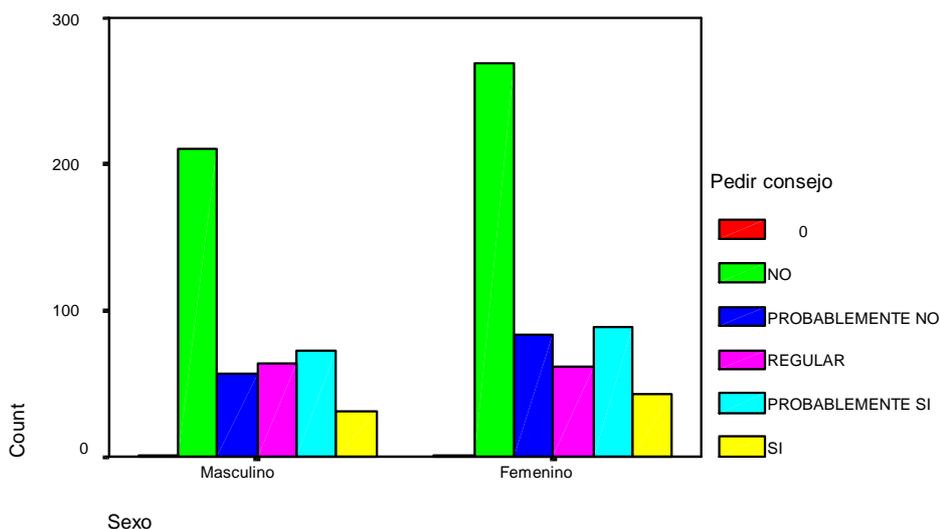
	Pedir consejo						Total
	0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
Sexo Masculin Count	1	211	57	64	73	31	437
% within Pedir co	50.0%	44.0%	40.7%	50.8%	45.3%	41.9%	44.5%
% of Total	.1%	21.5%	5.8%	6.5%	7.4%	3.2%	44.5%
Femenin Count	1	269	83	62	88	43	546
% within Pedir co	50.0%	56.0%	59.3%	49.2%	54.7%	58.1%	55.5%
% of Total	.1%	27.4%	8.4%	6.3%	9.0%	4.4%	55.5%
Total Count	2	480	140	126	161	74	983
% within Pedir co	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% of Total	.2%	48.8%	14.2%	12.8%	16.4%	7.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.165 ^a	5	.675
Likelihood Ratio	3.157	5	.676
Linear-by-Linear Association	.115	1	.735
N of Valid Cases	983		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .89.

Figura 10. Sexo con Ayuda de Amigos.



• **EDAD CON AYUDA DE AMIGOS.**

Como se muestra en la Tabla y Figura 11, el 48.9% de la población total (n=481) que no solicitaría el consejo de amigos; esto es casi el cincuenta por ciento de la población general; mientras que un 7.5% (n=74) considero que sí lo solicitaría. De acuerdo a esto, es evidente que la mayoría de la población muestra sí buscaría el apoyo y consejo de los amigos.

De los resultados obtenidos referentes a la relación entre la edad y el pedir consejo de los amigos, se encontró que el segundo y tercer grupo concentran sus respuestas en sí buscar apoyo (50%, n=37 y 36.5%, n=27; respectivamente); mientras que el cuarto grupo considera mayoritariamente con un 1.9% (n=9) que no buscaría tal apoyo o consejo; de igual manera, el primer grupo establece con un 41.4% (n=58) que probablemente no acudiría a tal apoyo.

Una vez que se aplicó la prueba ji cuadrada se obtuvo una sig.=.023, por lo que puede mencionarse que la edad está relacionada con el hecho de pedir consejo de los amigos en una situación de enfermedad. De ahí que se pueda decir que el grupo que con menor frecuencia acudiría a la ayuda de amigos es el cuarto, mientras que aquellos que lo solicitarían más son el segundo y tercer grupos.

Tabla11. Edad con Ayuda de Amigos.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Pedir consejo	984	99.9%	1	.1%	985	100.0%

edad * Pedir consejo Crosstabulation

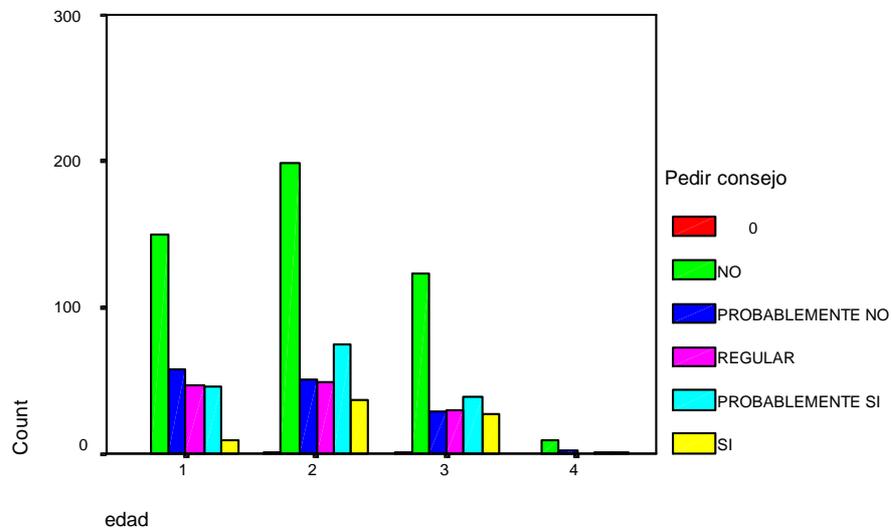
		Pedir consejo						Total
		0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
edad 1	Count		150	58	47	46	9	310
	% within Pedir consejo		31.2%	41.4%	37.3%	28.6%	12.2%	31.5%
	% of Total		15.2%	5.9%	4.8%	4.7%	.9%	31.5%
2	Count	1	199	51	49	75	37	412
	% within Pedir consejo	50.0%	41.4%	36.4%	38.9%	46.6%	50.0%	41.9%
	% of Total	.1%	20.2%	5.2%	5.0%	7.6%	3.8%	41.9%
3	Count	1	123	29	30	39	27	249
	% within Pedir consejo	50.0%	25.6%	20.7%	23.8%	24.2%	36.5%	25.3%
	% of Total	.1%	12.5%	2.9%	3.0%	4.0%	2.7%	25.3%
4	Count		9	2		1	1	13
	% within Pedir consejo		1.9%	1.4%		.6%	1.4%	1.3%
	% of Total		.9%	.2%		.1%	.1%	1.3%
Total	Count	2	481	140	126	161	74	984
	% within Pedir consejo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.2%	48.9%	14.2%	12.8%	16.4%	7.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.840 ^a	15	.023
Likelihood Ratio	31.908	15	.007
Linear-by-Linear Association	1.851	1	.174
N of Valid Cases	984		

a. 8 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

Figura 11. Edad con Ayuda de Amigos.



• ESCOLARIDAD CON AYUDA DE AMIGOS

Se observó que de manera general, en todos los niveles los sujetos manifestaron no acudir a los amigos ante la presencia de enfermedad como respuesta mayoritaria (48.8%; n=480), siendo la de menor aceptación el sí acudir a tales relaciones interpersonales (7.5%; n=74).

Al relacionar el pedir consejo de amigos con el nivel de escolaridad, se encontró que en el nivel profesional, la tendencia a no buscar ayuda de amigos es mayor en comparación a los demás grupos (16.4%; n=161); por ejemplo, en primaria el porcentaje observado en tal rubro representó un 8.1% (n=80), en secundaria, un 6.2% (n=61); en preparatoria un 8.7% (n=86); en carrera técnica un 8.2% (n=81) y en la población que no posee ningún nivel escolar un 1.1% (n=11). Además, cabe señalar que el grosor de la población perteneciente al grupo de nivel profesional, después de ubicar la mayoría de sus respuestas en el rubro “no”, las ubica en un probablemente no, posteriormente en un probable sí, siguiéndole un regular y por último considerando un sí. Este patrón se detecta diferente en los niveles académicos anteriores en los que después de una respuesta negativa en su mayoría, les continúan respuestas en los rubros “probablemente sí” y “regular”.

Después de aplicar la prueba ji cuadrada, cuya sig.=.030, se puede establecer que se encuentra relacionado el nivel de escolaridad con la búsqueda de ayuda por parte de los amigos, de este modo, podría definirse que, aunque en todos los niveles la tendencia sea el no recurrir a los amigos, los grupos que con mayor frecuencia la buscan son los niveles más bajos. (Ver Tabla y Figura 12).

Tabla 12. Escolaridad con Ayuda de Amigos.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Pedir consejo	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Pedir consejo Crosstabulation

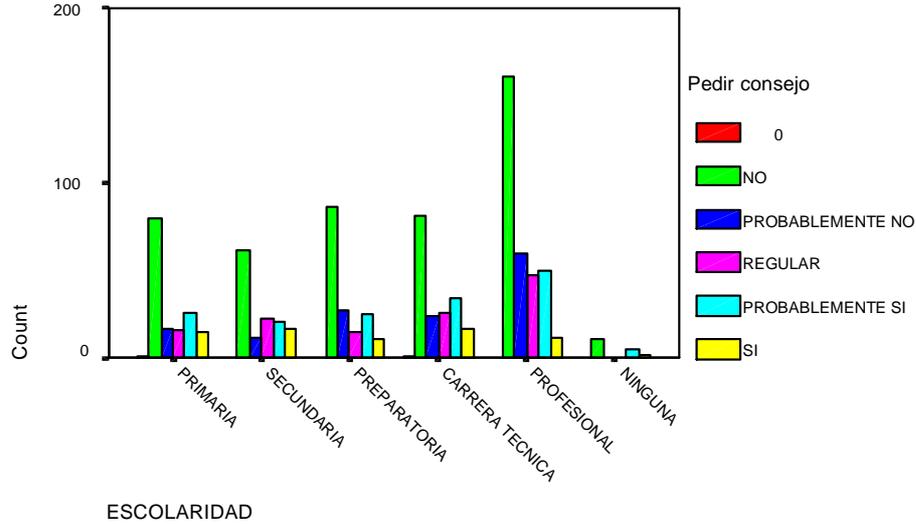
		Pedir consejo						Total
		0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	1	80	17	16	26	15	155
	% within Pedir consejo	50.0%	16.7%	12.1%	12.7%	16.1%	20.3%	15.8%
	% of Total	.1%	8.1%	1.7%	1.6%	2.6%	1.5%	15.8%
SECUNDARIA	Count		61	12	22	21	17	133
	% within Pedir consejo		12.7%	8.6%	17.5%	13.0%	23.0%	13.5%
	% of Total		6.2%	1.2%	2.2%	2.1%	1.7%	13.5%
PREPARATORIA	Count		86	27	15	25	11	164
	% within Pedir consejo		17.9%	19.3%	11.9%	15.5%	14.9%	16.7%
	% of Total		8.7%	2.7%	1.5%	2.5%	1.1%	16.7%
CARRERA TECNICA	Count	1	81	24	26	34	17	183
	% within Pedir consejo	50.0%	16.9%	17.1%	20.6%	21.1%	23.0%	18.6%
	% of Total	.1%	8.2%	2.4%	2.6%	3.5%	1.7%	18.6%
PROFESIONAL	Count		161	60	47	50	12	330
	% within Pedir consejo		33.5%	42.9%	37.3%	31.1%	16.2%	33.6%
	% of Total		16.4%	6.1%	4.8%	5.1%	1.2%	33.6%
NINGUNA	Count		11			5	2	18
	% within Pedir consejo		2.3%			3.1%	2.7%	1.8%
	% of Total		1.1%			.5%	.2%	1.8%
Total	Count	2	480	140	126	161	74	983
	% within Pedir consejo	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.2%	48.8%	14.2%	12.8%	16.4%	7.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39.861 ^a	25	.030
Likelihood Ratio	45.705	25	.007
Linear-by-Linear Association	1.541	1	.214
N of Valid Cases	983		

a. 10 cells (27.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Figura 12. Escolaridad con Ayuda de Amigos.



- **SEXO CON AYUDA ESPIRITUAL.**

Reactivo 2. Acercarse a Dios

En este rubro se observó que un 38.9% de la población total (n=383) contestó que sí se acercaría a dios como respuesta hacia una enfermedad, en tanto que un 8.6% (n=85) contestó que no recurriría a dios. Es evidente, que la mayor parte de la población de esta muestra sí buscaría el apoyo espiritual.

Al establecer la relación entre acercarse a dios y el género, se encontraron respuestas opuestas; así mientras que para las mujeres un 62.4% (n=239) equivale a “sí “ recurrir a dios en el contexto de la enfermedad, en los hombres se presenta un 37.6% (n=144); de manera contraria, en el rubro de “no” buscar el acercamiento a dios, los hombres coincidieron en un porcentaje alto (57.5%, n=119), y las mujeres en un porcentaje bajo (42.5%, n=88). (Ver Tabla y Figura 13).

Con la aplicación de la prueba ji cuadrada, se obtuvo un valor de sig.=.000 por lo que puede hablarse de que el sexo está relacionado con acercarse a dios, es decir, que las mujeres tienden con mayor frecuencia que los hombres a recurrir a dios como una respuesta hacia la enfermedad.

Tabla 13. Sexo con Ayuda Espiritual.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * DIOS	984	99.9%	1	.1%	985	100.0%

Sexo * DIOS Crosstabulation

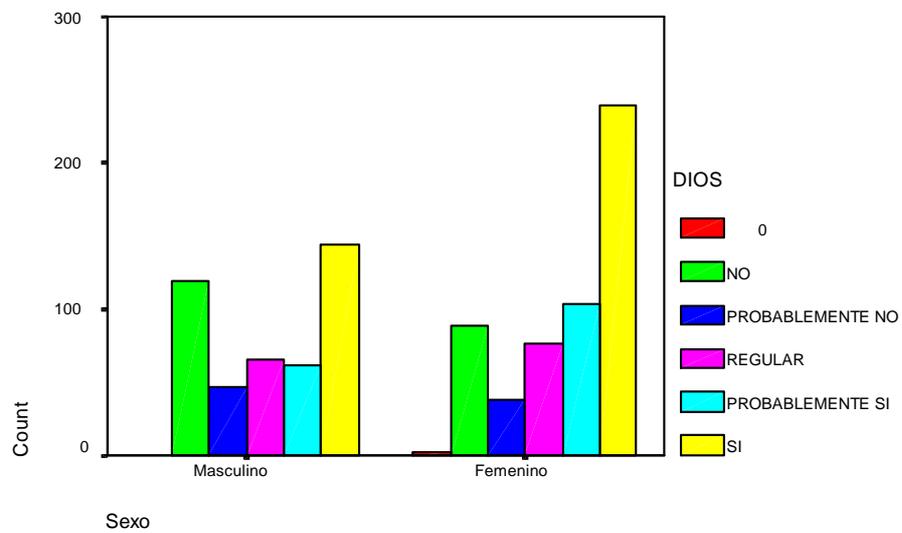
			DIOS					Total	
			0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI		SI
Sexo	Masculino	Count		119	47	66	62	144	438
		% within DIOS		57.5%	55.3%	46.5%	37.6%	37.6%	44.5%
		% of Total		12.1%	4.8%	6.7%	6.3%	14.6%	44.5%
	Femenino	Count	2	88	38	76	103	239	546
		% within DIOS	100.0%	42.5%	44.7%	53.5%	62.4%	62.4%	55.5%
		% of Total	.2%	8.9%	3.9%	7.7%	10.5%	24.3%	55.5%
Total	Count	Count	2	207	85	142	165	383	984
		% within DIOS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.2%	21.0%	8.6%	14.4%	16.8%	38.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.566 ^a	5	.000
Likelihood Ratio	31.322	5	.000
Linear-by-Linear Association	25.707	1	.000
N of Valid Cases	984		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .89.

Figura 13. Sexo con Ayuda Espiritual.



- **EDAD CON AYUDA ESPIRITUAL**

Con base en la Tabla y Figura 14 se puede mencionar que la mayor parte de la población total (38.9%, n=383) coincide en acercarse a dios, a diferencia de un 8.66% (n=85) que considera esta posibilidad como un probablemente no.

A partir de la correlación entre la edad y el acercarse a dios, se observó que para el segundo grupo (47.5%, n=182); tercer (35%, n=134) y cuarto grupos (1.66%, n=66) el mayor porcentaje de sus respuestas coincidieron en el rubro de sí acercarse a dios, mientras que el primer grupo se identificó mayoritariamente (51.8%, n=44) en no acercarse a dios como una reacción ante una enfermedad.

Con la aplicación de la prueba ji cuadrada se obtuvo una sig.=.000, con lo cual se asegura que la edad esta relacionada con respecto a acercarse a dios, lo cual indica que el primer grupo suele ser menos propenso a acercarse a dios, en comparación a los otros grupos de edad.

Tabla 14. Edad con Ayuda Espiritual.

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * DIOS	985	100.0%	0	.0%	985	100.0%

edad * DIOS Crosstabulation

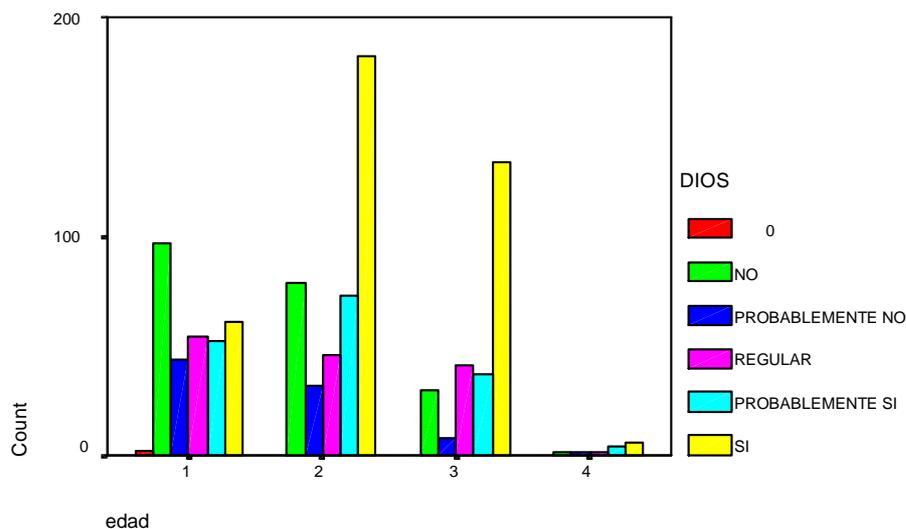
			DIOS					Total	
			0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI		SI
edad	1	Count	2	97	44	54	52	61	310
		% within DIOS	100.0%	46.9%	51.8%	38.0%	31.3%	15.9%	31.5%
		% of Total	.2%	9.8%	4.5%	5.5%	5.3%	6.2%	31.5%
	2	Count		79	32	46	73	182	412
		% within DIOS		38.2%	37.6%	32.4%	44.0%	47.5%	41.8%
		% of Total		8.0%	3.2%	4.7%	7.4%	18.5%	41.8%
	3	Count		30	8	41	37	134	250
		% within DIOS		14.5%	9.4%	28.9%	22.3%	35.0%	25.4%
		% of Total		3.0%	.8%	4.2%	3.8%	13.6%	25.4%
	4	Count		1	1	1	4	6	13
		% within DIOS		.5%	1.2%	.7%	2.4%	1.6%	1.3%
		% of Total		.1%	.1%	.1%	.4%	.6%	1.3%
Total	Count	2	207	85	142	166	383	985	
	% within DIOS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.2%	21.0%	8.6%	14.4%	16.9%	38.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	106.220 ^a	15	.000
Likelihood Ratio	112.386	15	.000
Linear-by-Linear Association	79.708	1	.000
N of Valid Cases	985		

a. 8 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

Figura 14. Edad con Ayuda Espiritual.



• **ESCOLARIDAD CON AYUDA ESPIRITUAL**

Se observa en la Tabla y Figura 15 que la mayor parte de la población se identificó con responder que sí se acercaría a dios como una respuesta hacia la enfermedad, lo cual se representa en un 38.8%(n=382); no obstante, en un 21% (n=207) la población general coincide en no buscar a dios, no habiendo un abismo muy dispar entre ambos porcentajes; mientras que un 8.6% (n=85) considera probablemente no se acercaría a dios.

A partir de la correlación entre el nivel escolar y el acercarse a dios ante una situación de enfermedad, se encontró que la mayoría de los grupos se identificó con sí acudir a dios ; primaria con un 9.1% (n= 90); secundaria con un 5.8% (n=57); preparatoria con un 6% (n=59); carrera técnica con un 7.8% (n=77); y los que no cuentan con ningún grado académico con un 1.1% (n=11); mientras que el grupo de nivel profesional se concentró mayoritariamente en responder que no se acercaría a dios (10.2%; n=100). Con base en dicha descripción, es notorio

que a partir del nivel de carrera técnica la población coincide en no acudir a dios, siendo mucho más enfática la postura del nivel profesional.

Con el objeto de conocer la relación entre escolaridad y ayuda espiritual, se manejó la prueba ji cuadrada, en donde el valor de sig.=.000, lo que parece indicar que sí existe una relación significativa entre ambas variables argumentándose entonces que a mayor nivel académico (específicamente en el profesional) es menor la tendencia a recurrir a dios como una respuesta hacia la enfermedad.

Tabla 15. Escolaridad con Ayuda Espiritual.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * DIOS	984	99.9%	1	.1%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * DIOS Crosstabulation

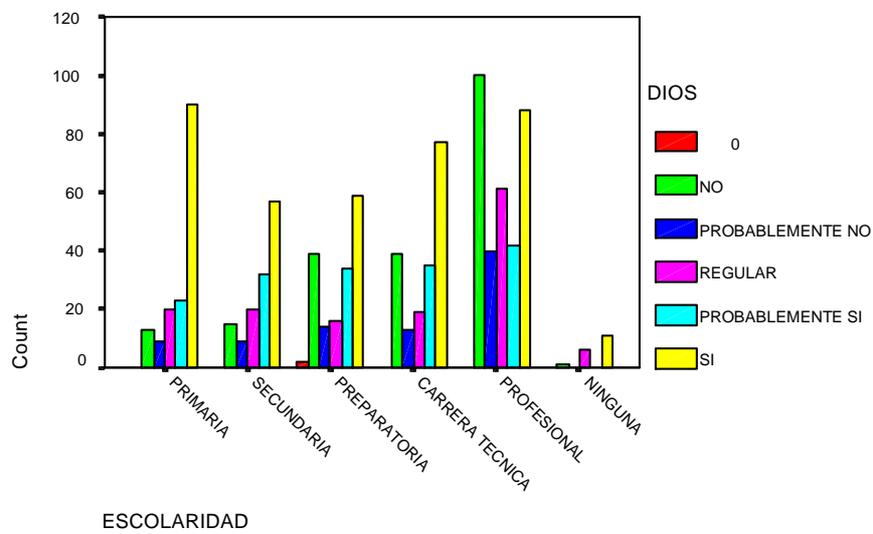
		DIOS						Total
		0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count		13	9	20	23	90	155
	% within DIOS		6.3%	10.6%	14.1%	13.9%	23.6%	15.8%
	% of Total		1.3%	.9%	2.0%	2.3%	9.1%	15.8%
SECUNDARIA	Count		15	9	20	32	57	133
	% within DIOS		7.2%	10.6%	14.1%	19.3%	14.9%	13.5%
	% of Total		1.5%	.9%	2.0%	3.3%	5.8%	13.5%
PREPARATORIA	Count	2	39	14	16	34	59	164
	% within DIOS	100.0%	18.8%	16.5%	11.3%	20.5%	15.4%	16.7%
	% of Total	.2%	4.0%	1.4%	1.6%	3.5%	6.0%	16.7%
CARRERA TECNICA	Count		39	13	19	35	77	183
	% within DIOS		18.8%	15.3%	13.4%	21.1%	20.2%	18.6%
	% of Total		4.0%	1.3%	1.9%	3.6%	7.8%	18.6%
PROFESIONAL	Count		100	40	61	42	88	331
	% within DIOS		48.3%	47.1%	43.0%	25.3%	23.0%	33.6%
	% of Total		10.2%	4.1%	6.2%	4.3%	8.9%	33.6%
NINGUNA	Count		1		6		11	18
	% within DIOS		.5%		4.2%		2.9%	1.8%
	% of Total		.1%		.6%		1.1%	1.8%
Total	Count	2	207	85	142	166	382	984
	% within DIOS	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.2%	21.0%	8.6%	14.4%	16.9%	38.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	109.429 ^a	25	.000
Likelihood Ratio	112.984	25	.000
Linear-by-Linear Association	50.382	1	.000
N of Valid Cases	984		

a. 10 cells (27.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Figura 15. Escolaridad con Ayuda Espiritual.



- **SEXO CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Reactivo 8. No tomar medicina y dejar pasar el tiempo.

Se encontró que de la población general un 59.8% (n=587) coincide en mencionar que no dejarían pasar el tiempo y por lo tanto tomarían la medicina designada, de forma contraria, entre aquellos que respondieron que probablemente sí dejarían de tomarla, se ubica un 5.7% (n=56) y un 16.3% (n=160) entre lo que en definitiva no tomarían el medicamento. Es notable en este rubro que más de la mitad de la población coincide en no dejar de tomar el medicamento prescrito en una situación de enfermedad.

Con respecto a la relación entre sexo y no tomar la medicina, se encontró que las mujeres en su mayoría (58.8%, n=47) se encontraron más identificadas con decir que “probablemente no” dejarían de tomar la medicina; mientras que los hombres se identificaron más con el rubro referente a “probablemente sí” dejar de tomarla (53.6, n= 30).

Al aplicar la prueba ji cuadrada se encontró un valor de sig.=.736, lo cual indica que no existe relación entre el sexo y el no tomar el medicamento y dejar pasar así el tiempo. (Ver Tabla y Figura 16)

Tabla 16 Sexo con Paso del Tiempo.

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * No tomar medicina	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * No tomar medicina Crosstabulation

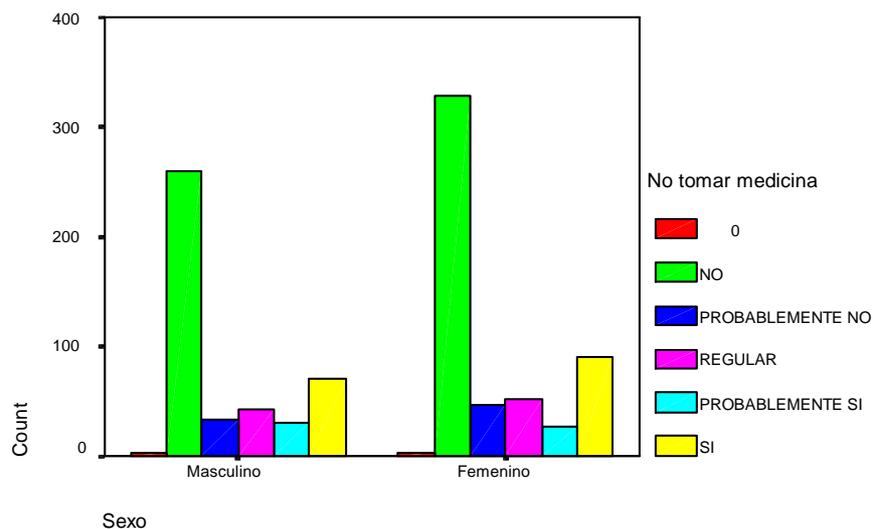
			No tomar medicina				Total		
			0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR		PROBABLE MENTE SI	SI
Sexo	Masculino	Count	3	259	33	42	30	70	437
		% within No tomar medicina	60.0%	44.1%	41.3%	44.7%	53.6%	43.8%	44.5%
		% of Total	.3%	26.4%	3.4%	4.3%	3.1%	7.1%	44.5%
	Femenino	Count	2	328	47	52	26	90	545
		% within No tomar medicina	40.0%	55.9%	58.8%	55.3%	46.4%	56.3%	55.5%
		% of Total	.2%	33.4%	4.8%	5.3%	2.6%	9.2%	55.5%
Total	Count	5	587	80	94	56	160	982	
	% within No tomar medicina	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.5%	59.8%	8.1%	9.6%	5.7%	16.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2.766 ^a	5	.736
Likelihood Ratio	2.750	5	.738
Linear-by-Linear Association	.094	1	.759
N of Valid Cases	982		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.23.

Figura 16. Sexo con Paso del Tiempo.



• EDAD CON PASO DEL TIEMPO

Se puede mencionar, con base en la Tabla y Figura 17, que de manera general todos los grupos coinciden en no dejar de tomar la medicina en un 59.8% (n=588) a tan solo un 5.7% (n=56) que representa a la minoría de la población que considera el no tomar la medicina con un probablemente sí.

Con la correlación entre la edad y el no tomar la medicina, se encontró que la mayoría de los grupos coincidieron mayoritariamente en sus respuestas (primer grupo: 18.4%, n=181; segundo grupo: 25%, n=246; tercer grupo: 15.7%, n=154, y cuarto grupo: .7%, n=7) con respecto a no dejar de tomar la medicina.

Al aplicar la prueba ji cuadrada, se determinó un valor de sig.=.005, con base en este resultado se puede argumentar que la edad no está relacionada con el hecho de no tomar la medicina y dejar pasar el tiempo ante una situación de

enfermedad, ya que independientemente de la edad que se tenga, la población general opinó que sí tomarían el medicamento.

Tabla 17. Edad con Paso del Tiempo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * No tomar medicina	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

edad * No tomar medicina Crosstabulation

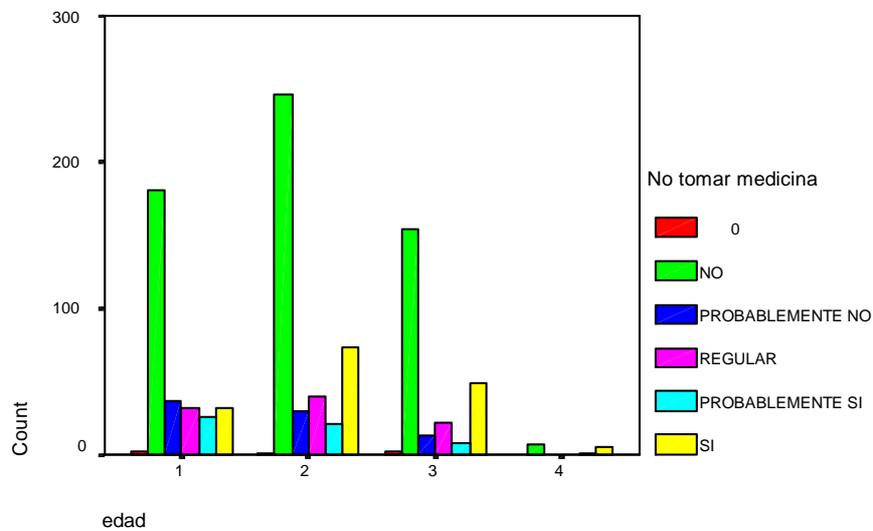
		No tomar medicina						Total
		0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
edad 1	Count	2	181	37	32	26	32	310
	% within No tomar medicina	40.0%	30.8%	46.3%	34.0%	46.4%	20.0%	31.5%
	% of Total	.2%	18.4%	3.8%	3.3%	2.6%	3.3%	31.5%
2	Count	1	246	30	40	21	74	412
	% within No tomar medicina	20.0%	41.8%	37.5%	42.6%	37.5%	46.3%	41.9%
	% of Total	.1%	25.0%	3.1%	4.1%	2.1%	7.5%	41.9%
3	Count	2	154	13	22	8	49	248
	% within No tomar medicina	40.0%	26.2%	16.3%	23.4%	14.3%	30.6%	25.2%
	% of Total	.2%	15.7%	1.3%	2.2%	.8%	5.0%	25.2%
4	Count		7			1	5	13
	% within No tomar medicina		1.2%			1.8%	3.1%	1.3%
	% of Total		.7%			.1%	.5%	1.3%
Total	Count	5	588	80	94	56	160	983
	% within No tomar medicina	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.5%	59.8%	8.1%	9.6%	5.7%	16.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.822 ^a	15	.005
Likelihood Ratio	34.710	15	.003
Linear-by-Linear Association	2.086	1	.149
N of Valid Cases	983		

a. 8 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

Figura 17. Edad con Paso del Tiempo.



- **ESCOLARIDAD CON PASO DEL TIEMPO.**

En torno a este aspecto, se puede observar en la tabla y fig. No. 30 que la población general se identificó con la respuesta de no dejar de tomar la medicina (59.8%, n=587); mientras que un mínimo porcentaje de la población (5.7%, n=56) , manifestó que probablemente sí dejaría de tomarla.

De igual manera, al relacionar el nivel de escolaridad con hecho de tomar el medicamento y no dejar pasar así el tiempo, se observó que todos los niveles de escolaridad aceptan el tomar la medicina ante situaciones de enfermedad como respuesta mayoritaria: primaria y secundaria 7.7% (n=76) preparatoria 9.8% (n=96); carrera técnica 11.7% (n=115); profesional 21.3% (n=209) y los que no poseen ningún nivel académico 1.5% (n=15). Como se ha descrito, es evidente que a partir del nivel de carrera técnica la población se identifica con mayor frecuencia en tomar el medicamento.

Al aplicar la prueba de la ji cuadrada, se obtuvo una sig.=.002, con base en este resultado, puede mencionarse que existe una relación significativa entre la escolaridad y el tomar la medicina, manifestándose que a mayor grado de preparación académica la gente se apega al tratamiento médico, y por lo tanto, no permite que el tiempo transcurra, esto como respuesta hacia la enfermedad (Ver Tabla y Figura 18).

Tabla 18. Escolaridad con Paso del tiempo

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * No tomar medicina	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * No tomar medicina Crosstabulation

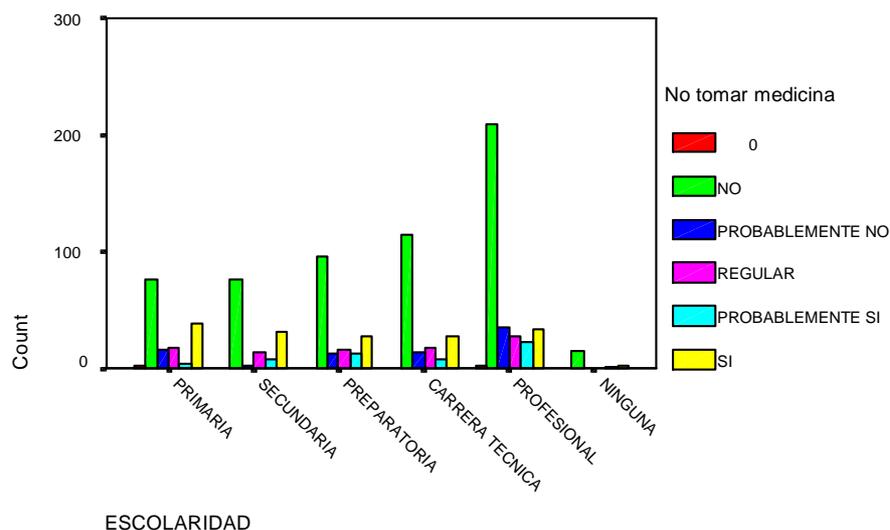
		No tomar medicina						Total
		0	NO	PROBABLE MENTE NO	REGULAR	PROBABLE MENTE SI	SI	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	2	76	16	18	4	39	155
	% within No tomar medicina	40.0%	12.9%	20.0%	19.1%	7.1%	24.4%	15.8%
	% of Total	.2%	7.7%	1.6%	1.8%	.4%	4.0%	15.8%
SECUNDARIA	Count		76	3	14	8	31	132
	% within No tomar medicina		12.9%	3.8%	14.9%	14.3%	19.4%	13.4%
	% of Total		7.7%	.3%	1.4%	.8%	3.2%	13.4%
PREPARATORIA	Count		96	12	16	13	27	164
	% within No tomar medicina		16.4%	15.0%	17.0%	23.2%	16.9%	16.7%
	% of Total		9.8%	1.2%	1.6%	1.3%	2.7%	16.7%
CARRERA TECNICA	Count		115	14	18	8	28	183
	% within No tomar medicina		19.6%	17.5%	19.1%	14.3%	17.5%	18.6%
	% of Total		11.7%	1.4%	1.8%	.8%	2.9%	18.6%
PROFESIONAL	Count	3	209	35	28	22	33	330
	% within No tomar medicina	60.0%	35.6%	43.8%	29.8%	39.3%	20.6%	33.6%
	% of Total	.3%	21.3%	3.6%	2.9%	2.2%	3.4%	33.6%
NINGUNA	Count		15			1	2	18
	% within No tomar medicina		2.6%			1.8%	1.3%	1.8%
	% of Total		1.5%			.1%	.2%	1.8%
Total	Count	5	587	80	94	56	160	982
	% within No tomar medicina	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.5%	59.8%	8.1%	9.6%	5.7%	16.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50.109 ^a	25	.002
Likelihood Ratio	57.314	25	.000
Linear-by-Linear Association	19.347	1	.000
N of Valid Cases	982		

a. 10 cells (27.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .09.

Figura 18. Escolaridad con Paso del Tiempo.



- **SEXO CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Reactivo 19. Acepto mis Sentimientos.

Se obtuvo que el 31.4% de la población total (n=309) respondió que de modo regular acepta sus sentimientos, de manera contraria un 6.1% (n=60) consideró que los describe muy mal el aceptar sus sentimientos. Cabría mencionarse entonces, que aproximadamente una tercera parte de la población es regularmente consciente de sus sentimientos.

Al establecer la relación entre el género y la aceptación de los sentimientos propios, se encontraron respuestas opuestas entre hombres y mujeres; mientras que las mujeres manifestaron que el aceptar sentimientos las describe muy bien (59.5%, n=128), los hombres en su mayoría respondieron que aceptar sentimientos los describe en términos de un poco.

Al aplicar la ji cuadrada se obtuvo una sig.=.508, por lo que puede concluirse que el sexo no mantiene relación significativa con aceptar los sentimientos. (Ver Tabla y Figura 19).

Tabla 19. Sexo con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Aceptar sentimientos	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

Sexo * Aceptar sentimientos Crosstabulation

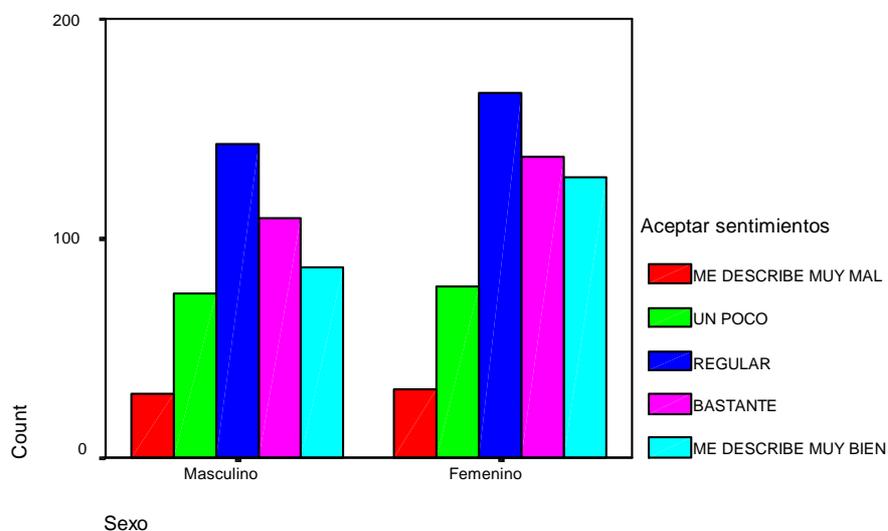
			Aceptar sentimientos					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
Sexo	Masculino	Count	29	75	143	109	87	443
		% within Aceptar sentimientos	48.3%	49.0%	46.3%	44.3%	40.5%	45.1%
		% of Total	3.0%	7.6%	14.5%	11.1%	8.9%	45.1%
	Femenino	Count	31	78	166	137	128	540
		% within Aceptar sentimientos	51.7%	51.0%	53.7%	55.7%	59.5%	54.9%
		% of Total	3.2%	7.9%	16.9%	13.9%	13.0%	54.9%
Total	Count	60	153	309	246	215	983	
	% within Aceptar sentimientos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	6.1%	15.6%	31.4%	25.0%	21.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.304 ^a	4	.508
Likelihood Ratio	3.312	4	.507
Linear-by-Linear Association	3.024	1	.082
N of Valid Cases	983		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 27.04.

Figura 19. Sexo con Total Afrontamiento.



- **EDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO.**

Al describir los resultados generales se encontró que la mayor parte de la muestra coincidió en responder que acepta sentimientos de manera regular en un 31.5% (n=309), en tanto que un 6.1% (n=60), considera que el aceptarlos los describe muy mal; de igual forma, se observa que un 25.15% (n=246) de la población manifiesta que acepta sentimientos en términos de bastante; por lo que la tendencia se dirige más a aceptar los sentimientos que a no hacerlo.

Al realizar la correlación entre edad y el aceptar sentimientos, se observó que los cuatro grupos se ubican con el mayor porcentaje de sus respuestas en un punto medio (regular) en cuanto a aceptar sus sentimientos, concordando en un segundo nivel alto de porcentaje en el rubro “bastante”, y seguido del rubro “me describe muy bien”. Finalmente, los 4 grupos consideraron que los describe muy mal el hecho de no aceptar sus sentimientos, inclusive, el cuarto grupo no proporcionó respuesta alguna en dicho rubro.

Con el propósito de encontrar la relación entre edad y el aceptar los sentimientos, se aplicó la prueba ji cuadrada, con la que se obtuvo una sig.=.466; con este resultado se puede argumentar que no se encuentra relacionada la edad con la aceptación de sentimientos ante una situación de estrés. (Ver Tabla y Figura 20).

Tabla 20. Edad con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Aceptar sentimientos	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

edad * Aceptar sentimientos Crosstabulation

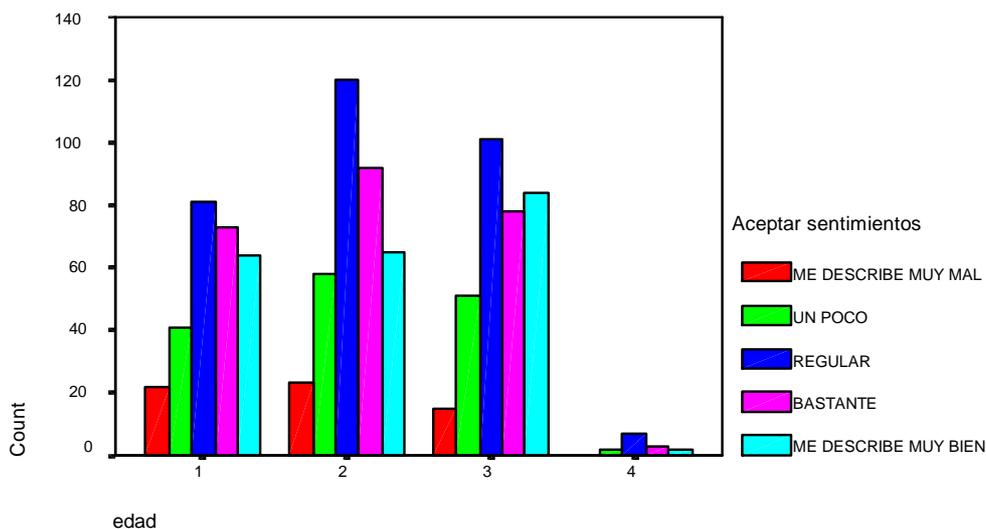
			Aceptar sentimientos					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
edad	1	Count	22	41	81	73	64	281
		% within Aceptar sentimientos	36.7%	27.0%	26.2%	29.7%	29.8%	28.6%
		% of Total	2.2%	4.2%	8.2%	7.4%	6.5%	28.6%
	2	Count	23	58	120	92	65	358
		% within Aceptar sentimientos	38.3%	38.2%	38.8%	37.4%	30.2%	36.5%
		% of Total	2.3%	5.9%	12.2%	9.4%	6.6%	36.5%
	3	Count	15	51	101	78	84	329
		% within Aceptar sentimientos	25.0%	33.6%	32.7%	31.7%	39.1%	33.5%
		% of Total	1.5%	5.2%	10.3%	7.9%	8.6%	33.5%
	4	Count		2	7	3	2	14
		% within Aceptar sentimientos		1.3%	2.3%	1.2%	.9%	1.4%
		% of Total		.2%	.7%	.3%	.2%	1.4%
Total	Count	60	152	309	246	215	982	
	% within Aceptar sentimientos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	6.1%	15.5%	31.5%	25.1%	21.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.746 ^a	12	.466
Likelihood Ratio	12.488	12	.407
Linear-by-Linear Association	.858	1	.354
N of Valid Cases	982		

a. 5 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .86.

Figura 20. Edad con Total Afrontamiento.



• **ESCOLARIDAD CON TOTAL DE AFRONTAMIENTO**

En la Tabla y Figura 21 se observó de manera general que el mayor porcentaje de la población considera en términos de regular el aceptar sentimientos ante una situación de tensión (31.5%; n=309), a diferencia del 6.1% (n=60) que opinó que los describe muy mal el hecho de no aceptar tales sentimientos.

A partir de la correlación entre nivel académico y aceptar sentimientos en situaciones de tensión, se observó que en el nivel profesional, la tendencia es mayor a considerar que los describe muy bien el hecho de aceptar sentimientos (29.9%; n=64) con respecto a los otros niveles (primaria, 18.2%; n=39; secundaria, 13.1%, n=28; preparatoria, 17.8%, n=38); carrera técnica, 19.2%, n=41 y ningún nivel de escolaridad, 1.9%, n=4); así mismo, para todos los niveles el rubro me describe muy mal representó los más bajos porcentajes de respuestas consideradas.

En el momento de aplicar la ji cuadrada se pudo obtener una sig.=.203, por lo que puede hablarse de que no hay diferencias significativas y que por lo tanto no existe una relación importante entre la escolaridad y el aceptar los sentimientos en una situación de tensión.

Tabla 21. Escolaridad con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Aceptar sentimientos	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Aceptar sentimientos Crosstabulation

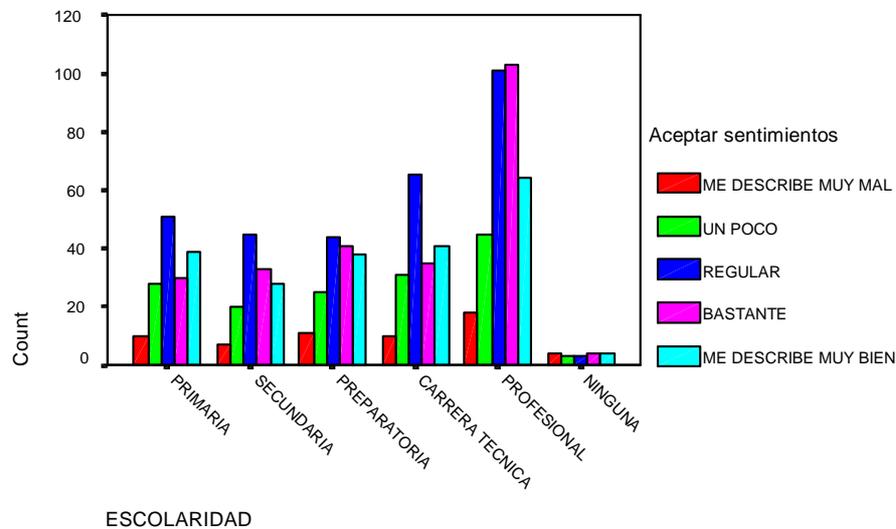
		Aceptar sentimientos					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	10	28	51	30	39	158
	% within Aceptar sentimientos	16.7%	18.4%	16.5%	12.2%	18.2%	16.1%
	% of Total	1.0%	2.9%	5.2%	3.1%	4.0%	16.1%
SECUNDARIA	Count	7	20	45	33	28	133
	% within Aceptar sentimientos	11.7%	13.2%	14.6%	13.4%	13.1%	13.6%
	% of Total	.7%	2.0%	4.6%	3.4%	2.9%	13.6%
PREPARATORIA	Count	11	25	44	41	38	159
	% within Aceptar sentimientos	18.3%	16.4%	14.2%	16.7%	17.8%	16.2%
	% of Total	1.1%	2.5%	4.5%	4.2%	3.9%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count	10	31	65	35	41	182
	% within Aceptar sentimientos	16.7%	20.4%	21.0%	14.2%	19.2%	18.6%
	% of Total	1.0%	3.2%	6.6%	3.6%	4.2%	18.6%
PROFESIONAL	Count	18	45	101	103	64	331
	% within Aceptar sentimientos	30.0%	29.6%	32.7%	41.9%	29.9%	33.7%
	% of Total	1.8%	4.6%	10.3%	10.5%	6.5%	33.7%
NINGUNA	Count	4	3	3	4	4	18
	% within Aceptar sentimientos	6.7%	2.0%	1.0%	1.6%	1.9%	1.8%
	% of Total	.4%	.3%	.3%	.4%	.4%	1.8%
Total	Count	60	152	309	246	214	981
	% within Aceptar sentimientos	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	6.1%	15.5%	31.5%	25.1%	21.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.967 ^a	20	.203
Likelihood Ratio	22.215	20	.329
Linear-by-Linear Association	.033	1	.856
N of Valid Cases	981		

a. 4 cells (13.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.10.

Figura 21. Escolaridad con Total Afrontamiento.



- **SEXO CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Reactivo 20. Mantener la calma.

De la población general, se encontró que un 34.7% (n=341) considera en términos de regular el mantener la calma ante una situación de tensión, le sigue un 25.2% (n=248) que respondió en el rubro bastante, un 20.2% (n=199) que respondió un poco; un 11.3% (n=111) que respondió “me describe muy mal”. De

acuerdo con esto, se observa que el mayor porcentaje se describe en términos neutros.

Una vez que se correlacionó el género-mantener la calma, se puede observar que de 248 personas que respondieron en el rubro “bastante”, 128 fueron hombres (51.6%), y 120 fueron mujeres (48.4%); de manera contraria, de las 84 personas que respondieron en el rubro “me describe muy mal” 53 fueron mujeres (63.1%), y 31 fueron hombres (36.9%).

Con la aplicación de la prueba ji cuadrada, se obtuvo una sig.=.010, lo que parece indicar que el género está relacionado con mantener la calma en situaciones de tensión, pudiéndose argumentar que los hombres tienden más a mantener la calma que las mujeres ante una situación de tensión o estrés. (Ver Tabla y Figura 22)

Tabla 22. Sexo con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Mantener la calma	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

Sexo * Mantener la calma Crosstabulation

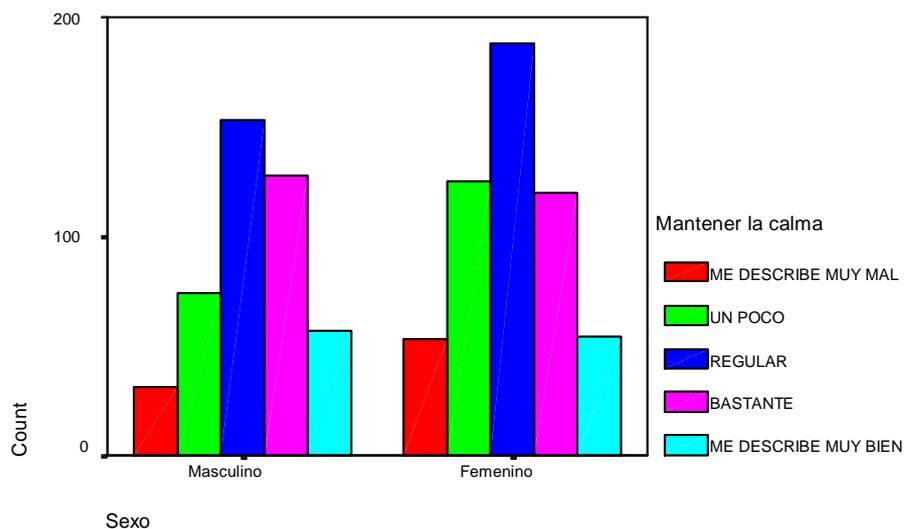
		Mantener la calma					Total	
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN		
Sexo	Masculino	Count	31	74	153	128	57	443
		% within Mantener la calma	36.9%	37.2%	44.9%	51.6%	51.4%	45.1%
		% of Total	3.2%	7.5%	15.6%	13.0%	5.8%	45.1%
	Femenino	Count	53	125	188	120	54	540
		% within Mantener la calma	63.1%	62.8%	55.1%	48.4%	48.6%	54.9%
		% of Total	5.4%	12.7%	19.1%	12.2%	5.5%	54.9%
Total	Count	84	199	341	248	111	983	
	% within Mantener la calma	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	8.5%	20.2%	34.7%	25.2%	11.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.322 ^a	4	.010
Likelihood Ratio	13.398	4	.009
Linear-by-Linear Association	11.778	1	.001
N of Valid Cases	983		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37.86.

Figura 22. Sexo con Total Afrontamiento.



• EDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO

De acuerdo a lo contestado por la población total, se pudo observar que el 34.6% (n=340) de la muestra considera que de manera regular mantiene la calma ante situaciones de estrés; en un 25.3% (n=248) que lo realiza en términos de bastante, y un 8.6% (n=84) que tal situación los describe muy mal. Con esto, puede observarse que la tendencia es hacia intentar mantener la calma más allá de manera regular.

En cuanto a la relación entre la edad y el mantener la calma, se encontró que los cuatro grupos de edad, coincidieron en catalogar como regular (es decir en término medio) el hecho de mantener la calma ante una situación de tensión; sin embargo, igualmente todo los grupos manifestaron que los describe mas bien que el mal el mantener un comportamiento de calma ante el estrés.

Una vez que se aplicó la prueba ji cuadrada, en la cual se obtuvo un valor de sig.=.139, se pudo determinar que la edad no se encuentra relacionada con mantener la calma en situaciones de tensión. (Ver Tabla y Figura 23).

Tabla 23. Edad con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Mantener la calma	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

edad * Mantener la calma Crosstabulation

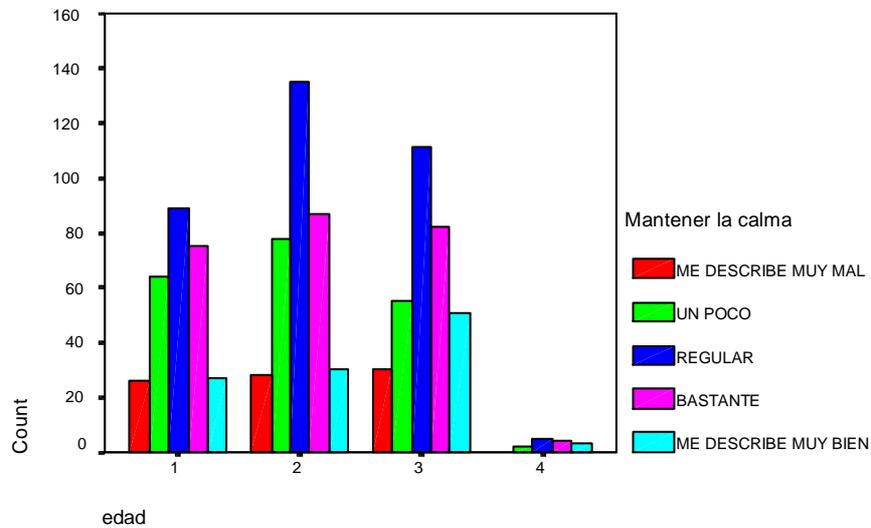
			Mantener la calma					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
edad	1	Count	26	64	89	75	27	281
		% within Mantener la calma	31.0%	32.2%	26.2%	30.2%	24.3%	28.6%
		% of Total	2.6%	6.5%	9.1%	7.6%	2.7%	28.6%
2	Count	28	78	135	87	30	358	
	% within Mantener la calma	33.3%	39.2%	39.7%	35.1%	27.0%	36.5%	
	% of Total	2.9%	7.9%	13.7%	8.9%	3.1%	36.5%	
3	Count	30	55	111	82	51	329	
	% within Mantener la calma	35.7%	27.6%	32.6%	33.1%	45.9%	33.5%	
	% of Total	3.1%	5.6%	11.3%	8.4%	5.2%	33.5%	
4	Count		2	5	4	3	14	
	% within Mantener la calma		1.0%	1.5%	1.6%	2.7%	1.4%	
	% of Total		.2%	.5%	.4%	.3%	1.4%	
Total	Count	84	199	340	248	111	982	
	% within Mantener la calma	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	8.6%	20.3%	34.6%	25.3%	11.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17.304 ^a	12	.139
Likelihood Ratio	18.108	12	.112
Linear-by-Linear Association	5.009	1	.025
N of Valid Cases	982		

a. 5 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.20.

Figura 23. Edad con Total Afrontamiento.



- **ESCOLARIDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Como se observa en la Tabla y Figura 24, el 34.7% de la población total (N=340) se identificó con la categoría de “regular” en lo relativo a mantener la calma bajo una situación de tensión, en contraste con el 8.6% de la población total (N=84), quien consideró que mantener la calma bajo una situación de tensión los “describe muy mal”.

Al relacionar el grado académico con mantener la calma bajo una situación de tensión, se observó que la población de todos los niveles escolares e incluso aquella que no cuenta con ningún grado académico (2.1%, N=7), coincidió en considerar que la respuesta que mejor los describe al mantener la calma bajo una situación de tensión, es la correspondiente al rubro de “regular”: Primaria 20.3% (N=69), Secundaria 12.6% (N=43), Preparatoria 14.7% (N=50), Carrera técnica 20% (N=68), Profesional 30.3% (N=103).

Al aplicar la prueba Ji cuadrada se encontró un valor de significancia de .003, a partir de lo cual podemos decir que sin importar el grado académico, la población considera que mantiene la calma bajo una situación de tensión regularmente.

Tabla 24. Escolaridad con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Mantener la calma	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Mantener la calma Crosstabulation

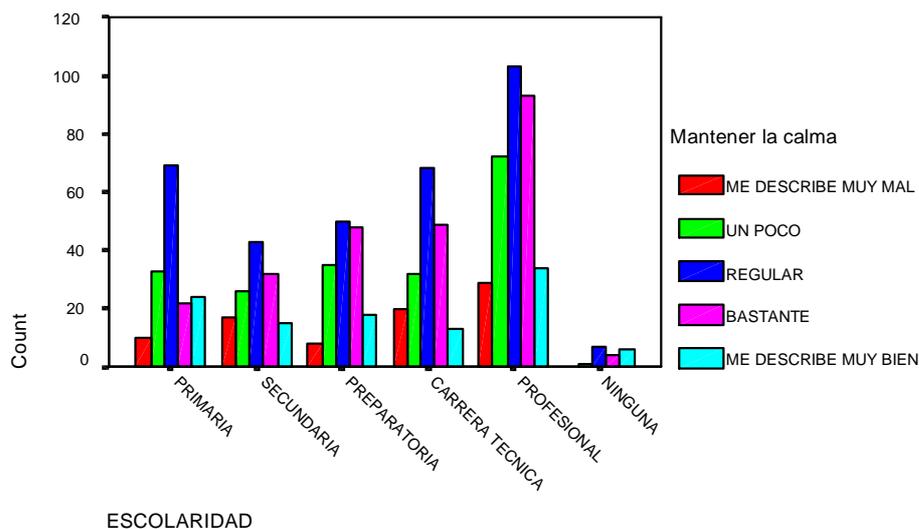
		Mantener la calma					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	10	33	69	22	24	158
	% within Mantener la calma	11.9%	16.6%	20.3%	8.9%	21.8%	16.1%
	% of Total	1.0%	3.4%	7.0%	2.2%	2.4%	16.1%
SECUNDARIA	Count	17	26	43	32	15	133
	% within Mantener la calma	20.2%	13.1%	12.6%	12.9%	13.6%	13.6%
	% of Total	1.7%	2.7%	4.4%	3.3%	1.5%	13.6%
PREPARATORIA	Count	8	35	50	48	18	159
	% within Mantener la calma	9.5%	17.6%	14.7%	19.4%	16.4%	16.2%
	% of Total	.8%	3.6%	5.1%	4.9%	1.8%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count	20	32	68	49	13	182
	% within Mantener la calma	23.8%	16.1%	20.0%	19.8%	11.8%	18.6%
	% of Total	2.0%	3.3%	6.9%	5.0%	1.3%	18.6%
PROFESIONAL	Count	29	72	103	93	34	331
	% within Mantener la calma	34.5%	36.2%	30.3%	37.5%	30.9%	33.7%
	% of Total	3.0%	7.3%	10.5%	9.5%	3.5%	33.7%
NINGUNA	Count		1	7	4	6	18
	% within Mantener la calma		.5%	2.1%	1.6%	5.5%	1.8%
	% of Total		.1%	.7%	.4%	.6%	1.8%
Total	Count	84	199	340	248	110	981
	% within Mantener la calma	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	8.6%	20.3%	34.7%	25.3%	11.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42.085 ^a	20	.003
Likelihood Ratio	43.121	20	.002
Linear-by-Linear Association	.280	1	.597
N of Valid Cases	981		

a. 4 cells (13.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.54.

Figura 24. Escolaridad con Total Afrontamiento.



• **SEXO CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Reactivo 21. Procurar Controlar la Situación

Se observó que de manera general el 37.1% (n=364) de la población total, consideró que controla “bastante” una situación bajo tensión; mientras que el 3.5% (n=34), consideró que controlar dichas situaciones los “describe muy mal”.

Al relacionar el sexo con controlar una situación bajo tensión, se encontró que tanto hombres como mujeres respondieron en un 18.5%(n=182) ante el rubro “bastante”; sin embargo, en el rubro “me describe muy mal” se encontró que el 1.1% (n=11) correspondió al sexo masculino y el 2.3% (n=23) correspondió al sexo femenino.

Una vez que se aplicó la prueba ji cuadrada, se obtuvo una sig.=.003, lo cual parece indicar que el sexo está relacionado en controlar la situación de tensión, considerándose que los hombres tienden con mayor frecuencia a

controlar este tipo de situaciones en comparación a las mujeres (Ver Tabla y Figura 25).

Tabla 25. Sexo con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Controlar situación	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

Sexo * Controlar situación Crosstabulation

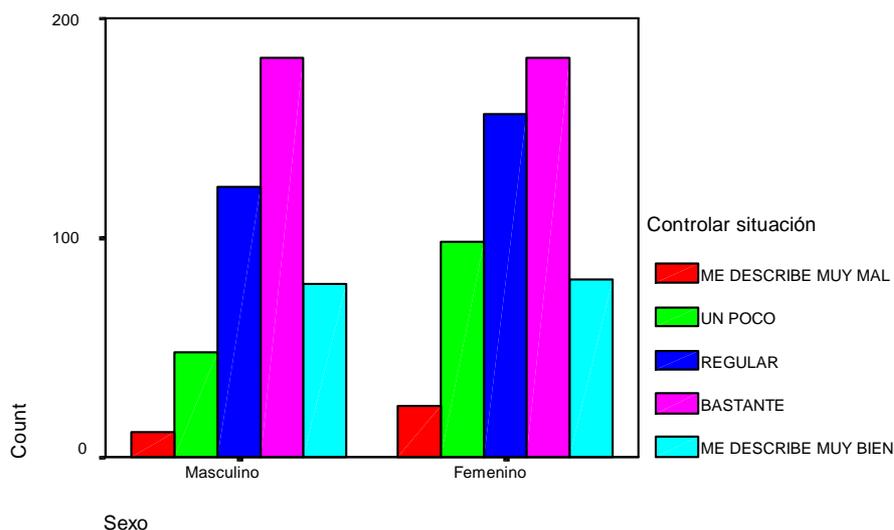
			Controlar situación					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
Sexo	Masculino	Count	11	48	123	182	79	443
		% within Controlar situación	32.4%	32.9%	44.1%	50.0%	49.4%	45.1%
		% of Total	1.1%	4.9%	12.5%	18.5%	8.0%	45.1%
	Femenino	Count	23	98	156	182	81	540
		% within Controlar situación	67.6%	67.1%	55.9%	50.0%	50.6%	54.9%
		% of Total	2.3%	10.0%	15.9%	18.5%	8.2%	54.9%
Total		Count	34	146	279	364	160	983
		% within Controlar situación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	3.5%	14.9%	28.4%	37.0%	16.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.870 ^a	4	.003
Likelihood Ratio	16.153	4	.003
Linear-by-Linear Association	12.874	1	.000
N of Valid Cases	983		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 15.32.

Figura 25. Sexo con Total Afrontamiento.



• **EDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Se observó en la Tabla y Figura 26, que de la población total, un 37.1% (n=364) opinó que los describe en términos de bastante el hecho de controlar una situación de tensión; mientras que un 3.5% (n=34) consideró que los describe muy mal dicha reacción.

Una vez realizada la correlación entre la edad y el controlar una situación de tensión, se encontró que de manera general todos los grupos concuerdan en considerar como bastante, su aptitud para controlar una situación de tensión, puesto que en ese rubro se concentraron la mayoría de sus respuestas, a este rubro le siguió el de regular; aunque no en el caso del último grupo, donde la mayor parte de las respuestas después del bastante, se concentraron en el rubro “un poco” (.4%, n=4). En términos generales, todos los grupos manifestaron la menor frecuencia de sus respuestas en el rubro “me describe muy mal, a

excepción del último en el que ninguno consideró que el controlar la situación los describiera mal, puesto que ninguno contestó en tal rubro.

Con la finalidad de establecer la relación entre la edad y el controlar una situación de tensión, se aplicó la prueba ji cuadrada, donde se obtuvo un valor de sig.=.029, considerándose a partir de esto que, en efecto la edad tiene relación con tal proposición, argumentándose así que el tercer grupo de edad suele ser más propenso a mantener la calma, de acuerdo a que a ellos los describe muy bien (43.1%, n=69) en comparación al primer grupo de edad, quienes consideran que tal actitud los describe muy mal (44.1%, n=15).

Tabla 26. Edad con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Controlar situación	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

edad * Controlar situación Crosstabulation

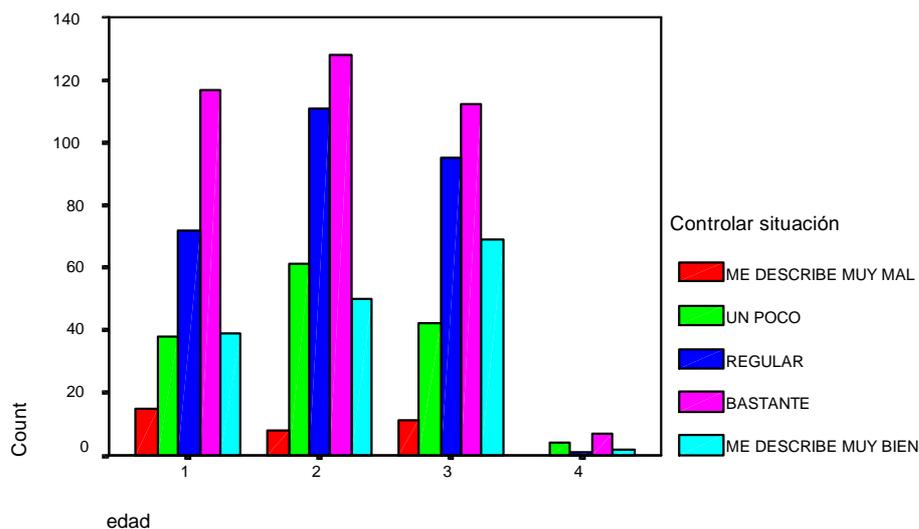
			Controlar situación				Total	
			ME DESCRIBE MUJ MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		ME DESCRIBE MUJ BIEN
edad	1	Count	15	38	72	117	39	281
		% within Controlar situación	44.1%	26.2%	25.8%	32.1%	24.4%	28.6%
		% of Total	1.5%	3.9%	7.3%	11.9%	4.0%	28.6%
	2	Count	8	61	111	128	50	358
		% within Controlar situación	23.5%	42.1%	39.8%	35.2%	31.3%	36.5%
		% of Total	.8%	6.2%	11.3%	13.0%	5.1%	36.5%
	3	Count	11	42	95	112	69	329
		% within Controlar situación	32.4%	29.0%	34.1%	30.8%	43.1%	33.5%
		% of Total	1.1%	4.3%	9.7%	11.4%	7.0%	33.5%
	4	Count		4	1	7	2	14
		% within Controlar situación		2.8%	.4%	1.9%	1.3%	1.4%
		% of Total		.4%	.1%	.7%	.2%	1.4%
Total	Count	34	145	279	364	160	982	
	% within Controlar situación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	3.5%	14.8%	28.4%	37.1%	16.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.872 ^a	12	.029
Likelihood Ratio	23.386	12	.025
Linear-by-Linear Association	1.874	1	.171
N of Valid Cases	982		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .48.

Figura 26. Edad con Total Afrontamiento.



- **ESCOLARIDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Se observó que el 37.1% de la población total (N=364) considera que controla “bastante” una situación bajo tensión, a diferencia del 3.5% (N=34) quienes opinaron que controlar una situación bajo tensión “los describe muy mal”.

Al relacionar el nivel de escolaridad con controlar una situación bajo tensión, se encontró que la respuesta “bastante” obtuvo los mayores porcentajes en los niveles escolares de Primaria 15.1% (N=55), Secundaria 12.6% (N=46), Preparatoria 18.7% (N=68), carrera técnica 17.6% (N=64) y profesional 34.6% (N=126); mientras que en la población que no posee ningún nivel escolar 4.4% (N=7) fue aquella correspondiente al rubro “me describe muy bien”.

Asimismo, se observó que sin importar el nivel de escolaridad, los índices de respuesta menores se obtuvieron en el rubro “me describe muy mal “: primaria 8.8% (N=3), secundaria 20.6% (N=7), preparatoria 14.7% (N=5), carrera técnica 11.8% (N=4) y profesional 44.1% (N=15).

Al establecer una correlación entre el nivel de escolaridad y controlar una situación bajo tensión, se obtuvo un nivel de significancia de .08, a partir de lo cual podemos decir que no existe relación entre estas dos variables, aunque conviene señalar que a partir del valor de significancia obtenido no es posible validar los resultados encontrados (Ver Tabla y Figura 27).

Tabla 27. Escolaridad con Total Afrontamiento

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Controlar situación	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Controlar situación Crosstabulation

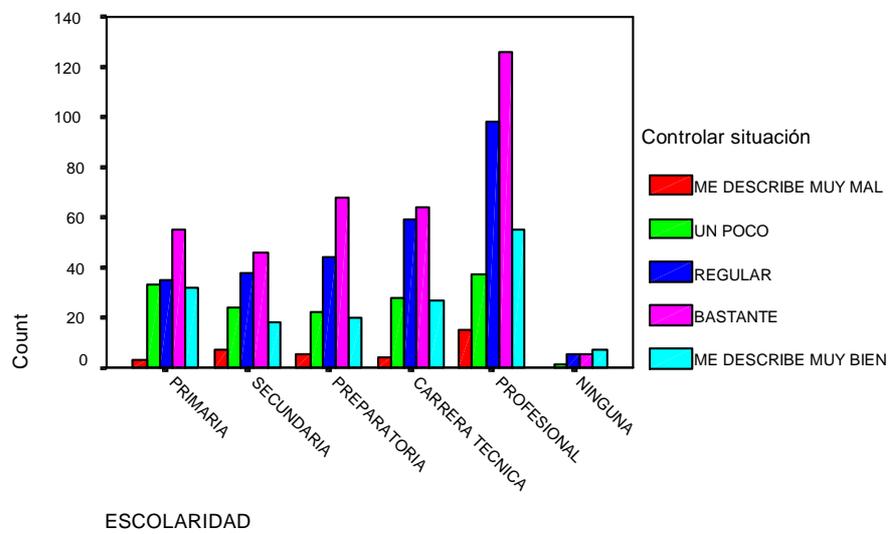
		Controlar situación					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
ESCOLARIDA PRIMARIA	Count	3	33	35	55	32	158
	% within Controlar situación	8.8%	22.8%	12.5%	15.1%	20.1%	16.1%
	% of Total	.3%	3.4%	3.6%	5.6%	3.3%	16.1%
SECUNDARIA	Count	7	24	38	46	18	133
	% within Controlar situación	20.6%	16.6%	13.6%	12.6%	11.3%	13.6%
	% of Total	.7%	2.4%	3.9%	4.7%	1.8%	13.6%
PREPARATORIA	Count	5	22	44	68	20	159
	% within Controlar situación	14.7%	15.2%	15.8%	18.7%	12.6%	16.2%
	% of Total	.5%	2.2%	4.5%	6.9%	2.0%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count	4	28	59	64	27	182
	% within Controlar situación	11.8%	19.3%	21.1%	17.6%	17.0%	18.6%
	% of Total	.4%	2.9%	6.0%	6.5%	2.8%	18.6%
PROFESIONAL	Count	15	37	98	126	55	331
	% within Controlar situación	44.1%	25.5%	35.1%	34.6%	34.6%	33.7%
	% of Total	1.5%	3.8%	10.0%	12.8%	5.6%	33.7%
NINGUNA	Count		1	5	5	7	18
	% within Controlar situación		.7%	1.8%	1.4%	4.4%	1.8%
	% of Total		.1%	.5%	.5%	.7%	1.8%
Total	Count	34	145	279	364	159	981
	% within Controlar situación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	3.5%	14.8%	28.4%	37.1%	16.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.338 ^a	20	.081
Likelihood Ratio	28.654	20	.095
Linear-by-Linear Association	1.275	1	.259
N of Valid Cases	981		

a. 4 cells (13.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .62.

Figura 27. Escolaridad con Total Afrontamiento..



- **SEXO CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Reactivo 22. Tratar de conocer mejor la situación.

Al observar los resultados se encontró que un 39.5% (n=388) de la población general, respondió en términos de bastante en cuanto a conocer una situación de tensión; mientras que un 3.1% (n=30) respondió que las describe muy mal dicha acción. En términos generales puede decirse que aproximadamente la tercera parte de la población tiende a conocer una situación de estrés.

En cuanto a relacionar el género con tratar de conocer una situación estresante, se encontró que ambos sexos por igual consideran que tal acción los describe muy mal (50%, n=15). No obstante, en el rubro de que los describe en términos de poco, las mujeres obtuvieron un porcentaje mayor que los hombres, (mujeres: 62.2%, n=56; y hombres: 37.8%, n=34).

Con base en la aplicación de la ji cuadrada, en la que se obtuvo un valor de sig.=.054. se puede mencionar que no existen diferencias significativas entre las respuestas de hombres y mujeres, por lo que el sexo no está relacionado con el tratar de conocer mejor una situación estresante. (Ver Tabla y Figura 28).

Tabla 28. Sexo Con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Conocer la situación	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

Sexo * Conocer la situación Crosstabulation

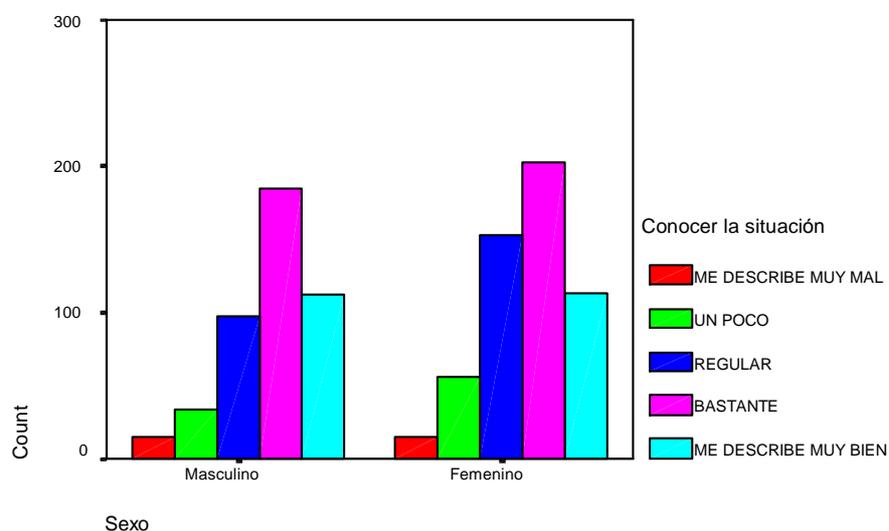
			Conocer la situación					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
Sexo	Masculino	Count	15	34	97	185	112	443
		% within Conocer la situación	50.0%	37.8%	38.8%	47.7%	49.8%	45.1%
		% of Total	1.5%	3.5%	9.9%	18.8%	11.4%	45.1%
	Femenino	Count	15	56	153	203	113	540
		% within Conocer la situación	50.0%	62.2%	61.2%	52.3%	50.2%	54.9%
		% of Total	1.5%	5.7%	15.6%	20.7%	11.5%	54.9%
Total	Count	30	90	250	388	225	983	
	% within Conocer la situación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	3.1%	9.2%	25.4%	39.5%	22.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.280 ^a	4	.054
Likelihood Ratio	9.336	4	.053
Linear-by-Linear Association	4.848	1	.028
N of Valid Cases	983		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13.52.

Figura 28. Sexo Con Total Afrontamiento. .



- **EDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

En el análisis de la tabla y fig. No. 23, se puede observar que de la población general, un 39.5% (n=388) concentró sus respuestas en el término de bastante con referencia a conocer una situación de tensión; cuando por otra parte, un 3.1% (n=30) concentró sus respuestas en el término de que los describe muy mal tal posición.

Al respecto de la correlación entre la edad y el conocer mejor una situación de tensión, se encontró que de manera general todos los grupos coincidieron en sus respuestas en el término bastante; sin embargo, el primer grupo (7%, n=69) y cuarto grupo (.3%, n=3) consideraron como respuesta mayoritaria después de dicho rubro y en comparación de los otros grupos, el rubro “me describe muy bien”.

Con la aplicación de la prueba ji cuadrada se logró una sig.=.017, por lo que se argumenta que la edad está relacionada con el tratar de conocer una situación de tensión; de este modo puede decirse que el primer y cuarto grupos son más sensibles a indagar en este tipo de situaciones (Ver Tabla y Figura 29).

Tabla 29. Edad con Total Afrontamiento.

	Case Processing Summary					
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Conocer la situación	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

edad * Conocer la situación Crosstabulation

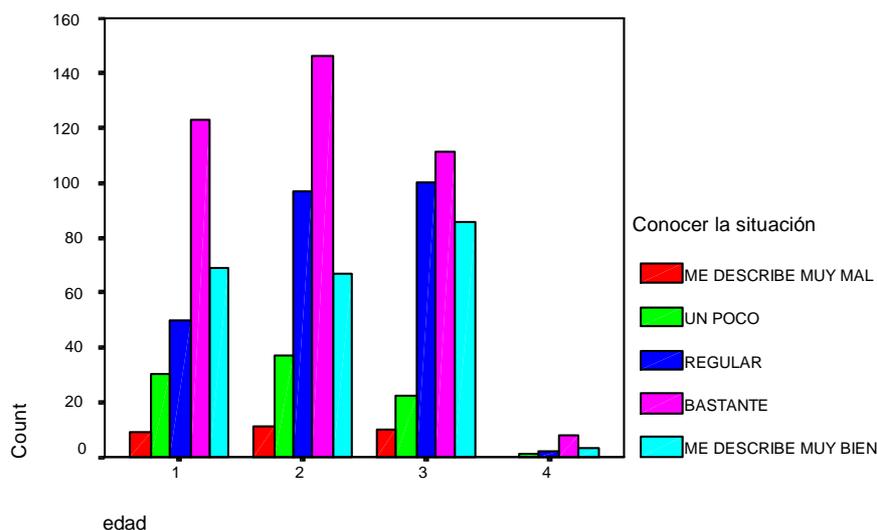
			Conocer la situación					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
edad	1	Count	9	30	50	123	69	281
		% within Conocer la situación	30.0%	33.3%	20.1%	31.7%	30.7%	28.6%
		% of Total	.9%	3.1%	5.1%	12.5%	7.0%	28.6%
	2	Count	11	37	97	146	67	358
		% within Conocer la situación	36.7%	41.1%	39.0%	37.6%	29.8%	36.5%
		% of Total	1.1%	3.8%	9.9%	14.9%	6.8%	36.5%
	3	Count	10	22	100	111	86	329
		% within Conocer la situación	33.3%	24.4%	40.2%	28.6%	38.2%	33.5%
		% of Total	1.0%	2.2%	10.2%	11.3%	8.8%	33.5%
	4	Count		1	2	8	3	14
		% within Conocer la situación		1.1%	.8%	2.1%	1.3%	1.4%
		% of Total		.1%	.2%	.8%	.3%	1.4%
Total	Count	30	90	249	388	225	982	
	% within Conocer la situación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	3.1%	9.2%	25.4%	39.5%	22.9%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	24.593 ^a	12	.017
Likelihood Ratio	25.942	12	.011
Linear-by-Linear Association	.001	1	.977
N of Valid Cases	982		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .43.

Figura 29. Edad con Total Afrontamiento.



• **ESCOLARIDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Como muestra la Tabla y Figura 30, el 39.6% de la población total (N=380) consideró la respuesta “bastante” como aquella con la que más se identificó ante el hecho de tratar de conocer mejor la situación, estando bajo tensión; a diferencia del 3.1% (N=30) quienes opinaron que tratar de conocer mejor la situación es una respuesta que los describe muy mal.

A partir de la correlación realizada entre el nivel de escolaridad y tratar de conocer mejor la situación estando bajo tensión, se observó que aquellas personas que no cuentan con ningún grado académico y las que tienen nivel escolar de primaria se identificaron con la respuesta “regular” (4% y 19.3% respectivamente); mientras que 45 personas con secundaria (11.6%), 72 con preparatoria (18.6%), 82 con carrera técnica (21.1%) y 144 con nivel profesional (37.1%) coincidieron en que la respuesta que mejor los describió fue “bastante”.

Se observó, también, que la respuesta con menor porcentaje en la mayoría de los niveles de escolaridad fue aquella correspondiente al rubro de “me describe muy mal”, la cual se encontró en la población que cuenta con primaria (.8%, N=8), secundaria (.6%, N=6), preparatoria (.5%, N= 5= y profesional (1.1%, N=11).

Al aplicar la prueba Ji cuadrada se obtuvo un valor de significancia de .000, por lo que podemos establecer que existe la escolaridad no se encuentra relacionada con el hecho de tratar de conocer mejor la situación estando bajo tensión, ya que independientemente del grado académico, la población se identificó con la respuesta bastante.

Tabla 30. Escolaridad con Total Afrontamiento.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Conocer la situación	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Conocer la situación Crosstabulation

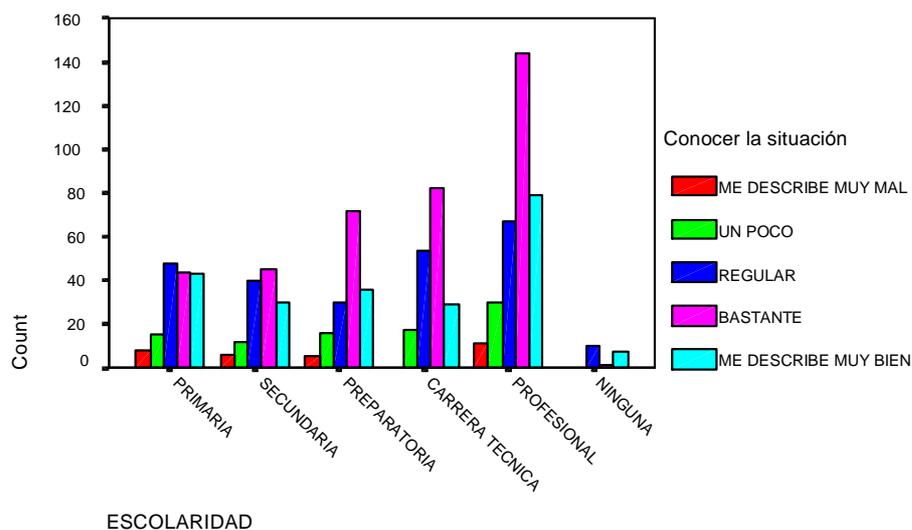
		Conocer la situación					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	8	15	48	44	43	158
	% within Conocer la situación	26.7%	16.7%	19.3%	11.3%	19.2%	16.1%
	% of Total	.8%	1.5%	4.9%	4.5%	4.4%	16.1%
SECUNDARIA	Count	6	12	40	45	30	133
	% within Conocer la situación	20.0%	13.3%	16.1%	11.6%	13.4%	13.6%
	% of Total	.6%	1.2%	4.1%	4.6%	3.1%	13.6%
PREPARATORIA	Count	5	16	30	72	36	159
	% within Conocer la situación	16.7%	17.8%	12.0%	18.6%	16.1%	16.2%
	% of Total	.5%	1.6%	3.1%	7.3%	3.7%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count		17	54	82	29	182
	% within Conocer la situación		18.9%	21.7%	21.1%	12.9%	18.6%
	% of Total		1.7%	5.5%	8.4%	3.0%	18.6%
PROFESIONAL	Count	11	30	67	144	79	331
	% within Conocer la situación	36.7%	33.3%	26.9%	37.1%	35.3%	33.7%
	% of Total	1.1%	3.1%	6.8%	14.7%	8.1%	33.7%
NINGUNA	Count			10	1	7	18
	% within Conocer la situación			4.0%	.3%	3.1%	1.8%
	% of Total			1.0%	.1%	.7%	1.8%
Total	Count	30	90	249	388	224	981
	% within Conocer la situación	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	3.1%	9.2%	25.4%	39.6%	22.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50.768 ^a	20	.000
Likelihood Ratio	60.309	20	.000
Linear-by-Linear Association	2.441	1	.118
N of Valid Cases	981		

a. 7 cells (23.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .55.

Figura 30. Escolaridad con Total Afrontamiento.



• **SEXO CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Reactivo 23. Tratar de sentirse mejor.

En la Tabla y Figura 31, se puede observar que el 39.9% (n=392) de la población general, contestó que busca sentirse mejor ante situaciones estresantes en términos de bastante, en tanto que el 1.9%(n=19) contestó que dicha búsqueda los describe muy mal. De acuerdo a esto se puede argumentar que la mayoría de la población, independientemente del sexo, coincide en tratar de sentirse mejor en una situación de estrés.

Una vez que se aplicó la prueba ji cuadrada con el propósito de establecer la relación entre género y el tratar de sentirse mejor, se tuvo una sig.=.846, por lo que el género no está relacionado significativamente con tal rubro. Sin embargo, de 392 personas que contestaron “bastante”, 216 fueron mujeres y 176 fueron hombres.

Tabla 31. Sexo con total afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Sentirse mej	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

Sexo * Sentirse mejor Crosstabulation

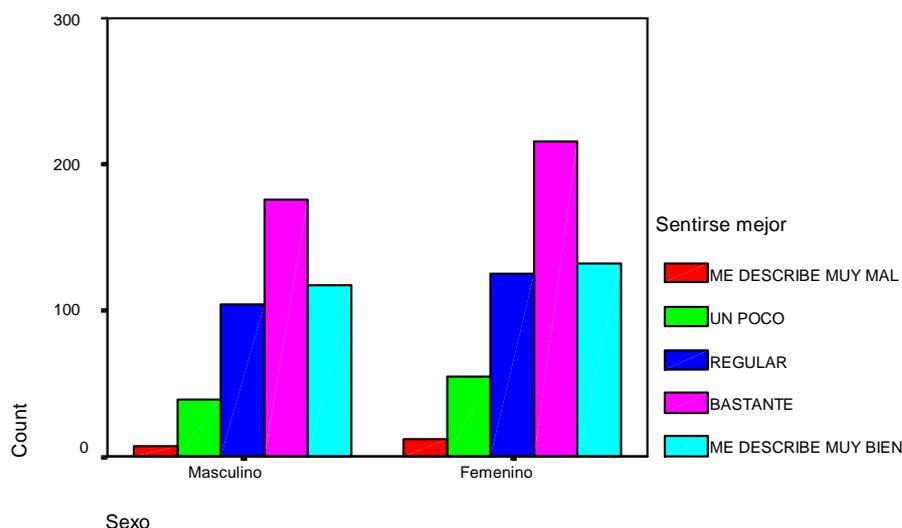
			Sentirse mejor				ME DESCRIBE MUY BIEN	Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		
Sexo	Masculino	Count	7	39	104	176	117	443
		% within Sentirse mej	36.8%	41.5%	45.4%	44.9%	47.0%	45.1%
		% of Total	.7%	4.0%	10.6%	17.9%	11.9%	45.1%
	Femenino	Count	12	55	125	216	132	540
		% within Sentirse mej	63.2%	58.5%	54.6%	55.1%	53.0%	54.9%
		% of Total	1.2%	5.6%	12.7%	22.0%	13.4%	54.9%
Total		Count	19	94	229	392	249	983
		% within Sentirse mej	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	1.9%	9.6%	23.3%	39.9%	25.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.392 ^a	4	.846
Likelihood Ratio	1.402	4	.844
Linear-by-Linear Association	.983	1	.321
N of Valid Cases	983		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.56.

Figura 31. Sexo con total afrontamiento.



• **EDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

En la descripción de la Tabla y Figura 32, puede mencionarse que la población coincidió en sus respuestas de considerar en términos de bastante su interés por sentirse mejor en una situación de estrés (39.9%, n=392); en tanto que un 1.9% (n=19), consideró que tal postura los describe muy mal, siendo el primer grupo en comparación a los otros (.9%, n=9) el que más se inclinó por tal respuesta.

Al realizar la correlación entre edad y tratar de sentirse mejor, se observó que en el caso de los cuatro grupos, el mayor porcentaje de sus respuestas se dio en el rubro “ bastante” , siguiéndole en porcentaje de respuestas el rubro “me describe muy bien” a excepción del grupo 2, cuya segunda opción de respuestas mayoritarias, se ubicó en el rubro “regular”. Es importante destacar que en el rubro

“me describe muy bien” el tercer grupo (41%, n=102) por encima de los demás, obtuvo el mayor porcentaje de respuestas.

Una vez aplicada la ji cuadrada se obtuvo un nivel de sig.=.015, lo que determina que la edad sí está relacionada con tal variante; de tal modo, puede argumentarse que el tercer grupo trata con mayor frecuencia de sentirse mejor ante una situación de tensión. Cabe agregar que el cuarto grupo no consideró como respuestas alternativas los rubros “me describe muy mal” y “un poco”, por el contrario, con el que más se identificaron fue con el rubro “bastante”.

Tabla 32. Edad con total afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Sentirse mejor	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

edad * Sentirse mejor Crosstabulation

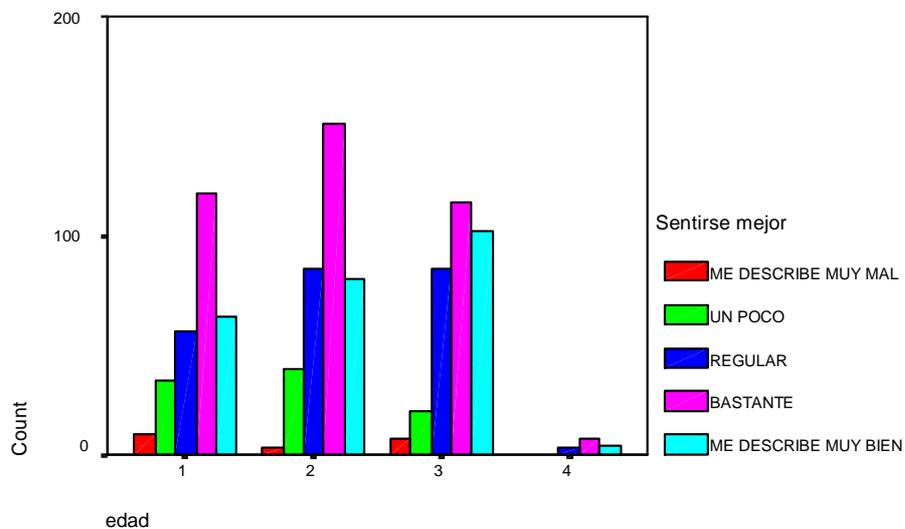
		Sentirse mejor					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
edad 1	Count	9	34	56	119	63	281
	% within Sentirse mejor	47.4%	36.6%	24.5%	30.4%	25.3%	28.6%
	% of Total	.9%	3.5%	5.7%	12.1%	6.4%	28.6%
2	Count	3	39	85	151	80	358
	% within Sentirse mejor	15.8%	41.9%	37.1%	38.5%	32.1%	36.5%
	% of Total	.3%	4.0%	8.7%	15.4%	8.1%	36.5%
3	Count	7	20	85	115	102	329
	% within Sentirse mejor	36.8%	21.5%	37.1%	29.3%	41.0%	33.5%
	% of Total	.7%	2.0%	8.7%	11.7%	10.4%	33.5%
4	Count			3	7	4	14
	% within Sentirse mejor			1.3%	1.8%	1.6%	1.4%
	% of Total			.3%	.7%	.4%	1.4%
Total	Count	19	93	229	392	249	982
	% within Sentirse mejor	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	1.9%	9.5%	23.3%	39.9%	25.4%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.052 ^a	12	.015
Likelihood Ratio	27.151	12	.007
Linear-by-Linear Association	6.129	1	.013
N of Valid Cases	982		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .27.

Figura 32. Edad con total afrontamiento.



• ESCOLARIDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO

El 40% de la población total equivalente a 392 personas estimó que la respuesta “bastante” fue con la que más se identificaron al tratar de sentirse mejor estando bajo una situación de tensión, mientras que el 1.9% (N=19) consideró que tratar de sentirse mejor en una situación de tensión los describe muy mal.

Al establecer una correlación entre el nivel académico y el tratar de sentirse mejor, se encontró que aquellas personas con secundaria (6%, N=49), preparatoria (6.1%, N=60), carrera técnica (8.1%, N=79), profesional (14%, N=137) , e incluso aquellas que no poseen ningún grado escolar (.8%, N=8) estuvieron de acuerdo en considerar que la respuesta “bastante” fue la que mejor los describió; siendo así que la respuesta “me describe muy mal” tratar de sentirme mejor estando bajo una situación de tensión, fue la que obtuvo los más bajos porcentajes al margen del grado académico que posee la población.

El nivel de significancia que se obtuvo al aplicar la prueba Ji cuadrada fue de .075, por lo que se concluye que el nivel de escolaridad de la población no está relacionado con tratar de sentirse mejor bajo una situación de tensión (Ver Tabla y Figura 33).

Tabla 33. Escolaridad con total afrontamiento.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD Sentirse mejor	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Sentirse mejor Crosstabulation

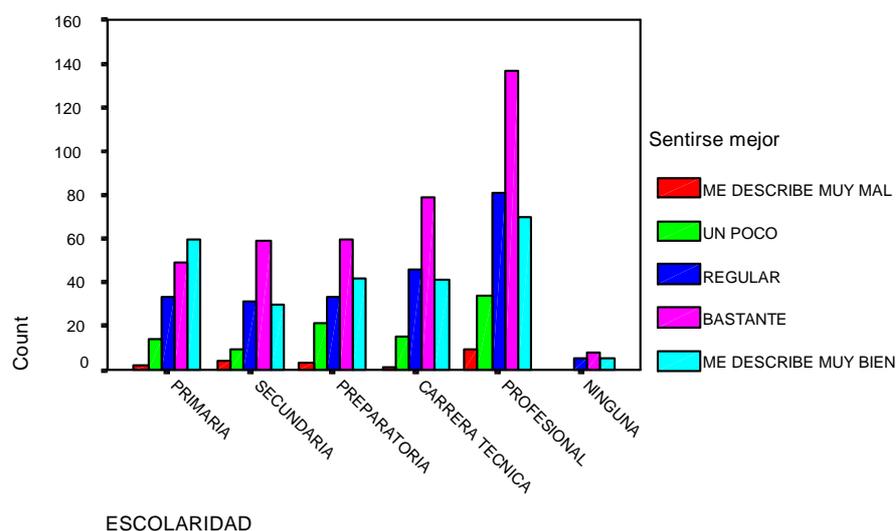
		Sentirse mejor					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	2	14	33	49	60	158
	% within Sentirse mej	10.5%	15.1%	14.4%	12.5%	24.2%	16.1%
	% of Total	.2%	1.4%	3.4%	5.0%	6.1%	16.1%
SECUNDARIA	Count	4	9	31	59	30	133
	% within Sentirse mej	21.1%	9.7%	13.5%	15.1%	12.1%	13.6%
	% of Total	.4%	.9%	3.2%	6.0%	3.1%	13.6%
PREPARATORIA	Count	3	21	33	60	42	159
	% within Sentirse mej	15.8%	22.6%	14.4%	15.3%	16.9%	16.2%
	% of Total	.3%	2.1%	3.4%	6.1%	4.3%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count	1	15	46	79	41	182
	% within Sentirse mej	5.3%	16.1%	20.1%	20.2%	16.5%	18.6%
	% of Total	.1%	1.5%	4.7%	8.1%	4.2%	18.6%
PROFESIONAL	Count	9	34	81	137	70	331
	% within Sentirse mej	47.4%	36.6%	35.4%	34.9%	28.2%	33.7%
	% of Total	.9%	3.5%	8.3%	14.0%	7.1%	33.7%
NINGUNA	Count			5	8	5	18
	% within Sentirse mej			2.2%	2.0%	2.0%	1.8%
	% of Total			.5%	.8%	.5%	1.8%
Total	Count	19	93	229	392	248	981
	% within Sentirse mej	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	1.9%	9.5%	23.3%	40.0%	25.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.671 ^a	20	.075
Likelihood Ratio	31.184	20	.053
Linear-by-Linear Association	4.769	1	.029
N of Valid Cases	981		

a. 8 cells (26.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .35.

Figura 33. Escolaridad con total afrontamiento.



- **SEXO CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Reactivo 24. Tratar de solucionar los problemas.

Se observó que la tendencia de la población total es tratar de solucionar los problemas ante situaciones de tensión ya que el 42.9% (n=422) coincidió en responder “bastante”, en tanto que un 1.6% (n=16) refirió que dicha acción los “describe muy mal”.

Al aplicar la prueba ji cuadrada se observó una sig.=.065, lo cual indica que el sexo no está relacionado con tratar de solucionar los problemas; sin embargo, de 422 personas que contestaron en el rubro bastante, 248 fueron mujeres y 174 fueron hombres, siendo notable que las mujeres optaron más por buscar la solución a los problemas en situaciones de tensión. (Ver Tabla y Figura 34).

Tabla 34. Sexo con total afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Solucionar problemas	983	99.8%	2	.2%	985	100.0%

Sexo * Solucionar problemas Crosstabulation

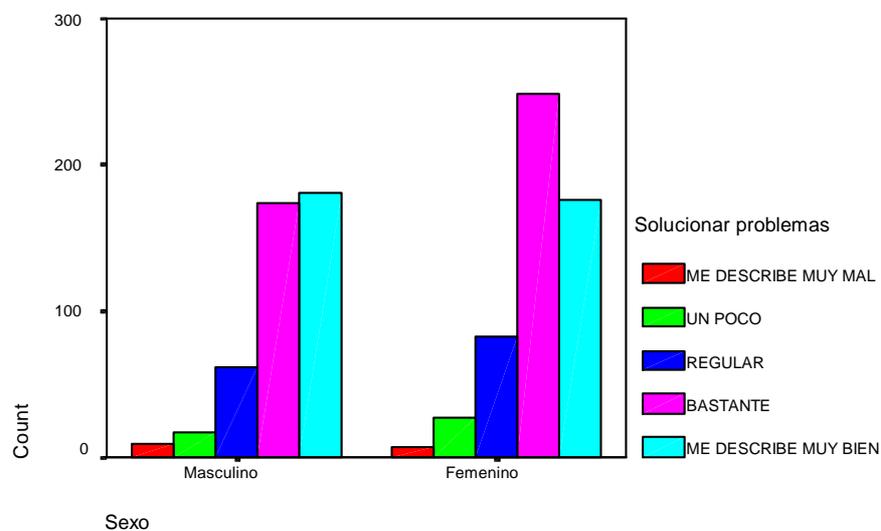
			Solucionar problemas					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
Sexo	Masculino	Count	9	17	62	174	181	443
		% within Solucionar problemas	56.3%	38.6%	43.1%	41.2%	50.7%	45.1%
		% of Total	.9%	1.7%	6.3%	17.7%	18.4%	45.1%
	Femenino	Count	7	27	82	248	176	540
		% within Solucionar problemas	43.8%	61.4%	56.9%	58.8%	49.3%	54.9%
		% of Total	.7%	2.7%	8.3%	25.2%	17.9%	54.9%
Total	Count	16	44	144	422	357	983	
	% within Solucionar problemas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	1.6%	4.5%	14.6%	42.9%	36.3%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.861 ^a	4	.065
Likelihood Ratio	8.856	4	.065
Linear-by-Linear Association	2.688	1	.101
N of Valid Cases	983		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7.21.

Figura 34. Sexo con total afrontamiento.



- **EDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO**

Se observó que la tendencia de la población total es tratar de solucionar los problemas ante situaciones de tensión ya que el 42.9% (n=422) coincidió en responder “bastante”, en tanto que un 1.6% (n=16) refirió que dicha acción los “describe muy mal”.

Al aplicar la prueba ji cuadrada se observó una sig.=.065, lo cual indica que el sexo no está relacionado con tratar de solucionar los problemas; sin embargo, de 422 personas que contestaron en el rubro bastante, 248 fueron mujeres y 174 fueron hombres, siendo notable que las mujeres optaron más por buscar la solución a los problemas en situaciones de tensión (Ver Tabla y Figura 35).

Tabla 35. Edad con total afrontamiento.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Solucionar problemas	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

edad * Solucionar problemas Crosstabulation

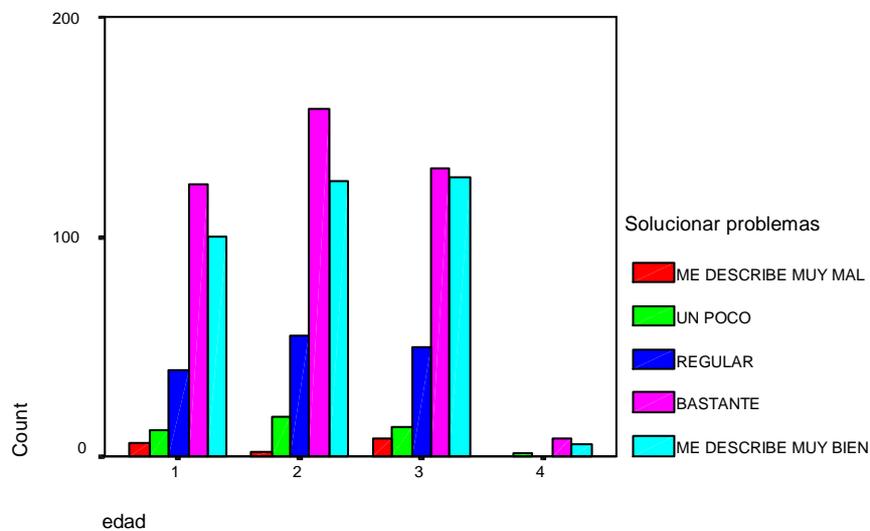
			Solucionar problemas					Total
			ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
edad 1	Count	6	12	39	124	100	281	
	% within Solucionar problemas	37.5%	27.3%	27.1%	29.5%	28.0%	28.6%	
	% of Total	.6%	1.2%	4.0%	12.6%	10.2%	28.6%	
2	Count	2	18	55	158	125	358	
	% within Solucionar problemas	12.5%	40.9%	38.2%	37.5%	35.0%	36.5%	
	% of Total	.2%	1.8%	5.6%	16.1%	12.7%	36.5%	
3	Count	8	13	50	131	127	329	
	% within Solucionar problemas	50.0%	29.5%	34.7%	31.1%	35.6%	33.5%	
	% of Total	.8%	1.3%	5.1%	13.3%	12.9%	33.5%	
4	Count		1		8	5	14	
	% within Solucionar problemas		2.3%		1.9%	1.4%	1.4%	
	% of Total		.1%		.8%	.5%	1.4%	
Total	Count	16	44	144	421	357	982	
	% within Solucionar problemas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	1.6%	4.5%	14.7%	42.9%	36.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9.862 ^a	12	.628
Likelihood Ratio	12.707	12	.391
Linear-by-Linear Association	.118	1	.731
N of Valid Cases	982		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .23.

Figura 35. Edad con total afrontamiento.



• ESCOLARIDAD CON TOTAL AFRONTAMIENTO

Se observó que el 42.9% de la población total (N=421) consideró que la respuesta “bastante” es la que mejor la describió ante el hecho de tratar de solucionar problemas bajo una situación de tensión, y sólo el 1.6% (N=16) optó por la respuesta “me describe muy mal”.

Al relacionar el grado académico con tratar de solucionar problemas bajo una situación de tensión, se encontró que la población con primaria (N=65), preparatoria y la que no cuenta con ningún nivel escolar (N=10) consideraron que solucionar problemas los describe muy bien; mientras que las personas con secundaria (N=57), carrera técnica (N=97) y nivel profesional (N=151) coincidieron en que la respuesta con la que más se identificaron fue “bastante”.

Se encontró también, que en la mayoría de los niveles académicos la respuesta con menores porcentajes fue “me describe muy mal” : primaria .3% (N=3), secundaria .1% (N=1), preparatoria .3% (N=3) y profesional .9% (N=9).

Al aplicar la prueba Ji Cuadrada se obtuvo un nivel de significancia de .010, a partir de lo cual podemos establecer que no existe un vínculo directo entre el grado académico y el tratar de solucionar problemas, ya que independientemente del nivel escolar la población consideró que tratan de dar solución a sus problemas estando bajo una situación de tensión (Ver Tabla y Figura 36).

Tabla 36. Escolaridad con total afrontamiento.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Solucionar problemas	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Solucionar problemas Crosstabulation

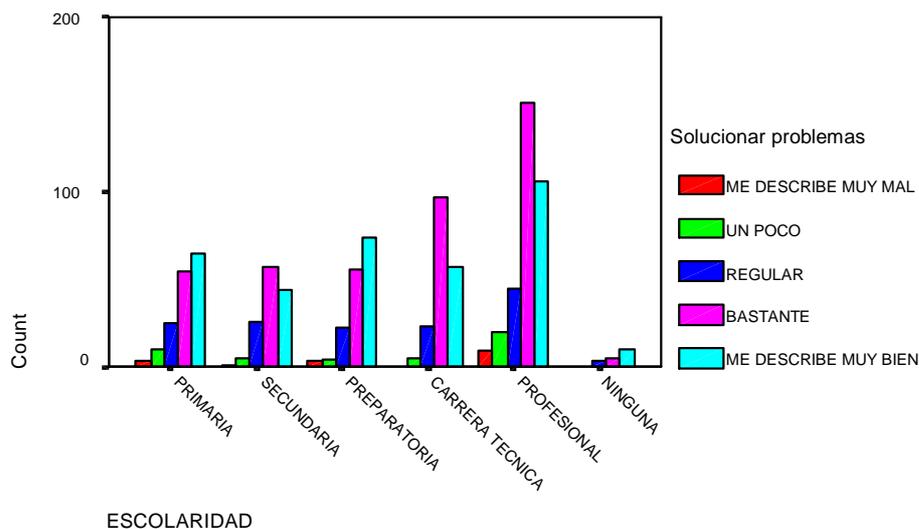
		Solucionar problemas					Total
		ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	3	10	25	55	65	158
	% within Solucionar problemas	18.8%	22.7%	17.4%	13.1%	18.3%	16.1%
	% of Total	.3%	1.0%	2.5%	5.6%	6.6%	16.1%
SECUNDARIA	Count	1	5	26	57	44	133
	% within Solucionar problemas	6.3%	11.4%	18.1%	13.5%	12.4%	13.6%
	% of Total	.1%	.5%	2.7%	5.8%	4.5%	13.6%
PREPARATORIA	Count	3	4	22	56	74	159
	% within Solucionar problemas	18.8%	9.1%	15.3%	13.3%	20.8%	16.2%
	% of Total	.3%	.4%	2.2%	5.7%	7.5%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count		5	23	97	57	182
	% within Solucionar problemas		11.4%	16.0%	23.0%	16.0%	18.6%
	% of Total		.5%	2.3%	9.9%	5.8%	18.6%
PROFESIONAL	Count	9	20	45	151	106	331
	% within Solucionar problemas	56.3%	45.5%	31.3%	35.9%	29.8%	33.7%
	% of Total	.9%	2.0%	4.6%	15.4%	10.8%	33.7%
NINGUNA	Count			3	5	10	18
	% within Solucionar problemas			2.1%	1.2%	2.8%	1.8%
	% of Total			.3%	.5%	1.0%	1.8%
Total	Count	16	44	144	421	356	981
	% within Solucionar problemas	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	1.6%	4.5%	14.7%	42.9%	36.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	37.629 ^a	20	.010
Likelihood Ratio	40.993	20	.004
Linear-by-Linear Association	.448	1	.503
N of Valid Cases	981		

a. 7 cells (23.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .29.

Figura 36. Escolaridad con total afrontamiento.



5.3 A apoyo social y funcionamiento psicosocial.

Para analizar el apoyo social con relación a las variables de sexo, edad y escolaridad, se utilizó el instrumento (FP), del cual se emplearon las categorías de apoyo emocional, apoyo informativo, apoyo tangible e intercambio negativo.

- **SEXO CON APOYO EMOCIONAL**

Reactivo 37. Apoyo emocional que espera recibir.

Como muestra la Tabla y Figura 37, el 33.7% de la población total (N=331) consideró “mucho” el apoyo emocional que espera recibir en el futuro, y el 6.8% (N=67) “ninguno”.

A partir de la correlación realizada entre el sexo y el apoyo emocional en el futuro se encontró que tanto hombres como mujeres consideraron que “mucho” fue la respuesta con la que más se identificaron (hombres 13.8%, N=136 y mujeres 19.9%, N=195), coincidiendo también en la respuesta “ninguno” como aquella en la que se obtuvieron los más bajos porcentajes tanto en hombres (3.7%) como en mujeres (3.2%); por lo que podemos señalar que el sexo no está relacionado con el apoyo emocional que se espera recibir en el futuro, dado que se obtuvo un nivel de significancia de .217 al aplicar la prueba Ji cuadrada entre estas dos variables.

Tabla 37. Sexo con apoyo emocional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * APOYO EMOCIONAL EN FUTURO Crosstabulation

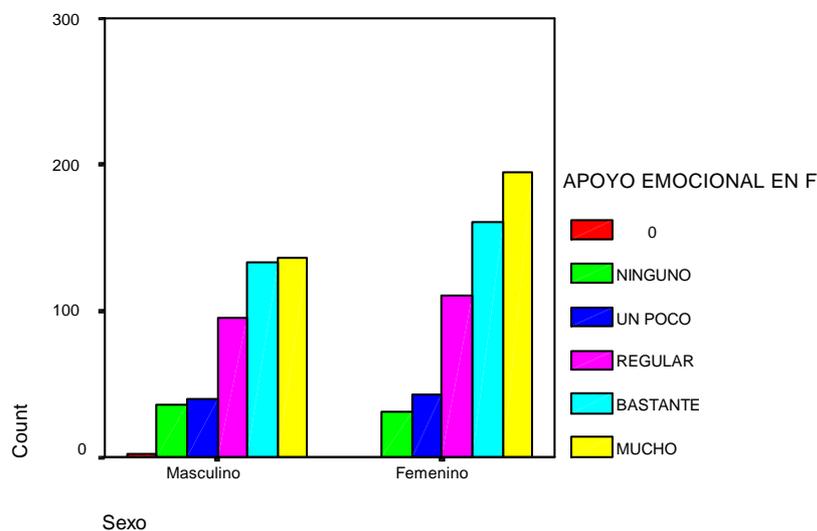
		APOYO EMOCIONAL EN FUTURO					Total		
		0	NINGUNO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE		MUCHO	
Sexo	Masculino	Count	2	36	40	95	133	136	442
		% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	100.0%	53.7%	48.2%	46.3%	45.2%	41.1%	45.0%
		% of Total	.2%	3.7%	4.1%	9.7%	13.5%	13.8%	45.0%
Femenino	Count		31	43	110	161	195	540	
		% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		46.3%	51.8%	53.7%	54.8%	58.9%	55.0%
		% of Total		3.2%	4.4%	11.2%	16.4%	19.9%	55.0%
Total	Count	2	67	83	205	294	331	982	
		% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.2%	6.8%	8.5%	20.9%	29.9%	33.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7.053 ^a	5	.217
Likelihood Ratio	7.800	5	.168
Linear-by-Linear Association	5.165	1	.023
N of Valid Cases	982		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .90.

Figura 37. Sexo con apoyo emocional.



• EDAD CON APOYO EMOCIONAL

Se observó que el 33.7% de la población total (N=331) consideró que recibirá mucho apoyo emocional en el futuro, y sólo el 6.8% correspondiente a 67 personas opinó que no recibirá ninguno.

Al relacionar la edad con el apoyo emocional que se espera recibir en el futuro, se encontró que la mayoría de la población consideró que recibirá mucho, a excepción del 10.4% perteneciente al grupo de edad 1, quienes consideraron que recibirán bastante.

El .8% correspondiente al grupo de edad 2 estimaron que no recibirán ningún apoyo emocional en el futuro, mientras que el 3.4% correspondiente al grupo de edad 3 opinó que recibirá un poco. En el grupo de edad 4, tanto la respuesta “un poco” como “regular” obtuvo el mismo porcentaje (.2%) equivalente a 2 personas

Al aplicar la prueba Ji cuadrada se obtuvo un nivel de significancia de .006, a partir de lo cual podemos decir que existe una correlación directa entre la edad y el apoyo emocional que se espera recibir en el futuro, ya que las personas mayores de 31 años esperan recibir mucho apoyo emocional en el futuro, a diferencia de aquella población con edad entre 17 y 30 años. (Ver Tabla y Figura 38).

Tabla 38. Edad con apoyo emocional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

edad * APOYO EMOCIONAL EN FUTURO Crosstabulation

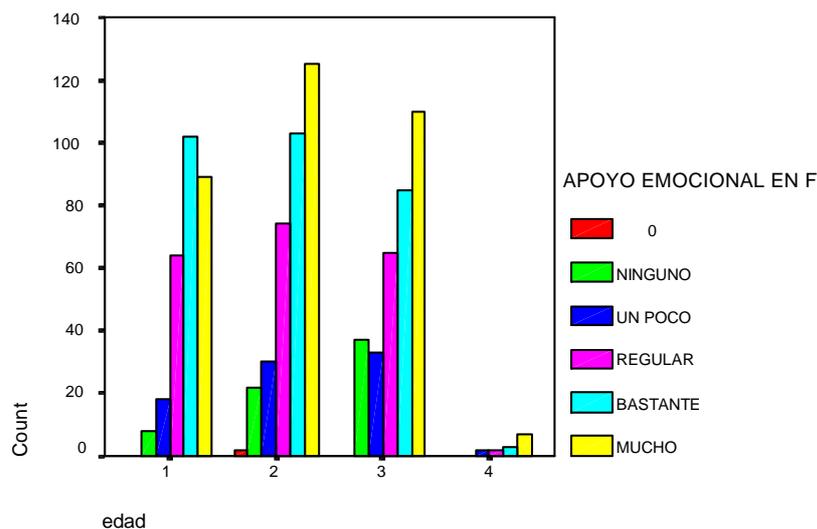
		APOYO EMOCIONAL EN FUTURO						Total	
		0	NINGUNO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO		
edad	1	Count		8	18	64	102	89	281
		% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		11.9%	21.7%	31.2%	34.8%	26.9%	28.6%
		% of Total		.8%	1.8%	6.5%	10.4%	9.1%	28.6%
	2	Count	2	22	30	74	103	125	356
		% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	100.0%	32.8%	36.1%	36.1%	35.2%	37.8%	36.3%
		% of Total	.2%	2.2%	3.1%	7.5%	10.5%	12.7%	36.3%
	3	Count		37	33	65	85	110	330
		% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		55.2%	39.8%	31.7%	29.0%	33.2%	33.6%
		% of Total		3.8%	3.4%	6.6%	8.7%	11.2%	33.6%
	4	Count			2	2	3	7	14
		% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO			2.4%	1.0%	1.0%	2.1%	1.4%
		% of Total			.2%	.2%	.3%	.7%	1.4%
Total	Count	2	67	83	205	293	331	981	
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.2%	6.8%	8.5%	20.9%	29.9%	33.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.243 ^a	15	.006
Likelihood Ratio	33.833	15	.004
Linear-by-Linear Association	5.863	1	.015
N of Valid Cases	981		

a. 9 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .03.

Figura 38. Edad con apoyo emocional.



• **ESCOLARIDAD CON APOYO EMOCIONAL**

Se observó que el 33.8% de la población total equivalente a 331 personas espera recibir “mucho” apoyo emocional en el futuro, mientras que el 6.7% equivalente a 66 personas considera que no espera recibir “ninguno”.

Al relacionar el grado académico con el apoyo emocional que la población analizada espera recibir en el futuro, se observó que la población con nivel escolar de Primaria (5.7%, N=56), Secundaria (4.7%, N= 46), Carrera Técnica (7.8%, N= 76) y aquella que no posee ningún grado académico (1%, N=10), coincidió en considerar que esperan recibir “mucho” apoyo emocional en el futuro, a diferencia de la población perteneciente al nivel escolar de Preparatoria (5.7%, N=56) y Profesional (11.6%, N=114), quienes consideraron que esperan recibir “bastante” apoyo emocional en el futuro.

El rubro que obtuvo menor índice de respuesta en todos los niveles académicos fue el correspondiente a “ninguno”: Primaria 1.6%, Secundaria .6%, Preparatoria 1.2%, Carrera Técnica .7% y profesional 2%, a excepción de la población que no posee ningún grado académico, quienes obtuvieron el menor porcentaje de respuesta en los rubros “un poco”, “regular” y “bastante” (1%).

Se obtuvo un nivel de significancia de .000 al aplicar la prueba Ji cuadrada, a partir de lo cual podemos decir que existe una correlación directa entre el nivel académico y el apoyo emocional que se espera recibir en el futuro, destacando además que la población que posee menor grado académico espera recibir más apoyo emocional en el futuro, a diferencia de aquella población que cuenta con un nivel académico superior (Ver Tabla y Figura 39).

Tabla 39. Escolaridad con apoyo emocional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	980	99.5%	5	.5%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * APOYO EMOCIONAL EN FUTURO Crosstabulation

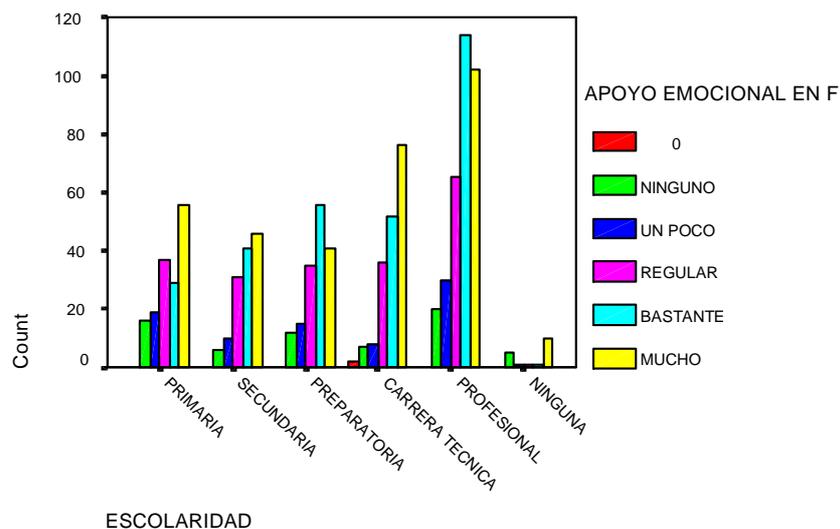
		APOYO EMOCIONAL EN FUTURO						Total
		0	NINGUNO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count		16	19	37	29	56	157
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		24.2%	22.9%	18.0%	9.9%	16.9%	16.0%
	% of Total		1.6%	1.9%	3.8%	3.0%	5.7%	16.0%
SECUNDARIA	Count		6	10	31	41	46	134
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		9.1%	12.0%	15.1%	14.0%	13.9%	13.7%
	% of Total		.6%	1.0%	3.2%	4.2%	4.7%	13.7%
PREPARATORIA	Count		12	15	35	56	41	159
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		18.2%	18.1%	17.1%	19.1%	12.4%	16.2%
	% of Total		1.2%	1.5%	3.6%	5.7%	4.2%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count	2	7	8	36	52	76	181
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	100.0%	10.6%	9.6%	17.6%	17.7%	23.0%	18.5%
	% of Total	.2%	.7%	.8%	3.7%	5.3%	7.8%	18.5%
PROFESIONAL	Count		20	30	65	114	102	331
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		30.3%	36.1%	31.7%	38.9%	30.8%	33.8%
	% of Total		2.0%	3.1%	6.6%	11.6%	10.4%	33.8%
NINGUNA	Count		5	1	1	1	10	18
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO		7.6%	1.2%	.5%	.3%	3.0%	1.8%
	% of Total		.5%	.1%	.1%	.1%	1.0%	1.8%
Total	Count	2	66	83	205	293	331	980
	% within APOYO EMOCIONAL EN FUTURO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.2%	6.7%	8.5%	20.9%	29.9%	33.8%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	61.487 ^a	25	.000
Likelihood Ratio	57.987	25	.000
Linear-by-Linear Association	1.716	1	.190
N of Valid Cases	980		

a. 9 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .04.

Figura 39 Escolaridad con apoyo emocional.



- **SEXO CON APOYO EMOCIONAL**

Reactivo 30. Satisfacción del apoyo emocional que se ha recibido.

Se observó que el 32% de la población total equivalente a 314 personas se sienten “bastante” satisfechas con el apoyo emocional que han recibido , y sólo el 7.4% (N=73) se siente “nada satisfecho”, como lo muestra la Tabla y Figura 40.

Al establecerse la correlación entre el sexo y la satisfacción del apoyo emocional que se ha recibido, no se encontraron diferencias significativas entre el género, ya que tanto los hombres como las mujeres obtuvieron los porcentajes mayores en el rubro “bastante” (14.7%, N=144 y 17.3%, N=170, respectivamente), y también en el rubro “muy satisfecho”: hombres 12.4% y mujeres 17%; encontrándose por tanto, los porcentajes menores en el rubro de “nada satisfecho”: hombres 3.4% y mujeres 4.1%.

Se obtuvo un nivel de significancia de .844 al aplicar la prueba Ji cuadrada, a partir de lo cual podemos decir que el género no se encuentra relacionado con la satisfacción de apoyo emocional que se ha recibido.

Tabla 40. Sexo con apoyo emocional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL Crosstabulation

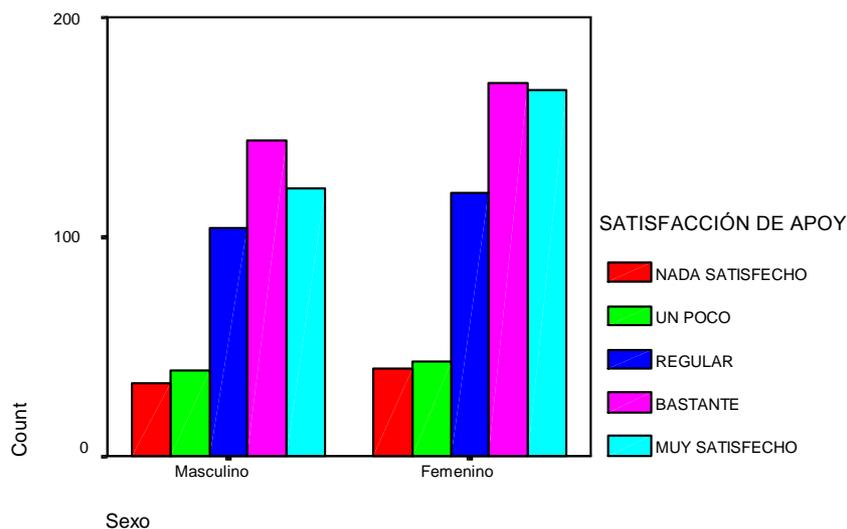
			SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL					Total
			NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
Sexo	Masculino	Count	33	39	104	144	122	442
		% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	45.2%	47.6%	46.4%	45.9%	42.2%	45.0%
		% of Total	3.4%	4.0%	10.6%	14.7%	12.4%	45.0%
Femenino	Count	40	43	120	170	167	540	
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	54.8%	52.4%	53.6%	54.1%	57.8%	55.0%	
	% of Total	4.1%	4.4%	12.2%	17.3%	17.0%	55.0%	
Total	Count	73	82	224	314	289	982	
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	7.4%	8.4%	22.8%	32.0%	29.4%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.403 ^a	4	.844
Likelihood Ratio	1.406	4	.843
Linear-by-Linear Association	.728	1	.393
N of Valid Cases	982		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32.86.

Figura 40 Sexo con apoyo emocional.



- **EDAD CON APOYO EMOCIONAL.**

Como muestra la Tabla y Figura 41, el 31.9% de la población total (N=313) se consideró bastante satisfecho con el apoyo emocional recibido, y el 7.4% equivalente a 73 personas opinaron que no estaban nada satisfechas.

A partir de la correlación realizada entre la edad y la satisfacción del apoyo emocional que se ha recibido, se observó que los grupos de edad 1, 2 y 3 coincidieron en considerar que se sienten bastante satisfechos, mientras que el .8% del grupo de edad 4 consideró sentirse muy satisfecho.

El .1% (N=10) del grupo de edad 1 y el 2.7% (N=26) del grupo 2 coincidieron en sentirse nada satisfechos con el apoyo emocional que han recibido. Del grupo de edad 3, el 2.7% equivalente a 26 personas opinaron que se sienten solo un poco satisfechos con el apoyo emocional recibido, y en el grupo de edad 4, la respuesta “nada satisfecho” y “un poco” obtuvieron el mismo porcentaje (.1%).

Se obtuvo un nivel de significancia de .006 al aplicar la prueba ji cuadrada, a partir de lo cual podemos decir que no existe una correlación directa entre la edad y la satisfacción del apoyo emocional que se ha recibido, ya que independientemente de la edad, la población manifestó sentirse bastante satisfecha.

Tabla 41. Edad con apoyo emocional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

edad * SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL Crosstabulation

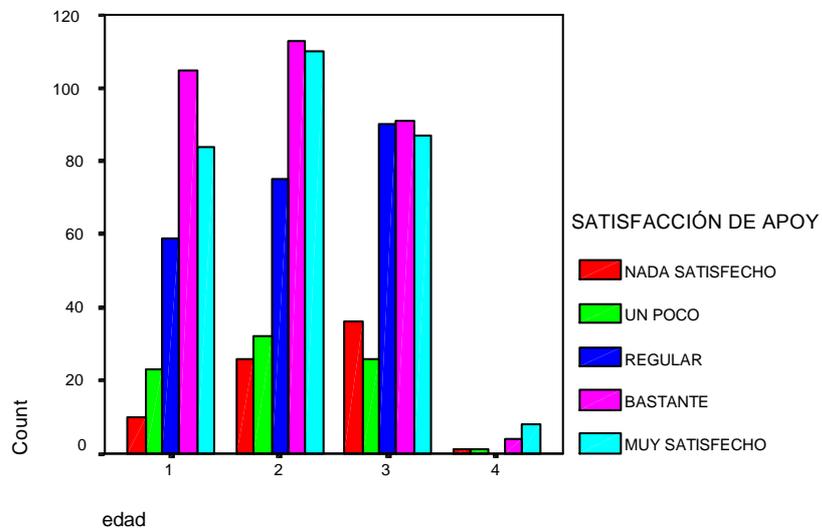
		SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL					Total
		NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
edad 1	Count	10	23	59	105	84	281
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	13.7%	28.0%	26.3%	33.5%	29.1%	28.6%
	% of Total	1.0%	2.3%	6.0%	10.7%	8.6%	28.6%
2	Count	26	32	75	113	110	356
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	35.6%	39.0%	33.5%	36.1%	38.1%	36.3%
	% of Total	2.7%	3.3%	7.6%	11.5%	11.2%	36.3%
3	Count	36	26	90	91	87	330
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	49.3%	31.7%	40.2%	29.1%	30.1%	33.6%
	% of Total	3.7%	2.7%	9.2%	9.3%	8.9%	33.6%
4	Count	1	1		4	8	14
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	1.4%	1.2%		1.3%	2.8%	1.4%
	% of Total	.1%	.1%		.4%	.8%	1.4%
Total	Count	73	82	224	313	289	981
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	7.4%	8.4%	22.8%	31.9%	29.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.878 ^a	12	.006
Likelihood Ratio	30.830	12	.002
Linear-by-Linear Association	6.981	1	.008
N of Valid Cases	981		

a. 5 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.04.

Figura 41 Edad con apoyo emocional.



- **ESCOLARIDAD CON APOYO EMOCIONAL.**

Como se muestra en la Tabla y Figura 42, el 31.9% de la población total (N=313) considera estar “bastante” satisfecho con el apoyo emocional que recibió el año pasado, y sólo el 7.3% (N=72) considera estar nada satisfecho con el apoyo emocional recibido.

A partir de la correlación realizada entre el grado académico y el grado de satisfacción con el apoyo emocional recibido, se observó que la población perteneciente al nivel académico de Primaria (4.6%, N=44), Secundaria (4.4%, N=43), Carrera Técnica (6.4% N=63) y Profesional (11.5%, N=113) coincidieron en considerar que se sienten “bastante” satisfechos con el apoyo emocional que recibieron el año pasado, a diferencia de aquella población con nivel académico de Preparatoria (5.3%, N=52), quien manifestó estar “muy satisfecho”, y aquellos que no poseen ningún nivel académico (.6%, N=6), quienes opinaron estar “nada satisfechos” con el apoyo emocional que recibieron el año pasado.

La población perteneciente al nivel escolar de Primaria (1.7%, N=17), Preparatoria (1%, N=10), Carrera Técnica (.7%, N= 7) y Profesional (1.9%, N=19) coincidieron en considerar que el rubro “nada satisfecho” fue la respuesta con la que menos se identificaron y que por lo tanto obtuvo los índices más bajos de respuesta. La población de nivel escolar Secundaria obtuvo el menor índice de respuesta (.7%, N=7) en el rubro correspondiente a la respuesta “un poco” y aquella población que no cuenta con ningún grado académico obtuvo igualdad de porcentajes (.4%, N=4) en la respuestas correspondientes a los rubros “regular”, “bastante” y “muy satisfecho”.

A partir de la aplicación de la prueba Ji cuadrada se obtuvo un nivel de significancia de .004, lo que nos lleva a concluir que no existe una relación directa entre el grado académico y el grado de satisfacción con el apoyo emocional recibido.

Tabla 42 Escolaridad con apoyo emocional.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	980	99.5%	5	.5%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL Crosstabulation

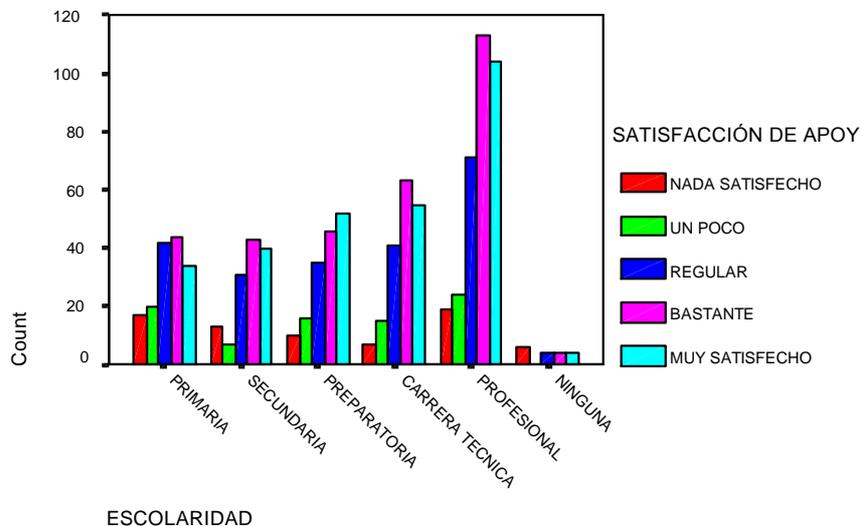
		SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONAL					Total
		NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	17	20	42	44	34	157
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	23.6%	24.4%	18.8%	14.1%	11.8%	16.0%
	% of Total	1.7%	2.0%	4.3%	4.5%	3.5%	16.0%
SECUNDARIA	Count	13	7	31	43	40	134
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	18.1%	8.5%	13.8%	13.7%	13.8%	13.7%
	% of Total	1.3%	.7%	3.2%	4.4%	4.1%	13.7%
PREPARATORIA	Count	10	16	35	46	52	159
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	13.9%	19.5%	15.6%	14.7%	18.0%	16.2%
	% of Total	1.0%	1.6%	3.6%	4.7%	5.3%	16.2%
CARRERA TECNICA/	Count	7	15	41	63	55	181
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	9.7%	18.3%	18.3%	20.1%	19.0%	18.5%
	% of Total	.7%	1.5%	4.2%	6.4%	5.6%	18.5%
PROFESIONAL	Count	19	24	71	113	104	331
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	26.4%	29.3%	31.7%	36.1%	36.0%	33.8%
	% of Total	1.9%	2.4%	7.2%	11.5%	10.6%	33.8%
NINGUNA	Count	6		4	4	4	18
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	8.3%		1.8%	1.3%	1.4%	1.8%
	% of Total	.6%		.4%	.4%	.4%	1.8%
Total	Count	72	82	224	313	289	980
	% within SATISFACCIÓN DE APOYO EMOCIONA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	7.3%	8.4%	22.9%	31.9%	29.5%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40.962 ^a	20	.004
Likelihood Ratio	35.140	20	.019
Linear-by-Linear Association	7.266	1	.007
N of Valid Cases	980		

a. 3 cells (10.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.32.

Figura 42 Escolaridad con apoyo emocional.



- **SEXO CON APOYO INFORMATIVO.**

Reactivo 27. Satisfacción con ayuda o información recibida.

Como muestra la Tabla y Figura 43, el 31.6% (N=310) de la población total se siente “bastante” satisfecho con la guía que ha recibido, mientras que el 9.4% (N=92) no está “nada satisfecho” con ésta.

Al relacionar el sexo con el grado de satisfacción de la guía, ayuda o información que se ha recibido, se observó que el 15.1% de la población

masculina (N=148) se siente bastante satisfecho, al igual que el 16.5% de la población femenina (N=162). Mientras que el 4.4% de los hombres (N=43) no están nada satisfechos y el 5% de las mujeres (N=49) tampoco, por lo que podemos señalar que sin importar el género al cual pertenezca la población, ésta coincide en su punto de vista con relación a la satisfacción que se siente con la guía, información o ayuda que ha recibido.

Al aplicar la prueba Ji cuadrada se obtuvo un nivel de significancia de .343, a partir de lo cual se establece que no existe correlación entre el género y el grado de satisfacción con la guía o ayuda que se ha recibido.

Tabla 43. Sexo con apoyo informativo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * SATISFECHO CON GUÍA	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * SATISFECHO CON GUÍA Crosstabulation

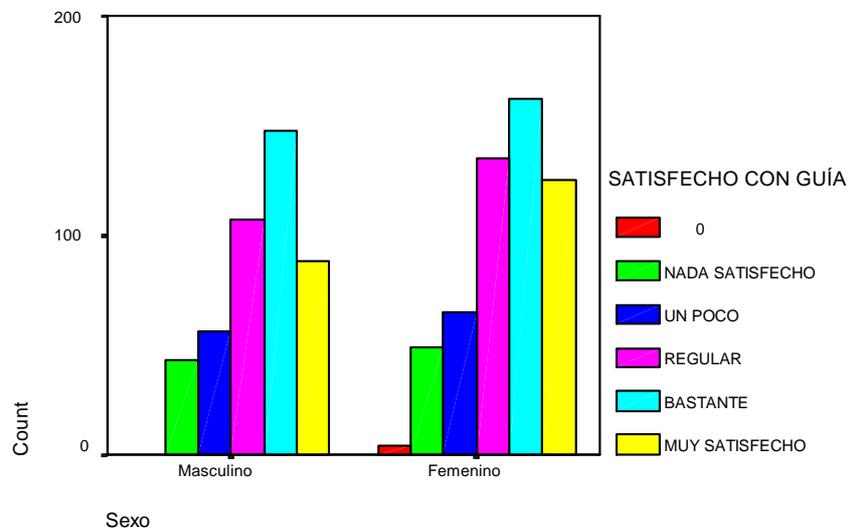
			SATISFECHO CON GUÍA					Total
			0	NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	
Sexo	Masculino	Count		43	56	107	148	442
		% within SATISFECHO CON GUÍA		46.7%	46.3%	44.2%	47.7%	45.0%
		% of Total		4.4%	5.7%	10.9%	15.1%	9.0%
Femenino		Count	4	49	65	135	162	540
		% within SATISFECHO CON GUÍA	100.0%	53.3%	53.7%	55.8%	52.3%	55.0%
		% of Total	.4%	5.0%	6.6%	13.7%	16.5%	12.7%
Total		Count	4	92	121	242	310	982
		% within SATISFECHO CON GUÍA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	.4%	9.4%	12.3%	24.6%	31.6%	21.7%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5.636 ^a	5	.343
Likelihood Ratio	7.150	5	.210
Linear-by-Linear Association	.116	1	.733
N of Valid Cases	982		

a. 2 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.80.

Figura 43 Sexo con apoyo informativo.



• EDAD CON APOYO INFORMATIVO

Se observó que el 31.5% de la población total equivalente a 309 personas consideraron que se sienten satisfechas con la guía que han recibido, y el 9.4% (N=92) consideraron estar nada satisfechos con la guía que han recibido.

Al relacionar la edad con el grado de satisfacción con la guía que se ha recibido, se observó que los grupos de edad 1, 2 y 3 coincidieron en considerar que se sienten bastante satisfechos: grupo 1, 31.7% (N=98); grupo 2, 36.6% (N=113) y grupo 3, 31.4% (N=97), a diferencia del grupo 4, quienes consideraron sentirse muy satisfechos con la guía que han recibido (3.3%, N=7).

Conviene señalar que la respuesta con menores porcentajes fue aquella referente a la categoría de “nada satisfecho” y en la cual todos los grupos de edad coincidieron: grupo 1, 1.5%; grupo 2, 3.1%; grupo 3, 4.7% y grupo 4, .1%.

A partir de lo cual podemos decir de manera general que la edad no tiene relación con el grado de satisfacción que representa la guía, ayuda o información que se ha recibido y que se sustenta a partir del valor de significancia obtenido, el cual fue de .011 al aplicarse la prueba Ji Cuadrada (Ver Tabla y Figura 44).

Tabla 44. Edad con apoyo informativo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * SATISFECHO CON GUÍA	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

edad * SATISFECHO CON GUÍA Crosstabulation

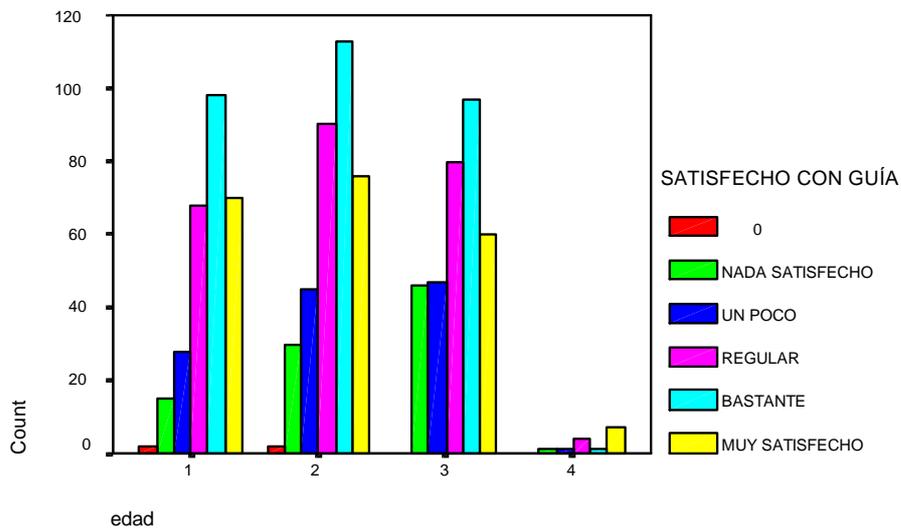
			SATISFECHO CON GUÍA						Total
			0	NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
edad	1	Count	2	15	28	68	98	70	281
		% within SATISFECHO CON GUÍA	50.0%	16.3%	23.1%	28.1%	31.7%	32.9%	28.6%
		% of Total	.2%	1.5%	2.9%	6.9%	10.0%	7.1%	28.6%
	2	Count	2	30	45	90	113	76	356
		% within SATISFECHO CON GUÍA	50.0%	32.6%	37.2%	37.2%	36.6%	35.7%	36.3%
		% of Total	.2%	3.1%	4.6%	9.2%	11.5%	7.7%	36.3%
	3	Count		46	47	80	97	60	330
		% within SATISFECHO CON GUÍA		50.0%	38.8%	33.1%	31.4%	28.2%	33.6%
		% of Total		4.7%	4.8%	8.2%	9.9%	6.1%	33.6%
	4	Count		1	1	4	1	7	14
		% within SATISFECHO CON GUÍA		1.1%	.8%	1.7%	.3%	3.3%	1.4%
		% of Total		.1%	.1%	.4%	.1%	.7%	1.4%
Total	Count	4	92	121	242	309	213	981	
	% within SATISFECHO CON GUÍA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% of Total	.4%	9.4%	12.3%	24.7%	31.5%	21.7%	100.0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30.177 ^a	15	.011
Likelihood Ratio	31.342	15	.008
Linear-by-Linear Association	10.801	1	.001
N of Valid Cases	981		

a. 9 cells (37.5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .06.

Figura 44. Edad con apoyo informativo.



- **ESCOLARIDAD CON APOYO INFORMATIVO**

Se observó que el 31.5% de la población total, equivalente a 309 personas estimaron sentirse “bastante” satisfechos con la guía que recibieron el año pasado, a diferencia del 9.3%, equivalente a 91 personas, quienes consideraron estar “nada satisfechos” con la guía, información o ayuda que recibieron el año pasado.

Al relacionar el nivel escolar con el grado de satisfacción con la guía, información o ayuda que se recibió el año pasado, se observó que la población con escolaridad de Secundaria (13.6%, N=42), Preparatoria (16.2%, N=50), Carrera Técnica (22%, N=68) y Profesional (35.9%, N=111) coincidieron en considerar que se sienten “bastante” satisfechos con la guía que recibieron, a diferencia de la población con nivel escolar de Primaria (17.8%, N=43) quienes consideraron sentirse “regularmente” satisfechos y aquellos que no poseen ningún nivel escolar (9.9%, N=9), quienes manifestaron sentirse “nada satisfechos” con la guía, información o ayuda que recibieron el año pasado. A partir de lo cual podemos decir que existe una relación significativa entre el grado académico y la satisfacción con la guía, información o ayuda que se ha recibido, en la medida en que a menor nivel académico la satisfacción con la guía que se ha recibido, también es menor tal y como lo demuestra el nivel de significancia que se obtuvo al aplicar la prueba Ji cuadrada, el cual fue de .000 (Ver Tabla y Figura 45).

Tabla 45. Escolaridad con apoyo informativo.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * SATISFECHO CON GUÍA	980	99.5%	5	.5%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * SATISFECHO CON GUÍA Crosstabulation

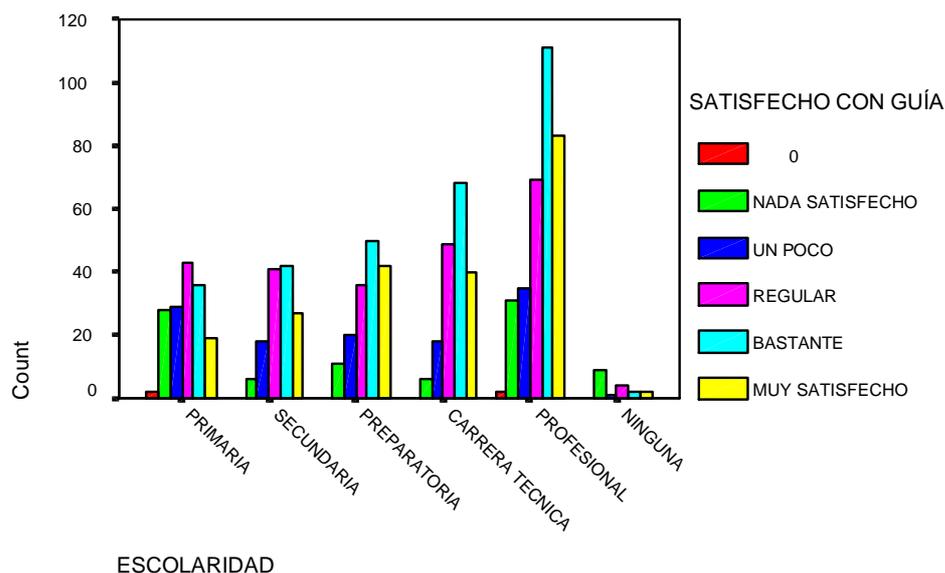
		SATISFECHO CON GUÍA						Total
		0	NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
ESCOLARIDA PRIMARIA	Count	2	28	29	43	36	19	157
	% within SATISFECHO CON GUÍA	50.0%	30.8%	24.0%	17.8%	11.7%	8.9%	16.0%
	% of Total	.2%	2.9%	3.0%	4.4%	3.7%	1.9%	16.0%
SECUNDARIA	Count		6	18	41	42	27	134
	% within SATISFECHO CON GUÍA		6.6%	14.9%	16.9%	13.6%	12.7%	13.7%
	% of Total		.6%	1.8%	4.2%	4.3%	2.8%	13.7%
PREPARATORIA	Count		11	20	36	50	42	159
	% within SATISFECHO CON GUÍA		12.1%	16.5%	14.9%	16.2%	19.7%	16.2%
	% of Total		1.1%	2.0%	3.7%	5.1%	4.3%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count		6	18	49	68	40	181
	% within SATISFECHO CON GUÍA		6.6%	14.9%	20.2%	22.0%	18.8%	18.5%
	% of Total		.6%	1.8%	5.0%	6.9%	4.1%	18.5%
PROFESIONAL	Count	2	31	35	69	111	83	331
	% within SATISFECHO CON GUÍA	50.0%	34.1%	28.9%	28.5%	35.9%	39.0%	33.8%
	% of Total	.2%	3.2%	3.6%	7.0%	11.3%	8.5%	33.8%
NINGUNA	Count		9	1	4	2	2	18
	% within SATISFECHO CON GUÍA		9.9%	.8%	1.7%	.6%	.9%	1.8%
	% of Total		.9%	.1%	.4%	.2%	.2%	1.8%
Total	Count	4	91	121	242	309	213	980
	% within SATISFECHO CON GUÍA	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.4%	9.3%	12.3%	24.7%	31.5%	21.7%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	92.958 ^a	25	.000
Likelihood Ratio	79.908	25	.000
Linear-by-Linear Association	12.030	1	.001
N of Valid Cases	980		

a. 10 cells (27.8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .07.

Figura 45 Escolaridad con apoyo informativo.



- **SEXO CON APOYO TANGIBLE.**

Reactivo 31. Ayuda de familiares y amigos.

El 28.4% de la población total equivalente a 279 personas estimó que recibió de manera regular ayuda de familiares el año pasado , y el 14.9% (N=146) muy a menudo.

Al establecerse una correlación entre el sexo y la ayuda de familiares que se recibió el año pasado, se encontró que tanto hombres (14.1%) como mujeres (14.4%) coincidieron en que ésta fue de manera regular, sin embargo, es importante mencionar que en el caso del género masculino el porcentaje menor se ubicó en el rubro de “muy a menudo (5.3%), y en el caso del género femenino se ubicó en el rubro “muy poco” (8.2%), a partir de lo cual podemos señalar que el género femenino recibió más ayuda de familiares el año pasado a diferencia de los hombres.

El nivel de significancia que se obtuvo fue de .021 al aplicar la prueba Ji cuadrada, y los resultados encontrados indican que no existe relación entre el género y la ayuda de familiares que se recibió el año pasado (Ver Tabla y Figura 46).

Tabla 46. Sexo con apoyo tangible.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO Crosstabulation

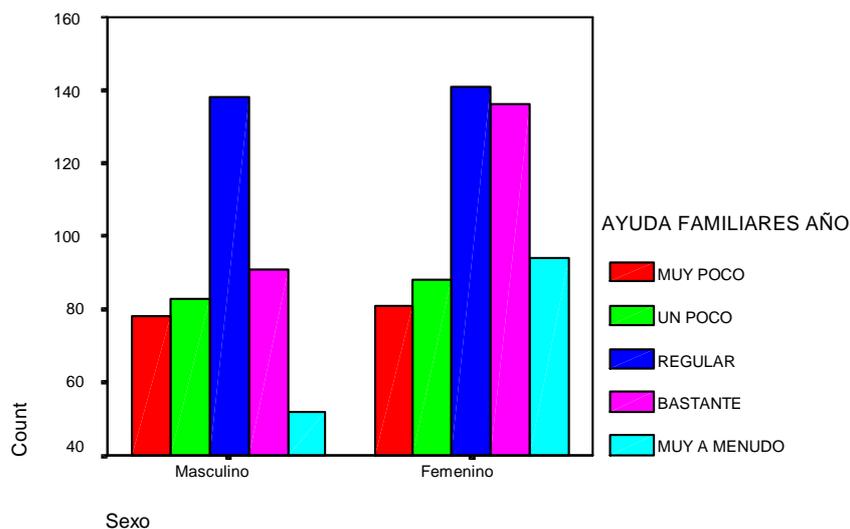
			AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
Sexo	Masculino	Count	78	83	138	91	52	442
		% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	49.1%	48.5%	49.5%	40.1%	35.6%	45.0%
		% of Total	7.9%	8.5%	14.1%	9.3%	5.3%	45.0%
	Femenino	Count	81	88	141	136	94	540
		% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	50.9%	51.5%	50.5%	59.9%	64.4%	55.0%
		% of Total	8.2%	9.0%	14.4%	13.8%	9.6%	55.0%
Total		Count	159	171	279	227	146	982
		% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	16.2%	17.4%	28.4%	23.1%	14.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.573 ^a	4	.021
Likelihood Ratio	11.673	4	.020
Linear-by-Linear Association	8.253	1	.004
N of Valid Cases	982		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 65.71.

Figura 46 Sexo con apoyo tangible.



- **EDAD CON APOYO TANGIBLE.**

Como puede apreciarse en la Tabla y Figura 47 el 28.4% de la población total consideró que recibió ayuda de familiares el año pasado de manera regular (N=279), mientras que el 14.9% consideró que recibió ayuda de familiares muy a menudo (N=146).

A partir de la correlación realizada entre la edad y la ayuda recibida por familiares, se puede observar que todos los grupos de edad coincidieron en considerar que la respuesta con la que más se identificaron fue aquella referente al rubro de “regular”: Grupo 1 = 31.2%; Grupo 2 = 32.3%, Grupo 3 = 34.4% y Grupo 4 = 2.2%. Mientras que la respuesta correspondiente al rubro “muy poco” obtuvo puntajes bajos en los Grupos de edad 1 y 2 (2.7% y 5.8% respectivamente), el Grupo de edad 3 consideró que la respuesta con la que menos se identificó fue la referente al rubro “muy a menudo”, la cual obtuvo un 4.7% y el grupo de edad 4, la correspondiente al rubro “bastante” (.2%).

Se obtuvo un nivel de significancia de .000 al aplicar la prueba Ji cuadrada, a partir de lo cual se puede decir que no existe una relación directa entre la edad y la ayuda recibida por familiares, ya que independientemente de la edad que se tenga, la población en general opinó que regularmente recibe ayuda por parte de sus familiares.

Tabla 47. Edad con apoyo tangible.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

edad * AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO Crosstabulation

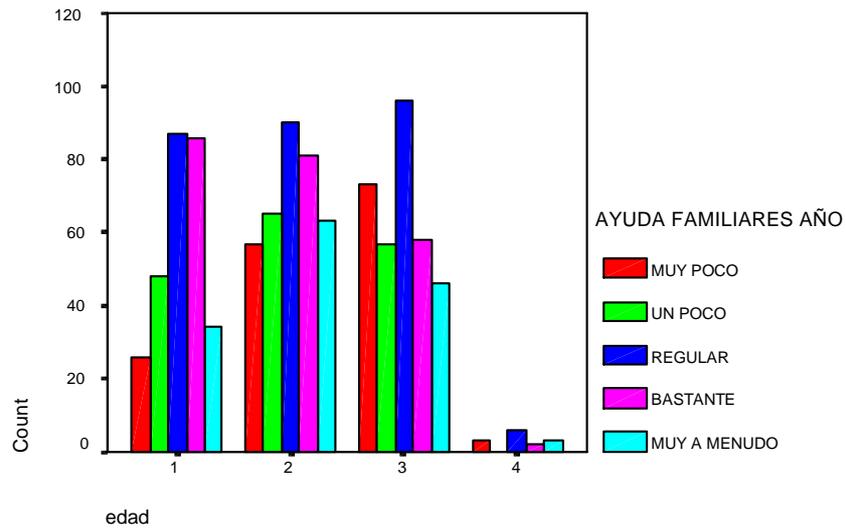
		AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
edad 1	Count	26	48	87	86	34	281
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	16.4%	28.2%	31.2%	37.9%	23.3%	28.6%
	% of Total	2.7%	4.9%	8.9%	8.8%	3.5%	28.6%
2	Count	57	65	90	81	63	356
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	35.8%	38.2%	32.3%	35.7%	43.2%	36.3%
	% of Total	5.8%	6.6%	9.2%	8.3%	6.4%	36.3%
3	Count	73	57	96	58	46	330
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	45.9%	33.5%	34.4%	25.6%	31.5%	33.6%
	% of Total	7.4%	5.8%	9.8%	5.9%	4.7%	33.6%
4	Count	3		6	2	3	14
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	1.9%		2.2%	.9%	2.1%	1.4%
	% of Total	.3%		.6%	.2%	.3%	1.4%
Total	Count	159	170	279	227	146	981
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	16.2%	17.3%	28.4%	23.1%	14.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.950 ^a	12	.000
Likelihood Ratio	39.856	12	.000
Linear-by-Linear Association	10.199	1	.001
N of Valid Cases	981		

a. 5 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.08.

Figura 47 Edad con apoyo tangible.



- **ESCOLARIDAD CON APOYO TANGIBLE.**

Como puede apreciarse en la Tabla y Figura 48, el 28.5% de la población total (N=279) consideró recibir “regularmente” ayuda por parte de sus familiares el año pasado, mientras que el 14.9% (N=146) opinó que “muy a menudo” sus familiares le proporcionaron ayuda el año pasado.

Al realizarse una correlación entre el grado académico y la percepción de ayuda que se recibió por parte de los familiares, se observó que la población perteneciente al nivel académico de Primaria (15.4%, N=43), Secundaria (11.8%, N=33), Preparatoria (19%, N=53) y carrera Técnica (18.6%, N=52) coincidieron en considerar que recibieron ayuda de familiares de manera “regular”, mientras que la población con grado académico Profesional consideró que recibió “bastante” (44.5%, N=101) y la población sin ningún grado escolar (3.4%, N=5) lo recibió “muy a menudo”.

Al aplicar la prueba Ji cuadrada se obtuvo un nivel de significancia de .001, lo que establece que existe una relación directa entre el nivel escolar y la ayuda de familiares que se recibió el año pasado, a partir de lo cual podemos decir que aquella población que no posee estudios considera que recibió más ayuda de sus familiares, al igual que la que posee un grado académico superior, a diferencia de la población que tiene estudios desde mínimos hasta intermedios.

Tabla 48. Escolaridad con apoyo tangible.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * AYUDA FAMILIARE AÑO PASADO	980	99.5%	5	.5%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO Crosstabulation

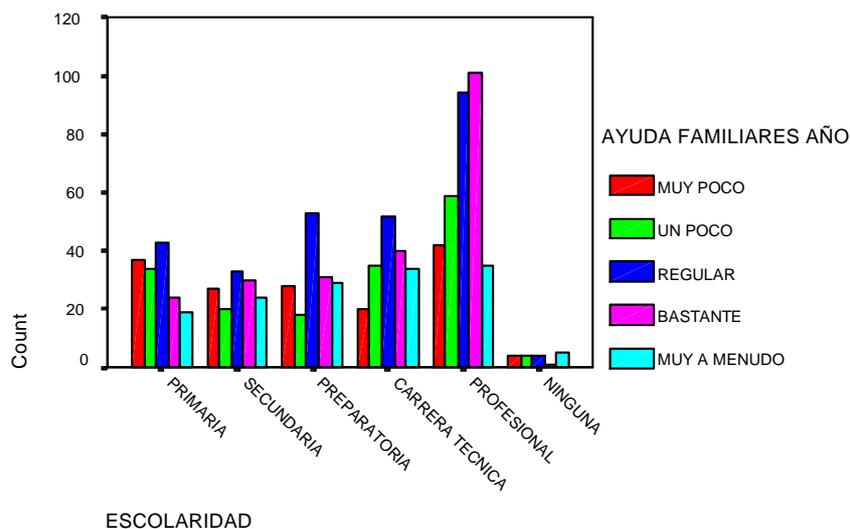
		AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	37	34	43	24	19	157
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	23.4%	20.0%	15.4%	10.6%	13.0%	16.0%
	% of Total	3.8%	3.5%	4.4%	2.4%	1.9%	16.0%
SECUNDARIA	Count	27	20	33	30	24	134
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	17.1%	11.8%	11.8%	13.2%	16.4%	13.7%
	% of Total	2.8%	2.0%	3.4%	3.1%	2.4%	13.7%
PREPARATORIA	Count	28	18	53	31	29	159
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	17.7%	10.6%	19.0%	13.7%	19.9%	16.2%
	% of Total	2.9%	1.8%	5.4%	3.2%	3.0%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count	20	35	52	40	34	181
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	12.7%	20.6%	18.6%	17.6%	23.3%	18.5%
	% of Total	2.0%	3.6%	5.3%	4.1%	3.5%	18.5%
PROFESIONAL	Count	42	59	94	101	35	331
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	26.6%	34.7%	33.7%	44.5%	24.0%	33.8%
	% of Total	4.3%	6.0%	9.6%	10.3%	3.6%	33.8%
NINGUNA	Count	4	4	4	1	5	18
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	2.5%	2.4%	1.4%	.4%	3.4%	1.8%
	% of Total	.4%	.4%	.4%	.1%	.5%	1.8%
Total	Count	158	170	279	227	146	980
	% within AYUDA FAMILIARES AÑO PASADO	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	16.1%	17.3%	28.5%	23.2%	14.9%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	47.391 ^a	20	.001
Likelihood Ratio	48.282	20	.000
Linear-by-Linear Association	6.896	1	.009
N of Valid Cases	980		

a. 4 cells (13.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2.68.

Figura 48. Escolaridad con apoyo tangible.



- **SEXO CON APOYO TANGIBLE.**

Reactivo 33. Satisfecho con cosas que le dieron.

Como muestra la Tabla y Figura 49, el 32.6% de la población total (N=320) se siente bastante satisfecho con las cosas que le dieron, y sólo el 8.2% equivalente a 81 personas se sienten nada satisfechas con éstas.

A partir de la correlación realizada entre el sexo y la satisfacción con las cosas que les dieron sus familiares, se observó que el 16.1% (N=158) de los hombres se sienten bastante satisfechos, y el 17% de las mujeres (N=167) se sienten muy satisfechas con las cosas que les dieron. Asimismo, puede observarse que el 4.2% del género masculino (N=41) se consideró nada satisfecho con las cosas que sus familiares les dieron, y sólo el 3.9% del género femenino (N=38) un poco insatisfechas.

Se aplicó la prueba Ji cuadrada y se obtuvo un nivel de significancia de .018,,lo que parece indicar que existe una correlación directa entre el género y la satisfacción con las cosas que se recibieron por parte de los familiares el año pasado, manifestándose que las mujeres se sintieron más satisfechas con las cosas recibidas a diferencia de los hombres.

Tabla 49. Sexo con apoyo tangible.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON Crosstabulation

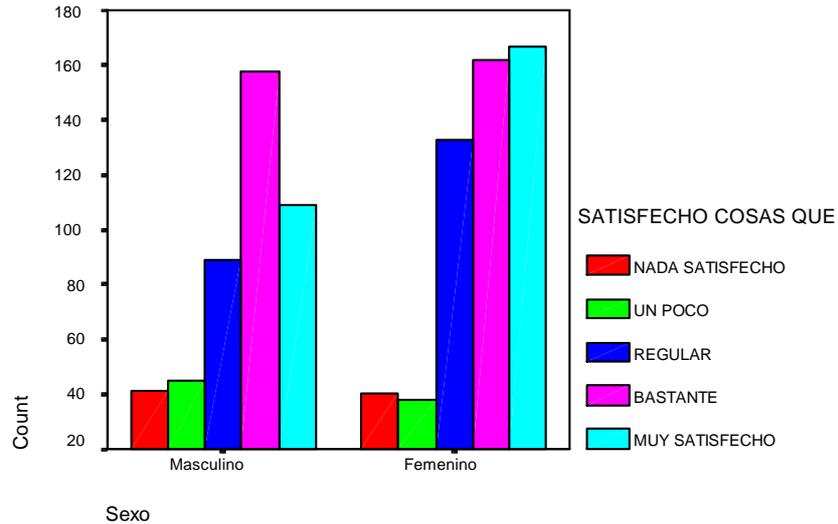
		SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON					Total
		NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
Sexo Masculino	Count	41	45	89	158	109	442
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	50.6%	54.2%	40.1%	49.4%	39.5%	45.0%
	% of Total	4.2%	4.6%	9.1%	16.1%	11.1%	45.0%
Femenino	Count	40	38	133	162	167	540
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	49.4%	45.8%	59.9%	50.6%	60.5%	55.0%
	% of Total	4.1%	3.9%	13.5%	16.5%	17.0%	55.0%
Total	Count	81	83	222	320	276	982
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	8.2%	8.5%	22.6%	32.6%	28.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11.900 ^a	4	.018
Likelihood Ratio	11.916	4	.018
Linear-by-Linear Association	3.112	1	.078
N of Valid Cases	982		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36.46.

Figura 49 Sexo con apoyo tangible.



• EDAD CON APOYO TANGIBLE

Se observó que el 32.6% de la población en general equivalente a 320 personas consideraron sentirse bastante satisfechos con las cosas que les dieron sus familiares, a diferencia del 8.3% (N=81) quienes manifestaron sentirse nada satisfechos con las cosas que sus familiares les dieron.

Al relacionar la edad con la satisfacción por las cosas que sus familiares les dieron, los grupos de edad 1, 2 y 3 coincidieron en sentirse bastante satisfechos : Grupo 1 = 31.9%, Grupo 2 = 37.2% y Grupo 3 = 30%, a diferencia del Grupo de edad 4, quienes consideraron sentirse “regularmente” satisfechos con las cosas que les dieron en un 1.8%.

Los grupos de edad 1, 3 y 4 manifestaron que la respuesta con la que menos se identificaron fue aquella correspondiente al rubro de “un poco”: Grupo 1= 1.4%, Grupo 3 = 2.9% y Grupo 4 = .2%, y solo el Grupo 2 consideró que la

respuesta con la que menos se identificó fue la correspondiente al rubro de “nada satisfecho” (2.5%). Por lo que podemos decir que las personas de mayor edad sólo se sienten regularmente satisfechas con las cosas que sus familiares les dieron el año pasado (Ver Tabla 48 y Fig. 48), mientras que las personas de edad entre 17 y 60 años, se sienten bastante satisfechas, lo que se sustenta a partir del valor de significancia obtenido al aplicar la prueba Ji Cuadrada, el cual fue de .033 (Ver Tabla y Figura 50).

Tabla 50. Edad con apoyo tangible.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

edad * SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON Crosstabulation

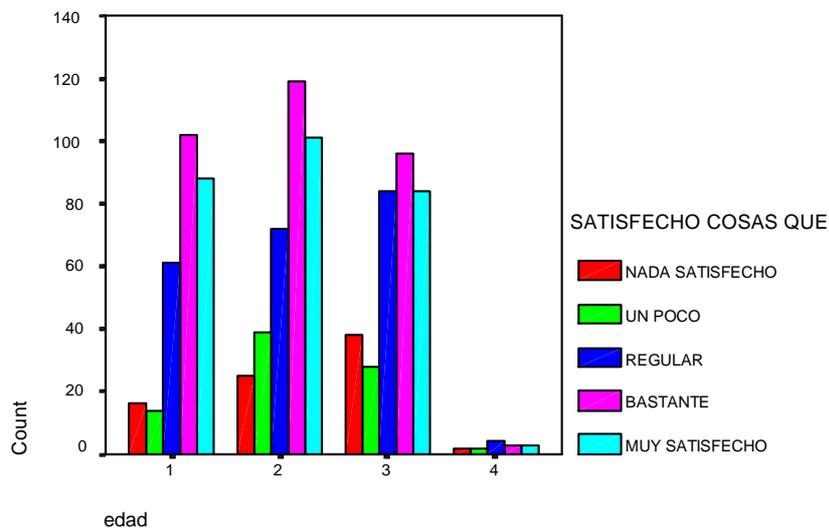
		SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON					Total
		NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
edad 1	Count	16	14	61	102	88	281
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	19.8%	16.9%	27.6%	31.9%	31.9%	28.6%
	% of Total	1.6%	1.4%	6.2%	10.4%	9.0%	28.6%
2	Count	25	39	72	119	101	356
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	30.9%	47.0%	32.6%	37.2%	36.6%	36.3%
	% of Total	2.5%	4.0%	7.3%	12.1%	10.3%	36.3%
3	Count	38	28	84	96	84	330
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	46.9%	33.7%	38.0%	30.0%	30.4%	33.6%
	% of Total	3.9%	2.9%	8.6%	9.8%	8.6%	33.6%
4	Count	2	2	4	3	3	14
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	2.5%	2.4%	1.8%	.9%	1.1%	1.4%
	% of Total	.2%	.2%	.4%	.3%	.3%	1.4%
Total	Count	81	83	221	320	276	981
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	8.3%	8.5%	22.5%	32.6%	28.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22.473 ^a	12	.033
Likelihood Ratio	22.640	12	.031
Linear-by-Linear Association	13.761	1	.000
N of Valid Cases	981		

a. 5 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.16.

Figura 50. Edad con apoyo tangible.



• **ESCOLARIDAD CON APOYO TANGIBLE.**

Se observó que el 32.7% de la población total, equivalente a 320 personas estimaron sentirse “bastante” satisfechas con las cosas que les dieron, a diferencia del 8.2%, equivalente a 80 personas, quienes manifestaron sentirse “nada satisfechas” con las cosas o ayuda que les dieron.

Al relacionar el grado académico con la satisfacción con las cosas o ayuda que se le dio a la población analizada, se observó que aquella población con nivel escolar de Secundaria (14.7%, N=47), Preparatoria (17.2%,N=55), Carrera Técnica (18.1%,N=58) y Profesional (40.6%, N=130) coincidieron en considerarse “bastante” satisfechos con las cosas que les dieron, a diferencia de aquella

población con nivel escolar de Primaria (26.2%, N=58), quien manifestó sentirse “regularmente” satisfecha, y aquella población sin ningún grado académico (2.2%, N=6), quien opinó sentirse “muy satisfecha” con la ayuda o cosas que les dieron.

La población con nivel escolar de preparatoria, carrera técnica y profesional coincidieron en obtener los puntajes más bajos en la respuesta “nada satisfecho”, mientras que la población de nivel escolar de primaria y secundaria los obtuvieron en la respuesta “un poco”.

Al aplicar la prueba Ji cuadrada se obtuvo un nivel de significancia de .000, a partir de lo cual se puede establecer que existe una correlación directa entre el grado académico y el grado de satisfacción que se tiene con las cosas o la ayuda que se le brinda a la población analizada, destacándose que entre menor sea el nivel escolar, menor es el grado de satisfacción que se tiene (Ver Tabla y Figura 51).

Tabla 51. Escolaridad con apoyo tangible.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON	980	99.5%	5	.5%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON Crosstabulation

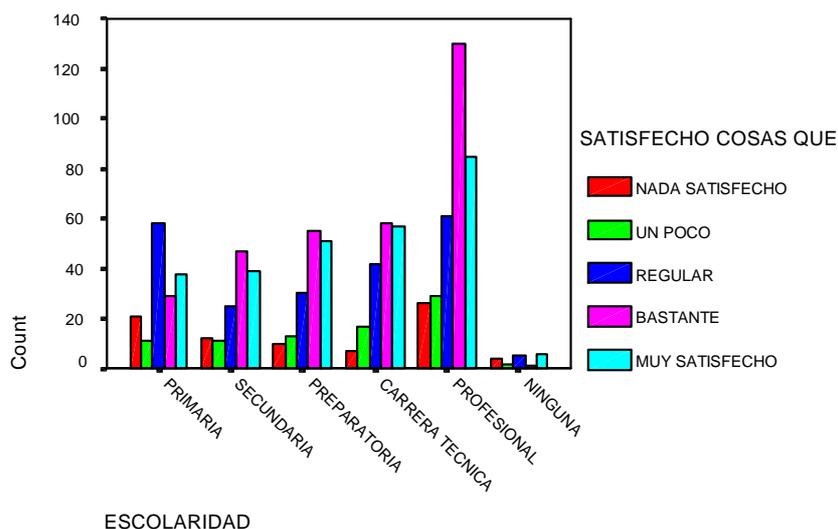
			SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON					Total
			NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count		21	11	58	29	38	157
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON		26.3%	13.3%	26.2%	9.1%	13.8%	16.0%
	% of Total		2.1%	1.1%	5.9%	3.0%	3.9%	16.0%
SECUNDARIA	Count		12	11	25	47	39	134
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON		15.0%	13.3%	11.3%	14.7%	14.1%	13.7%
	% of Total		1.2%	1.1%	2.6%	4.8%	4.0%	13.7%
PREPARATORIA	Count		10	13	30	55	51	159
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON		12.5%	15.7%	13.6%	17.2%	18.5%	16.2%
	% of Total		1.0%	1.3%	3.1%	5.6%	5.2%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count		7	17	42	58	57	181
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON		8.8%	20.5%	19.0%	18.1%	20.7%	18.5%
	% of Total		.7%	1.7%	4.3%	5.9%	5.8%	18.5%
PROFESIONAL	Count		26	29	61	130	85	331
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON		32.5%	34.9%	27.6%	40.6%	30.8%	33.8%
	% of Total		2.7%	3.0%	6.2%	13.3%	8.7%	33.8%
NINGUNA	Count		4	2	5	1	6	18
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON		5.0%	2.4%	2.3%	.3%	2.2%	1.8%
	% of Total		.4%	.2%	.5%	.1%	.6%	1.8%
Total	Count		80	83	221	320	276	980
	% within SATISFECHO COSAS QUE LE DIERON		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		8.2%	8.5%	22.6%	32.7%	28.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	56.307 ^a	20	.000
Likelihood Ratio	56.712	20	.000
Linear-by-Linear Association	3.464	1	.063
N of Valid Cases	980		

a. 3 cells (10.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1.47.

Figura 51. Escolaridad con apoyo tangible.



- **SEXO CON INTERCAMBIO NEGATIVO**

Reactivo 35. Familiares y amigos poco considerados.

Se observó que de la población total el 45.3% consideró muy poco que sus familiares hayan sido poco considerados, y sólo el 3.3% (N=32) por el contrario, consideró que muy a menudo sus familiares son poco considerados.

Al relacionar el sexo con el reactivo de familiares poco considerados, no se encontraron diferencias significativas entre el género al cual pertenece la población, ya que tanto hombres como mujeres coincidieron en considerar la respuesta “muy poco” como aquella con la que más se identificaron (19.6% y 25.8% respectivamente). Mientras que el 1.1% de los hombres y el 2.1% de las mujeres consideraron que muy a menudo sus familiares son poco considerados. A partir de lo cual podemos decir que el sexo no se encuentra relacionado con el hecho de creer que los familiares son poco considerados. El nivel de significancia que se obtuvo al aplicar la prueba Ji cuadrada fue de .296 (Ver Tabla y Figura 52).

Tabla 52. Sexo con intercambio negativo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Familiares poco considerados	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * Familiares poco considerados Crosstabulation

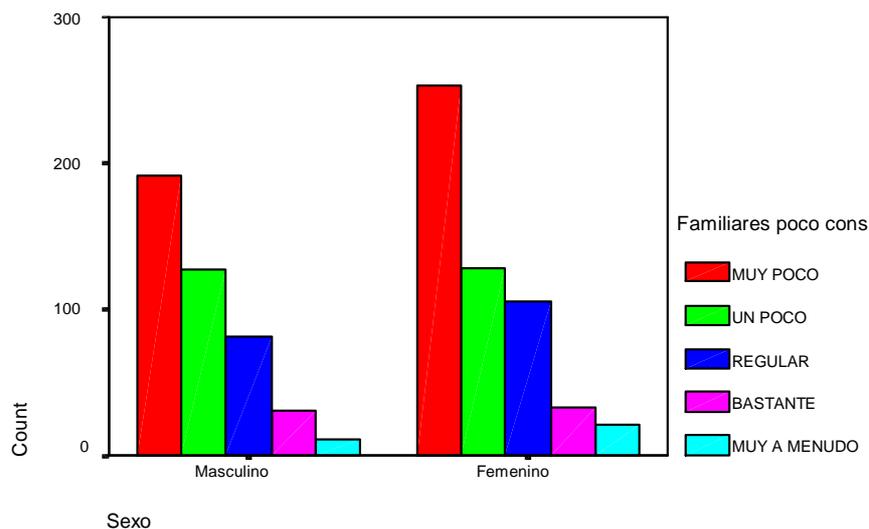
			Familiares poco considerados					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
Sexo	Masculino	Count	192	127	81	31	11	442
		% within Familiares poco considerados	43.1%	49.8%	43.5%	48.4%	34.4%	45.0%
		% of Total	19.6%	12.9%	8.2%	3.2%	1.1%	45.0%
Femenino	Count	Count	253	128	105	33	21	540
		% within Familiares poco considerados	56.9%	50.2%	56.5%	51.6%	65.6%	55.0%
		% of Total	25.8%	13.0%	10.7%	3.4%	2.1%	55.0%
Total	Count	Count	445	255	186	64	32	982
		% within Familiares poco considerados	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	45.3%	26.0%	18.9%	6.5%	3.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.919 ^a	4	.296
Likelihood Ratio	4.942	4	.293
Linear-by-Linear Association	.000	1	.988
N of Valid Cases	982		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14.40.

Figura 52. Sexo con intercambio negativo.



• EDAD CON INTERCAMBIO NEGATIVO

Como muestra la Tabla y la Figura 53 de la población total, el 45.4% estimó que sus familiares fueron poco considerados el año pasado, y el 3.3% opinó que muy a menudo sus familiares y amigos fueron poco considerados e insensibles.

Al establecer una correlación entre la edad y la opinión que se tiene sobre si los familiares fueron poco considerados el año pasado, se observó que la mayoría de los grupos de edad coincidió en opinar que muy poco sus familiares manifestaron una actitud de poca consideración hacia ellos, a excepción del grupo de edad 4, quienes opinaron que sus familiares mostraron poca consideración hacia ellos solo "un poco" (2.4%).

La respuesta que obtuvo los más bajos porcentajes en la mayoría de los grupos de edad fue la correspondiente al rubro de "muy a menudo": Grupo 1 = .9%; Grupo 2 = 1.1% y Grupo 3 = 1.2%. a partir de lo cual podemos decir de

manera general que la edad no se relaciona con la opinión de que los familiares sean poco o hayan sido poco considerados, ya que se obtuvo un nivel de significancia de .011 al aplicar la prueba Ji Cuadrada.

Tabla 53. Edad con intercambio negativo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Familiares poco considerados	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

edad * Familiares poco considerados Crosstabulation

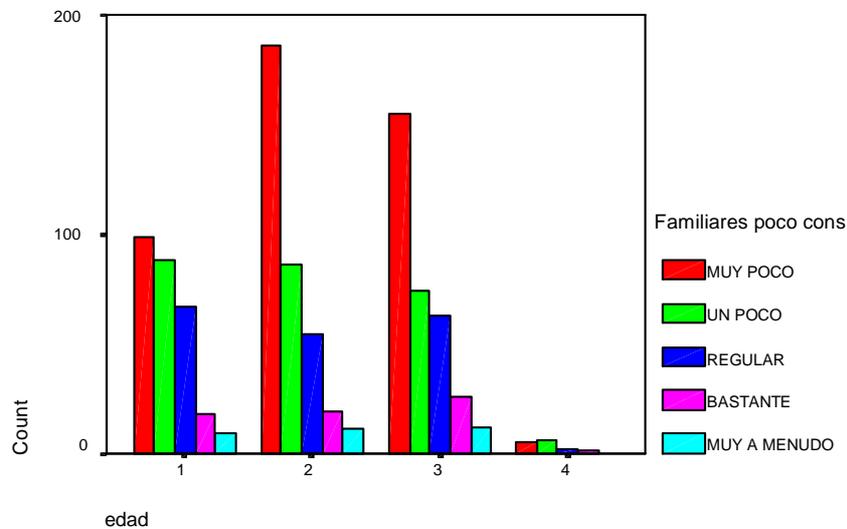
		Familiares poco considerados					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
edad 1	Count	99	88	67	18	9	281
	% within Familiares poco considerados	22.2%	34.6%	36.0%	28.1%	28.1%	28.6%
	% of Total	10.1%	9.0%	6.8%	1.8%	.9%	28.6%
2	Count	186	86	54	19	11	356
	% within Familiares poco considerados	41.8%	33.9%	29.0%	29.7%	34.4%	36.3%
	% of Total	19.0%	8.8%	5.5%	1.9%	1.1%	36.3%
3	Count	155	74	63	26	12	330
	% within Familiares poco considerados	34.8%	29.1%	33.9%	40.6%	37.5%	33.6%
	% of Total	15.8%	7.5%	6.4%	2.7%	1.2%	33.6%
4	Count	5	6	2	1		14
	% within Familiares poco considerados	1.1%	2.4%	1.1%	1.6%		1.4%
	% of Total	.5%	.6%	.2%	.1%		1.4%
Total	Count	445	254	186	64	32	981
	% within Familiares poco considerados	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	45.4%	25.9%	19.0%	6.5%	3.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25.993 ^a	12	.011
Likelihood Ratio	26.385	12	.009
Linear-by-Linear Association	1.482	1	.223
N of Valid Cases	981		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .46.

Figura 53. Edad con intercambio negativo.



- **ESCOLARIDAD CON INTERCAMBIO NEGATIVO**

Se observó que el 45.3% de la población total (N=444) consideraron que sus familiares adoptaron “muy poco”, una actitud poco considerada hacia ellos, mientras que el 3.3% de la población total consideró que “muy a menudo” sus familiares fueron poco considerados o insensibles con ellos.

Al establecerse una correlación entre el grado académico y la percepción de que los familiares hayan sido poco considerados durante el año pasado, se observó que la población de todos los niveles escolares e incluso aquella que no cuenta con ningún grado académico (1%, N=10) coincidió en considerar que sus familiares “muy poco” fueron insensibles o poco considerados hacia ellos: Primaria 7.8%, (N=76); Secundaria 7.3% (N=72); Preparatoria 6.8% (N=67); Carrera Técnica 9% (N=88), y Profesional 13.4% (N=131).a partir de lo cual podemos decir de manera general que no existe relación entre el grado académico y la percepción de que los familiares hayan sido poco considerados, ya que independientemente del nivel escolar que se posee, la población analizada consideró que sus familiares son poco considerados en muy pocas ocasiones y al aplicar la prueba Ji Cuadrada se obtuvo un nivel de significancia de .001 (Ver Tabla y Figura 54).

Tabla 54. Escolaridad con intercambio negativo.

Case Processing Summary						
	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Familiares poco considerados	980	99.5%	5	.5%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Familiares poco considerados Crosstabulation

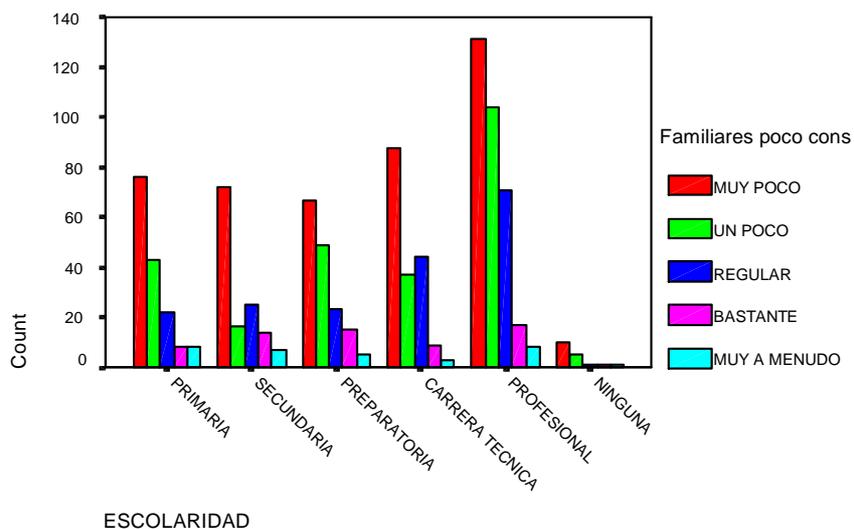
		Familiares poco considerados					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	76	43	22	8	8	157
	% within Familiares poco considerados	17.1%	16.9%	11.8%	12.5%	25.0%	16.0%
	% of Total	7.8%	4.4%	2.2%	.8%	.8%	16.0%
SECUNDARIA	Count	72	16	25	14	7	134
	% within Familiares poco considerados	16.2%	6.3%	13.4%	21.9%	21.9%	13.7%
	% of Total	7.3%	1.6%	2.6%	1.4%	.7%	13.7%
PREPARATORIA	Count	67	49	23	15	5	159
	% within Familiares poco considerados	15.1%	19.3%	12.4%	23.4%	15.6%	16.2%
	% of Total	6.8%	5.0%	2.3%	1.5%	.5%	16.2%
CARRERA TECNICA	Count	88	37	44	9	3	181
	% within Familiares poco considerados	19.8%	14.6%	23.7%	14.1%	9.4%	18.5%
	% of Total	9.0%	3.8%	4.5%	.9%	.3%	18.5%
PROFESIONAL	Count	131	104	71	17	8	331
	% within Familiares poco considerados	29.5%	40.9%	38.2%	26.6%	25.0%	33.8%
	% of Total	13.4%	10.6%	7.2%	1.7%	.8%	33.8%
NINGUNA	Count	10	5	1	1	1	18
	% within Familiares poco considerados	2.3%	2.0%	.5%	1.6%	3.1%	1.8%
	% of Total	1.0%	.5%	.1%	.1%	.1%	1.8%
Total	Count	444	254	186	64	32	980
	% within Familiares poco considerados	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	45.3%	25.9%	19.0%	6.5%	3.3%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	45.990 ^a	20	.001
Likelihood Ratio	48.391	20	.000
Linear-by-Linear Association	.028	1	.868
N of Valid Cases	980		

a. 5 cells (16.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .59.

Figura 54. Escolaridad con intercambio negativo.



- **SEXO CON INTERCAMBIO NEGATIVO**

Reactivo 37. Familiares y amigos se burlaron.

Como puede apreciarse en la Tabla y Figura 55, el 71.9% de la población total equivalente a 706 personas consideraron que sus familiares se burlaron muy poco, contrario al 2.1% quienes opinaron que lo hicieron muy a menudo.

Al establecerse una correlación entre el sexo y el hecho de que los familiares se hayan burlado, se observó que el 32.1% del género masculino (N=315) estimó que lo hicieron muy poco, y el 39.8% (N=391) del género femenino coincidió con esa misma respuesta.

En ambos géneros se identificó que la respuesta con menor porcentaje fue aquella correspondiente al rubro “muy a menudo” : hombres 1% (N=10) y mujeres 1.1% (N=11), por lo que podemos señalar que no existe relación entre el sexo y el

hecho de considerar que los familiares se burlaran, puesto que al aplicar la prueba Ji cuadrada entre estas dos variables se obtuvo un nivel de significancia de .062.

Tabla 55. Sexo con intercambio negativo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Sexo * Familiares se burlaron	982	99.7%	3	.3%	985	100.0%

Sexo * Familiares se burlaron Crosstabulation

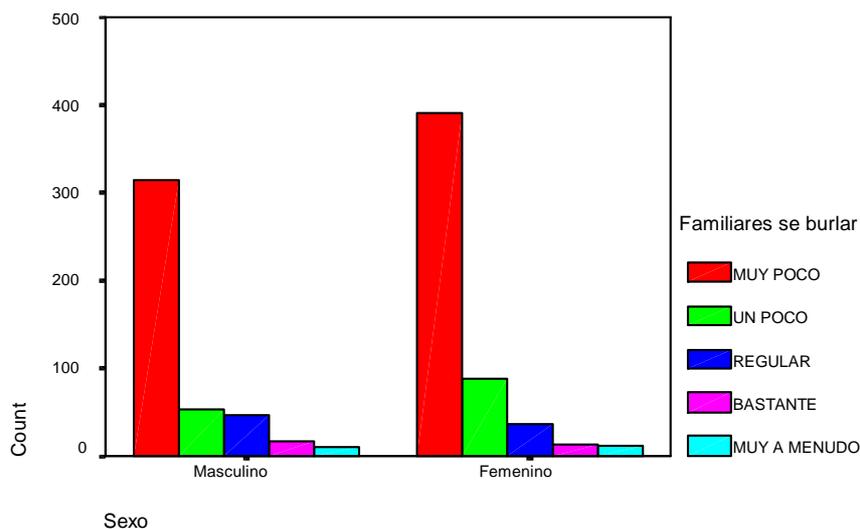
			Familiares se burlaron					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
Sexo	Masculino	Count	315	53	47	17	10	442
		% within Familiares se burlaron	44.6%	37.6%	56.6%	54.8%	47.6%	45.0%
		% of Total	32.1%	5.4%	4.8%	1.7%	1.0%	45.0%
	Femenino	Count	391	88	36	14	11	540
		% within Familiares se burlaron	55.4%	62.4%	43.4%	45.2%	52.4%	55.0%
		% of Total	39.8%	9.0%	3.7%	1.4%	1.1%	55.0%
Total		Count	706	141	83	31	21	982
		% within Familiares se burlaron	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	71.9%	14.4%	8.5%	3.2%	2.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.974 ^a	4	.062
Likelihood Ratio	8.981	4	.062
Linear-by-Linear Association	1.929	1	.165
N of Valid Cases	982		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.45.

Figura 55. Sexo con intercambio negativo.



- **EDAD CON INTERCAMBIO NEGATIVO**

Como puede apreciarse en la Tabla y Figura 56, el 71.9% de la población total equivalente a 705 personas estimaron que sus familiares se burlaron muy poco durante el año pasado, y el 2.1% equivalente a 21 personas opinaron que sus familiares se burlaron o los rechazaron “muy a menudo”.

Al relacionar al edad con la opinión de que los familiares se burlaron o rechazaron el año pasado, se observó que todos los grupos de edad coincidieron en considerar que la respuesta con la que mas se identificaron fue “muy poco” : Grupo 1 = 19%; Grupo 2 = 27.3%, Grupo 3 = 24.6% y Grupo 4 = 1%.

Por el contrario, la respuesta con la que menos se identificaron la mayoría de los grupos fue aquella correspondiente al rubro de “muy a menudo”: Grupo 1 = .9%; Grupo 2 = .7% y Grupo 4 = .5%, ya que el grupo 4 opinó que la respuesta que menos lo identificó fue la correspondiente al rubro “regular” (.1%).

Una vez aplicada la prueba Ji cuadrada, se obtuvo un nivel de significancia de .285, a partir de lo cual podemos decir de manera general que la edad no se encuentra relacionada con la opinión de que los familiares se hayan burlado o rechazado el año pasado.

Tabla 56. Edad con intercambio negativo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
edad * Familiares se burlaron	981	99.6%	4	.4%	985	100.0%

edad * Familiares se burlaron Crosstabulation

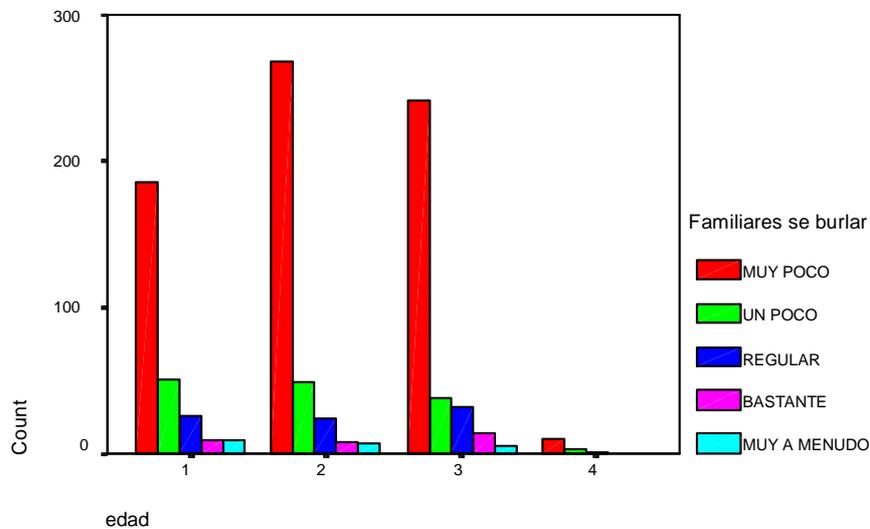
			Familiares se burlaron					Total
			MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
edad 1	Count		186	51	26	9	9	281
	% within Familiares se burlaron		26.4%	36.2%	31.3%	29.0%	42.9%	28.6%
	% of Total		19.0%	5.2%	2.7%	.9%	.9%	28.6%
2	Count		268	49	24	8	7	356
	% within Familiares se burlaron		38.0%	34.8%	28.9%	25.8%	33.3%	36.3%
	% of Total		27.3%	5.0%	2.4%	.8%	.7%	36.3%
3	Count		241	38	32	14	5	330
	% within Familiares se burlaron		34.2%	27.0%	38.6%	45.2%	23.8%	33.6%
	% of Total		24.6%	3.9%	3.3%	1.4%	.5%	33.6%
4	Count		10	3	1			14
	% within Familiares se burlaron		1.4%	2.1%	1.2%			1.4%
	% of Total		1.0%	.3%	.1%			1.4%
Total	Count		705	141	83	31	21	981
	% within Familiares se burlaron		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total		71.9%	14.4%	8.5%	3.2%	2.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	14.257 ^a	12	.285
Likelihood Ratio	14.805	12	.252
Linear-by-Linear Association	1.570	1	.210
N of Valid Cases	981		

a. 4 cells (20.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .30.

Figura 56. Edad con intercambio negativo.



• ESCOLARIDAD CON INTERCAMBIO NEGATIVO

El 71.8% de la población total equivalente a 704 personas estimaron que la respuesta con la que más se identificaron fue la correspondiente al rubro de “muy poco” en lo referente a considerar si sus familiares se burlaron de ellos o los rechazaron, mientras que el 2.1%, equivalente a 21 personas de la población total consideraron que la respuesta que mejor los identificó fue la referente al rubro de “muy a menudo”.

Al relacionar el nivel escolar con la percepción de que los familiares se hayan burlado o los hayan rechazado durante el año pasado, se encontró que la población de todos los grados académicos coincidió en considerar la respuesta correspondiente al rubro "muy poco" como aquella con la que más se identificaron: Primaria 12.1% (N=119), Secundaria 10.3% (N=101), Preparatoria 12.4% (N=122), Carrera Técnica 13.1% (N=128), Profesional 22.3% (N=219) e incluso también aquella población que no cuenta con ningún grado escolar 1.5% (N=15). A partir de lo cual podemos señalar de manera general que no existe una relación significativa entre el grado académico y la percepción de que los familiares se hayan burlado o rechazado durante el año pasado, ya que independientemente del grado escolar, la población consideró que sus familiares adoptaron esta respuesta en muy pocas ocasiones y el valor de significancia que se obtuvo al aplicar la prueba Ji Cuadrada fue de .015 (Ver Tabla y Figura 57).

Tabla 57 Escolaridad con intercambio negativo.

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
ESCOLARIDAD * Familiares se burlaron	980	99.5%	5	.5%	985	100.0%

ESCOLARIDAD * Familiares se burlaron Crosstabulation

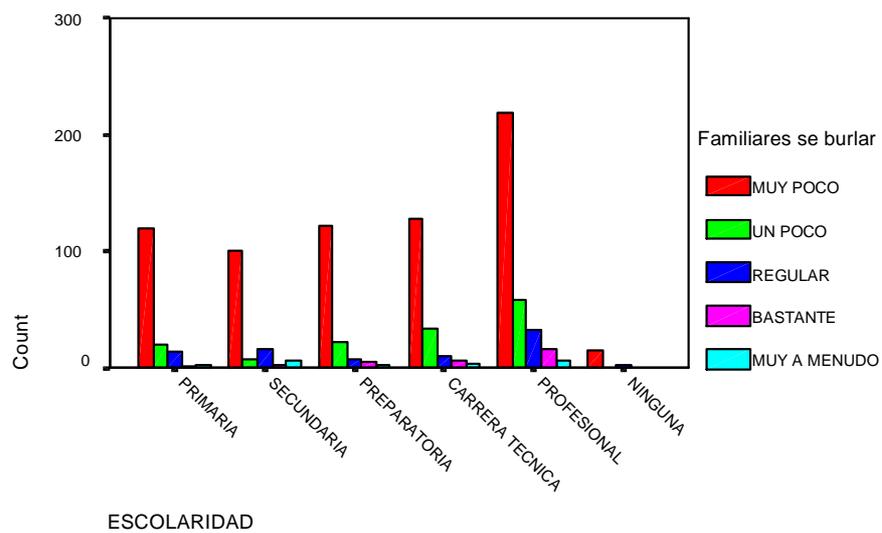
		Familiares se burlaron					Total
		MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO	
ESCOLARIDAD PRIMARIA	Count	119	20	14	1	3	157
	% within Familiares se burlaron	16.9%	14.2%	16.9%	3.2%	14.3%	16.0%
	% of Total	12.1%	2.0%	1.4%	.1%	.3%	16.0%
SECUNDARIA	Count	101	8	16	3	6	134
	% within Familiares se burlaron	14.3%	5.7%	19.3%	9.7%	28.6%	13.7%
	% of Total	10.3%	.8%	1.6%	.3%	.6%	13.7%
PREPARATORIA	Count	122	22	8	5	2	159
	% within Familiares se burlaron	17.3%	15.6%	9.6%	16.1%	9.5%	16.2%
	% of Total	12.4%	2.2%	.8%	.5%	.2%	16.2%
CARRERA TECNIC	Count	128	33	10	6	4	181
	% within Familiares se burlaron	18.2%	23.4%	12.0%	19.4%	19.0%	18.5%
	% of Total	13.1%	3.4%	1.0%	.6%	.4%	18.5%
PROFESIONAL	Count	219	58	32	16	6	331
	% within Familiares se burlaron	31.1%	41.1%	38.6%	51.6%	28.6%	33.8%
	% of Total	22.3%	5.9%	3.3%	1.6%	.6%	33.8%
NINGUNA	Count	15		3			18
	% within Familiares se burlaron	2.1%		3.6%			1.8%
	% of Total	1.5%		.3%			1.8%
Total	Count	704	141	83	31	21	980
	% within Familiares se burlaron	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	71.8%	14.4%	8.5%	3.2%	2.1%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36.215 ^a	20	.015
Likelihood Ratio	41.932	20	.003
Linear-by-Linear Association	2.707	1	.100
N of Valid Cases	980		

a. 10 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .39.

Tabla 57. Escolaridad con intercambio negativo.



CAPITULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada, se pudo constatar que el concepto de salud y enfermedad ha sufrido diversas modificaciones debidas a los factores económicos, políticos y sociales imperantes en los diferentes periodos de la historia, de ahí que en la actualidad, la salud se conciba como un proceso de equilibrio entre el organismo y su entorno, en el que figuran propiamente aspectos de tipo social, cultural y económico; así como también las diferencias individuales, tanto las de tipo biológico o genético, entre otros.

Derivado de esto, se concibe a la salud como un proceso integral en la medida en que es cambiante, dinámico y en el que tanto el individuo como la sociedad son responsables de fomentarla, promocionarla y mantenerla.

En este apartado es conveniente señalar que la salud se ha manejado por diferentes autores como un fenómeno sin límites bien establecidos con respecto a la enfermedad, puesto que suele ser muy común que se hable de ambos indiscriminadamente refiriéndose a la enfermedad cuando se habla de salud, y hablando de salud cuando se trata de enfermedad, es un proceso en el que se habla de ambas transitando de un extremo a otro; no existe a la fecha una descripción completa del proceso de salud exclusivamente, cuestión que de manera contraria sí se maneja en el ámbito de la enfermedad.

Cabe indicar que tal concepción de salud y enfermedad sin límites claros que los definan, surge a partir del modelo biopsicosocial propuesto por Engel en 1977 (cit. en Rodríguez, op.cit.), el cual surge como un modelo alternativo al modelo biomédico, donde se propone a la salud como un proceso continuo sin

límites específicos con la enfermedad, que se encuentra determinado por el funcionamiento biológico, la forma de comportarse, misma que se ve influida por las creencias, actitudes y valores que el individuo posee y que conforman su particular estilo de vida dentro de la sociedad; así como, sus formas de afrontar las diferentes problemáticas que se le presentan.

En este sentido, al abordar el análisis del afrontamiento, en el presente trabajo, se consideró la respuesta hacia la enfermedad en general, ya que, existen características que se ponen de manifiesto ante cualquier situación de enfermedad, por ejemplo: el hecho de experimentar soledad, en virtud de que un individuo enfermo no puede desempeñar su rol normal y por lo tanto tiende a aislarse, o por el contrario, buscar el apoyo de familiares y amigos y, también porque las experiencias tanto físicas como psíquicas las vive única y exclusivamente él (Lían Entralgo, cit. en Bartolomé, op.cit.).

A partir de esto, se encontró que la forma como un individuo experimenta la enfermedad es muy variable de acuerdo a la manera en cómo la percibe, el significado que le brinda, la evaluación que hace de la misma y, la forma en que la afrontará, considerando el término de afrontamiento como aquel mecanismo por el cual el paciente busca adaptarse a la enfermedad.

Con base en lo dicho hasta el momento, es posible asegurar y resumir que la enfermedad se ve influenciada en gran medida por el significado que el individuo le brinda, el cual se encuentra determinado por las experiencias que el sujeto ha tenido, los valores, las creencias y el nivel cultural que posee; además del uso de recursos sociales y personales con los que cuenta para hacer frente a una situación problemática (Billings y Moos, op.cit.).

Estos recursos sin duda, varían en función de factores como el sexo, la edad, y la escolaridad, los cuales se correlacionaron en este trabajo con el apoyo social y el afrontamiento teniendo como propósito determinar su relación con la

enfermedad, partiendo del hecho, de acuerdo a diferentes investigaciones, que el apoyo social amortigua el impacto de la enfermedad y por lo tanto puede facilitar el afrontamiento hacia la misma.

Así las cosas, tomando en consideración los objetivos que sustentan el presente trabajo, en un primer término, se analizan las respuestas de afrontamiento hacia la enfermedad considerando las variables de género, edad y escolaridad, para después analizar el papel del apoyo social en cada una de estas variables dentro de un contexto de enfermedad.

En términos de género, se encontró que las mujeres tienden a emplear más una respuesta de negación, en tanto que intentan evadir la tensión (ver tabla 4) que propicia la enfermedad, recurriendo a Dios (ver tabla 13) con considerable frecuencia y describiéndose a sí mismas con poco control ante situaciones de estrés (ver tabla 25); de manera contraria los hombres, al parecer asumen una respuesta de mayor confrontamiento y autocontrol, al considerarse con mayor tendencia a mantener la calma en situaciones de estrés (ver tabla 22); no evitar la tensión ante la enfermedad y recurrir con menor frecuencia a Dios.

De acuerdo con lo anterior, puede suponerse que las mujeres en comparación a los hombres mantienen una respuesta de afrontamiento más enfocada a la emoción, puesto que hay una orientación mayor a regular la respuesta emocional a que el problema (en este caso, la enfermedad) da lugar, que al problema en sí; es decir, que no se busca alteración o manipulación de la problemática, ya que considerado lo dicho por Lazarus (1986, cit. en Guillén y Palomares, op.cit.) prevalece la creencia de que poco se puede hacer para modificar las situaciones adversas, y esto puede suponerse a partir de que las mujeres que participaron en la muestra, se inclinaron más por un apoyo de tipo espiritual (buscar a Dios, ver tabla 13) caracterizándose con poco nivel de autoayuda (Ver tabla 4).

No obstante, cabe señalar que tanto hombres y mujeres estimaron como respuesta común hacia la enfermedad el asistir al médico (ver tabla 7), e inclusive, en las mujeres hubo un interés mayor que en los hombres por buscar esa ayuda profesional, dadas estas posturas pareciera que las mujeres buscan afrontar la enfermedad, un poco más que los hombres, mediante la ayuda externa; aunque esta circunstancia tal vez tenga explicación en el hecho de que las mujeres a diferencia de los hombres no mantienen la calma en situaciones de tensión con facilidad (considerando claro la enfermedad como una situación de tensión y la presentación concomitante de la sintomatología correspondiente) y recurran con más ahínco al apoyo externo, en este caso el apoyo profesional (Ver tablas 7 y 22).

En lo que respecta a la búsqueda de apoyo social no se identificaron diferencias acentuadas entre hombres y mujeres, a excepción de que las mujeres, tal vez por el tipo de educación recibida se muestran más agradecidas con los intercambios sociales que los hombres, primordialmente con el apoyo social de tipo tangible o instrumental (Ver tabla 49), esto es, que valoran más el apoyo material que algún otro. Estos resultados concuerdan con los encontrados en las investigaciones realizadas por Perrine (op.cit.), referente a los proveedores sociales, donde determina que posiblemente debido a las expectativas esperadas de los roles de género, las mujeres tienden más a recibir apoyo social y, así mismo a proporcionarlo en comparación a los hombres (Ver tablas 46 y 49).

Con base en lo anterior se observó que con respecto al género se acude al apoyo social ante una situación de enfermedad de manera diferente, mientras que para las mujeres existe una inclinación por la búsqueda de apoyo tangible (Ver tabla 46 y 49), profesional (Ver tabla 7) y espiritual (Ver tabla 13), para los hombres se da una inclinación por la autoayuda (Ver tabla 4) y búsqueda de apoyo profesional (Ver tabla 7).

Referente a los grupos de edad, se encontró que las estrategias de afrontamiento hacia la enfermedad en el primer grupo (de 17 a 30 años) consistieron en evitar la tensión y buscar información (ver tablas 5 y 44); para el segundo grupo (de 31 a 45 años) evitar la tensión y buscar apoyo social a través de los amigos (Ver tabla 11); para el tercer grupo (de 46 a 60 años) búsqueda de apoyo informativo y emocional a través de los amigos; además, se observó en este grupo la percepción de un mayor nivel de autocontrol ante situaciones de estrés (ver tabla 26); y para el cuarto grupo (de 61 a 77 años) búsqueda de apoyo informativo y ayuda profesional (Ver tabla 8).

Considerando el punto anterior pareciera que a menor edad, como sucedió en el primer grupo, hay una orientación a negar o ignorar una enfermedad, esto, al no acudir con frecuencia al médico, no acercarse a dios y no controlar adecuadamente situaciones de estrés. Tal situación pudiera deberse a que la existencia de experiencias tempranas con la enfermedad, junto con otras circunstancias, generen que no se le atribuya importancia a los síntomas presentes y se acomoden a la enfermedad como mejor les convenga (Rodríguez, op. Cit.). Partiendo de esta idea, supondríamos que para la gente joven el significado que se le otorga a la enfermedad no representa complejidad o malestar, la enfermedad no es visualizada como grave, no es vista como una situación que altere su conexión con el mundo social y ambiental, no modifica su ritmo de vida.

Para las personas de entre 31 y 45 años, las respuestas hacia la enfermedad suelen presentar una tendencia muy similar a la del primer grupo, a excepción de que en esta población, a diferencia de la anterior, se busca un apoyo social solicitando la ayuda de los amigos (Ver tabla 11); esta situación pareciera deberse tal vez a la composición y estructura de la red social, ya que en este intervalo de edad el individuo comienza a mantenerse más estable en determinados grupos sociales, se percibe perteneciente a diferentes grupos como son, la familia, el trabajo y los amigos.

Con respecto al tercer grupo de edad, se observó una estrategia más confrontativa hacia la enfermedad puesto que existe una mayor recurrencia a asistir al médico (ver tabla 9), hay una mayor tendencia a controlar y a buscar sentirse mejor ante situaciones de estrés (Ver tablas 26 y 32).

Esta característica de mayor autocontrol parece indicar que la población de 46 a 60 años mantiene un locus de control interno en comparación a los otros tres grupos, ya que de acuerdo con Rodríguez (op. Cit.) los sujetos con este locus de control consideran que pueden controlar su salud mediante determinados comportamientos, buscan más información y muestran una mayor predisposición para mantener la salud que un locus externo, el cual generalmente no utiliza estrategias de afrontamiento para modificar su situación al considerar que nada puede hacer y que su mejoría depende de otros o de factores incontrolables como por ejemplo el azar.

Cabe señalar que en este tercer grupo, también se manifiesta la búsqueda de apoyo social a través de la ayuda de los amigos (Ver tabla 11); de hecho, posiblemente en esta edad la estructura y composición de la red social se encuentre más afianzada y el sujeto perciba como dice Turner (op. Cit.) a partir de su inserción en las redes sociales, que es cuidado, amado, valorado y estimado; lo cual llevará a que el apoyo social genere su efecto indirecto o protector, es decir, que amortigüe el impacto de los sucesos vitales estresantes que viven las personas, en este caso una situación de enfermedad, de ahí, que como se observó en este tercer grupo, los individuos se perciban con un mayor autocontrol.

Haciendo referencia al cuarto grupo de edad, se encontró que como respuesta hacia la enfermedad impera el asistir al médico (ver tabla 8), es decir, se busca el apoyo profesional e informativo (ver tabla 44), y disminuye la búsqueda de apoyo social, ya que la población de este grupo tiende con menor frecuencia recurrir a los amigos (Ver tabla 11).

Esta situación, establece mucha relación y confirma lo mencionado por diversos autores como Dunkel y cols.(op.cit.); Fernández-Ballesteros, (op.cit.); y Buela-Casal y Virués, (op.cit.), quienes argumentan que a partir de los 65 años de edad y conforme va avanzando la edad existe un menor número de relaciones sociales, esta circunstancia se evidencia en los resultados obtenidos de la presente investigación al suponer que en las personas que conformaron la muestra de 61 a 77 años no consideraron como estrategia afrontativa el apoyo social en términos del aspecto emocional (Ver tabla 38 y 41), puesto que sus redes sociales se encuentran disminuidas y optan más por otro tipo de apoyo o ayuda.

En torno a la edad, puede mencionarse en general que el apoyo social es un factor importante, que influye en las estrategias de afrontamiento que el sujeto elige al momento de encarar una enfermedad, identificándose que a mayor estructura y estabilidad de la red social, las posibilidades de que un sujeto pueda experimentar estrategias de autocontrol, son mayores. En este sentido, puede hablarse de que el apoyo social influye positivamente en la forma de afrontar la enfermedad, ya que amortigua el impacto de la misma.

Referente al nivel académico, se encontró que de nivel preparatoria a niveles de escolaridad inferiores, incluyendo a aquellos que no cuentan con instrucción escolar, se sostiene una tendencia a presentar respuestas enfocadas a evitar la tensión ante la enfermedad (Ver tabla 6); así como, estrategias de afrontamiento encaminadas a la búsqueda de apoyo social de tipo emocional, tangible y espiritual (Ver tablas 39, 42, 48, 51 y 15); mientras que para los sujetos ubicados en niveles de carrera técnica y sobre todo profesional, la tendencia es a emplear estrategias de afrontamiento confrontativas, en función de que buscan controlar una situación de estrés (Ver tablas 6 y 27).

Es importante abrir un paréntesis en este último punto para señalar que, en la bibliografía revisada se habla de la negación como una estrategia de

afrontamiento en términos de que el paciente al ignorar el significado de la enfermedad; así como el estado emocional ante la misma, puede reducir el miedo hasta el punto de permitir el buen funcionamiento de las capacidades de la persona, inclusive, se habla de la categoría constituida por las respuestas de acción directa de escape/evitación ante el acontecimiento de enfermedad como formas adaptativas hacia un evento que implican una acción de afrontamiento.

Sin embargo, conceptualmente el término de afrontamiento nos remite a una confrontación directa hacia algún evento en particular, refiriéndonos a acciones positivas tratando de dar solución a algo y, el hablar de evitación o negación sería referirnos a un aspecto contrario, donde no se busca solucionar nada, mientras la problemática en cuestión sigue presente.

Derivado de lo anterior resultaría conveniente para investigaciones futuras, llevar a cabo una revisión conceptual del término afrontamiento, esto, en aras de delimitar sus categorías comportamentales definiendo sus parámetros de acción. Mientras tanto, en el presente trabajo cabe apuntar que, las respuestas que los sujetos de la muestra señalaron como evitación, se consideraron como alternativas de comportamiento específicas ante situaciones de tensión sin, considerarlas como estrategias de afrontamiento propiamente.

Retomando el papel del afrontamiento, pero ahora enfocado a la percepción del apoyo social ante situaciones de enfermedad, se identificó que en los niveles académicos de primaria, secundaria, preparatoria y ninguno, es demasiada la demanda de tales grupos hacia familiares y amigos en términos de ayuda emocional en el futuro (Ver tabla 39); manifestando de antemano que no hay una satisfacción plena con el apoyo de tipo informativo (Ver tabla 45) y tangible recibido hasta el momento (Ver tabla 51).

Prestando atención a lo anterior, y retomando lo mencionado por Rodríguez (op.cit.) con respecto a que la elección de las estrategias de afrontamiento tienen

que ver con el aspecto sociodemográfico y personal de cada individuo, pareciera que los grupos académicos mencionados le toman mucha mayor importancia al apoyo emocional, el cual valoran en términos de tiempo futuro, en el sentido de que la madurez emocional y cognitiva alcanzada genera cierta dependencia hacia entidades externas desde aspectos incontrolables como el azar hasta la ayuda de los otros.

Al referirnos a los niveles de carrera técnica y profesional, nos encontramos con que estas poblaciones mantienen un locus de control interno, lo que probablemente habla de una madurez emocional y cognitiva mayor, al establecer una conexión entre el comportamiento y sus consecuencias, percibiéndose una auto eficacia para controlar los acontecimientos que afectan el ritmo de vida, vislumbrándose así que un estado de salud depende de lo que uno realice Bartolomé y cols. (op. Cit.). Tal vez por esta razón, se observó que aquellas personas que tienen nivel profesional, se apegan con mayor ahínco al tratamiento médico, no dejando pasar el tiempo (Ver tabla 8).

Cabe mencionar que en estos últimos dos niveles, la búsqueda de apoyo social de tipo emocional, tangible y espiritual es mínima en comparación a los otros grados académicos señalados, por lo que puede decirse que su inclinación es más a buscar un apoyo de tipo informativo (Ver tabla 39, 42, 48, 51, 15 y 45 respectivamente).

Resulta claro que el apoyo social influye como estrategia de afrontamiento hacia la enfermedad de manera considerable en el plano académico, en términos de que a menor grado escolar, hay un apego mayor por buscar apoyo emocional y tangible; mientras, que para niveles mayores de estudio, se da una inclinación por el apoyo informativo.

Derivado de toda la discusión en torno a los resultados obtenidos, puede argumentarse que el apoyo social representa una estrategia de afrontamiento

efectiva (positiva), y en este caso ante una situación de enfermedad, amortigua el impacto que ésta puede generar en el paciente. Dicho efecto de amortiguamiento pudo verse reflejado en el hecho de que, los sujetos que participaron en la muestra al percibir el apoyo social del exterior ya sea a través de amigos, familiares, informativo, tangible, etc. se percibieran a sí mismos con mayor autocontrol, destacándose una respuesta de autoayuda, como sucedió con el tercer grupo de edad (tabla 26 y 32) y con los individuos con niveles académicos correspondientes a carrera técnica y universidad (Ver tabla 8).

A partir de lo anterior, y de la importancia e interrelación entre el apoyo social y el afrontamiento, se sugiere para próximas investigaciones elaborar e impulsar programas comunitarios con referencia a la promoción de la salud o de prevención de la enfermedad que se desarrollen sobre la base del apoyo de redes sociales, específicamente enfocados a poblaciones de riesgo, como lo serían por ejemplo, aquellas personas de la tercera edad.

Asimismo, se sugiere promover el empleo de estrategias sencillas de intervención que representen el autocontrol (por ejemplo, técnicas de relajación, autoregistro, sensibilización, etc.), sobre todo, una vez que se han fortalecido las redes sociales puesto que amortiguaría el efecto de la enfermedad y el afrontamiento hacia la misma.

Finalmente y retomando todo lo ya mencionado, pueden concluirse los siguientes puntos:

- a) Los instrumentos utilizados (funcionamiento de la salud y funcionamiento psicosocial) resultaron efectivos para identificar el tipo de relación que guarda el apoyo social con las estrategias de afrontamiento, definiendo a partir de ello, que el apoyo social en sus diferentes categorías (apoyo emocional, tangible, informativo, etc.) representa en sí misma una

estrategia de afrontamiento que incide en el manejo y adaptación positiva hacia la enfermedad.

- b) La población que participó en la muestra, de manera general, se mostró satisfecha en cuanto al apoyo social recibido y el que espera recibir en un futuro, valorando en este sentido un apoyo social de tipo positivo.
- c) En términos de género, las mujeres se inclinaron más que los hombres por proporcionar y recibir apoyo social, específicamente el de tipo tangible; de ahí que sus respuestas de afrontamiento se enfocaron más a la emoción, solicitando un apoyo externo a través de cuestiones materiales; de profesionistas de la salud e inclusive de entidades espirituales. De manera contraria las respuestas de afrontamiento de los hombres se enfocaron más a la autoayuda y búsqueda de apoyo profesional, que de algún otro tipo.
- d) La población que osciló entre los 31 y 60 años de edad, demandó más que los otros estratos de edad un apoyo social de tipo emocional, buscando la ayuda de amigos, por lo que en esta edad puede hablarse de una amplitud y estabilidad en cuanto a las redes sociales fincadas por los individuos.
- e) La población de edad más avanzada (61 a 77 años) se interesó más por la búsqueda de un apoyo informativo y profesional que de tipo emocional a través de amigos, tal situación nos lleva a suponer que al verse disminuidas sus redes sociales, se presenta una inclinación por la búsqueda de otro tipo de apoyo.
- f) A mayor nivel académico, hablando específicamente del profesional, se valora más el apoyo social de tipo informativo; mientras que a menor nivel educativo, se aprecia más un apoyo de tipo emocional.

- g) El concepto de afrontamiento, desempeña un papel de crucial importancia en el modelo biopsicosocial que define a la salud-enfermedad como un proceso dinámico en el sentido de que, desde el sujeto mismo se cuenta con diferentes recursos para mantener un nivel de funcionamiento deseable ante las demandas del exterior, recursos que sin duda se ven afectados por variables psicológicas y socioculturales. Asimismo, se identificó la necesidad de revisar y tal vez, reconceptualizar el término “afrontamiento”, ya que dentro de las definiciones revisadas, se habla de que el sujeto puede recurrir a comportamientos que impliquen evitación, escape y negación; sin embargo, estos recursos al ser exteriorizados por un paciente (por ejemplo) hablan más de un rechazo a lo que se está viviendo, que una confrontación.
- h) El apoyo social como estrategia de afrontamiento representa un factor importante de adaptación hacia la enfermedad, al mismo tiempo que puede generar en el individuo una sensación de autocontrol ante situaciones de tensión.
- i) Como última conclusión podemos señalar que la Psicología de la Salud representa un campo de la Psicología con relevante vitalidad que cuenta con las suficientes bases teóricas y metodológicas para proporcionar conocimientos a través de la investigación, que a su vez son y serán el sustento de las aplicaciones clínicas en el marco de la salud y la enfermedad.

REFERENCIAS

- Aduna, A. P. (1998) Afrontamiento, Apoyo Social y Solución de Problemas en Estudiantes universitarios. Estudio experimental. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Amigo, I., Fernández, R. y Pérez, M. (1998). Psicología de la salud En, Manual de Psicología de la salud. Madrid. Pirámide.
- Bartolomé Llor, E.; Abad Mateo, M. A.; García Izquierdo, M. y Nieto Munuera, J. (1995) Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud. Mc Graw-Hill Interamericana. España.
- Billings, A.G., & Moos, R.H., (1981) The role of coping responses and social resources in Attenuating the stress of life events. Journal of Behavioral Medicine, 4, 139-157.
- Buela-Casal, G; Fernández, L. y Carrasco T. (1997) Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Ed. Pirámide, Madrid.
- Buela-Casal, G. Y Virués, J. (2000) ¿Qué relación existe entre el apoyo social y la interacción con animales? Psicología y Salud, Vol. 10, Num. 2, pp. 189-200
- Buendía, J. (1991) Psicología Clínica y Salud. Desarrollos Actuales. Secretaría de Publicaciones Universidad de Murcia, España.
- Buendía, J. (1999) Psicología Clínica. Perspectivas Actuales Ed. Pirámide, Madrid.
- Byrne, B. (1998) Psicología Social. Prentice Hall, Madrid.

- Castillo, B. (2001) Reporte de trabajo profesional: el Psicólogo como promotor de educación para la salud. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM, FES Iztacala.
- Cohen, S., & McKay, G. (1984) Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S.E. Taylor, & J.E. Singer (Eds.) Handbook of Psychology and health. Hillsdale, N.J. Erlbaum.
- Cohen, S. & Wills, T. (1985) Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychology Bull 98: 310-357.
- Cutrona, C.E., & Russell, D.W. (1990) Type of social support and specific stress:Toward a Theory of optimal matching. In B. A. Sarason, I.G. Sarason, & G.R. Pierce (Eds.) Social support: an interactional view. New York: Wiley.
- Dunkel, S.C., Feinstein, L.G., Taylor S.E. (1992) Patterns of coping with cancer. Health the Psychology. 77(2) 79-87.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992) Intervención Psicológica en personas mayores. Perspectivas en Gerontología y Salud. Ed, Promolibro, Valencia.
- Folkman, S.; Lazarus, R.; Dunkel-Scheffer, C. & De Longis, A. (1986) Dinamics of stress full encounter cognitive, appraisan, coping and encounter Outcomes. Journal of Personality and social Psychology, 50: 992-1003.
- Gómez, D. y Saburido, L. (1996) Salud y Prevención, Nuevas aportaciones desde la evaluación Psicológica. Ed. Universidad de Santiago de Compostela.
- Grinder, R. E. (1987) Adolescencia Limusa, México.

- Guillen, M. Y Palomares, R. (1999) Las estrategias de Afrontamiento y el Apoyo Social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular. Tesis De Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- House, J.S., (1984) Barriers to work stress. Social support. In W. D. Gentry, H. Benson, & C. de Wolff (Eds.) Behavioral medicine: Work, stress, and health. The Hague: Martinus Nijhoff.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986) Estrés y Procesos Cognitivos. Martínez Roca. Barcelona. pp. 140-246.
- León, S. (1998) Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: Percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Martínez, D. Y Solís, I. (2001) Comparación entre indicadores de salud: Afrontamiento y Redes Sociales en dos poblaciones diferentes de la tercera edad en el D.F. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Mattarazzo, J.D. (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. American Psychologist, 37, 1-14.
- Morales, F. (1999) Introducción a la Psicología de la Salud. Paidós, Buenos Aires.
- Morales, J. F. (1997) Introducción al Estudio de la Psicología de la Salud. Unison, México.
- Morales, J. F.; Huici, C. y Cols. (1999) Psicología Social. McGraw Hill, Madrid.
- Morales, F.; Paez, D.; Kornblit, A. y Asún, D. (2001) Psicología Social. Ed. Prentice Hall, Buenos Aires.

- Moro, L. (1993) El paciente con cáncer y su entorno. Ed. Fundación La Caixa, Barcelona.
- Myers, D. (2000) Psicología Social Ed. McGraw Hill, Bogotá.
- Oblitas, L. A: & Becoña, E. (2000) Psicología de la Salud. Ed. Plaza y Valdés, México.
- Peñacoba P.C. (2001) Influencia de la Autoestima y el Apoyo social en el Estrés Laboral.
Psicología y Salud, 11, 1 pp. 81-90.
- Ramírez, M. y Cortés, E. (1996) Psicología Pediátrica. Alternativas en Psicología. Año 1,
Núm. 2, Sep-Nov.
- Ramírez, M.; Cortés, E.; Vaquero, E. Y Arriaga Y. (2003) Evaluación de requerimientos
de salud integral en población mexicana. Psicología y Ciencia Social. UNAM FES-
Iztacala y Colegio de Académicos de Psicología. Vol. 5, Núm.2
- Ridruejo, A., (1997) Psicología Médica. Mc Graw-Hill Interamericana. Madrid.
- Rodríguez M. J. (1995) Psicología Social de la Salud. Síntesis, S.A. Madrid.
- Rowland, J. (1989) Intrapersonal Resources: social support. Handbook of Psychology.
58-71.
- San Martín, H. (1984) Salud y Enfermedad. La Prensa Médica Mexicana.
- Santecreu, J.; Rubio, J. Y Márquez, M. (1998) La prevención en el marco de la Psicología
de la Salud. Departamento de psicología de la salud, Universidad del Brasil.
- Shaefer, C., Coiné, J. C., & Lazarus, R.S. (1981) The health-related functions of social
support. Journal of Behavioral Medicine, 4, 381-406.

- Thoits, P.A. (1983) Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social Support as a buffer against life stress. Journal of health and social behavior, 23.
- Turner, R; Franken, B. y Levin, D. (1986) Social support, conceptualization, measurement and implications for mental health, en J.R. Greenly . Research in community and mental health. Vol. 3.
- Valencia, A. (2000) Estudio descriptivo de indicadores protectores psicosociales de la Salud en una comunidad de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Vega, M. (2002) Psicología de la Salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable. Tesis de Licenciatura. FES-Iztacala UNAM.
- Weinman, I. (1987) An outline of psychology as applied to medicine. Wright, Bristol.
- Wills, T.A., (1984) Supportive functions of interpersonal relationships. In S. Cohen & L. Syme (Ed.) Social support and health. New York: Academic Press.

ANEXOS

INSTRUCCIONES

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas **con una cruz** en los cuadros numerados. **NO MARQUE LOS CUADROS VACIOS QUE SE ENCUENTRAN A LA DERECHA.** Sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas, así que le solicitamos responda sin pensar demasiado y con la mayor veracidad.

Sólo marque un número para cada respuesta

Los datos que usted aporte serán **TOTALMENTE CONFIDENCIALES** y sólo con fines de investigación.

Le agradecemos su interés y cooperación.

Marque con una cruz :

SEXO

Masculino	Femenino
-----------	----------

EDAD: _____

¿Qué servicio médico utiliza usted?

SSA	IMSS	ISSSTE	SERVICIO PRIVADO	OTROS
-----	------	--------	------------------	-------

¿Cuál es su grado de escolaridad? Aún cuando no lo haya concluido.

primaria	secundaria	preparatoria	Carrera técnica	profesional	ninguna
----------	------------	--------------	-----------------	-------------	---------

1. La última vez que se enfermó ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

1 Media	2 Moderada	3 Seria	4 Muy seria
---------	------------	---------	-------------

De acuerdo a su respuesta anterior:

1. ¿Qué acciones realizaría en respuesta a una enfermedad? Señale el número que más se acerca a su respuesta

NO	PROBABLEMENTE NO	REGULAR	PROBABLEMENTE	SI
1	2	3	4	5

								AA	AP	AM	AE	PT
2. ¿Acercarse a Dios?	1	2	3	4	5							

3.	¿Avisarle a sus amigos?	1	2	3	4	5							
4.	¿Evitar ponerse tenso?	1	2	3	4	5							
5.	¿Ir a que le hagan curaciones espirituales?	1	2	3	4	5							
6.	¿Ir al doctor o al hospital?	1	2	3	4	5							
7.	¿No realizar sus actividades comunes, trabajo, escuela, hogar?	1	2	3	4	5							
8.	¿No tomar medicina recetada y sólo dejar pasar el tiempo?	1	2	3	4	5							
9.	¿Obedecer todas las indicaciones del médico?	1	2	3	4	5							
10.	¿Pedir consejo de sus amigos?	1	2	3	4	5							
11.	¿Platicar con el cura, ministro o su líder espiritual?	1	2	3	4	5							
12.	¿Quedarse en cama?	1	2	3	4	5							
13.	¿Solicitar la ayuda y consuelo de otras personas?	1	2	3	4	5							
14.	¿Tomar las medicinas que el médico le recetó?	1	2	3	4	5							

El año pasado ¿qué tan seguido realizó las siguientes acciones?

DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA
1	2	3	4	5

										HP	HN
15.	¿Abusar de la sal en la comida?	1	2	3	4	5					
16.	¿Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5					
17.	¿Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5					
18.	¿Caminar a diario con fuerza y energía?	1	2	3	4	5					
19.	¿Comer entre comidas?	1	2	3	4	5					
20.	¿Comer menos?	1	2	3	4	5					
21.	¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?	1	2	3	4	5					
22.	¿Consumir tabaco en cigarros, puros o pipa?	1	2	3	4	5					
23.	¿Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5					
24.	¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?	1	2	3	4	5					
25.	¿Ingerir alimentos nutritivos?	1	2	3	4	5					
26.	¿Ingerir comida chatarra?	1	2	3	4	5					
27.	¿Ingerir vitaminas?	1	2	3	4	5					
28.	¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?	1	2	3	4	5					
29.	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5					
30.	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5					
31.	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5					
32.	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5					
33.	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5					
34.	¿Tomar vino, jerez, anís, rompopo?	1	2	3	4	5					
35.	¿Tomar tequila, ron, brandy o otros?	1	2	3	4	5					
36.	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5					
37.	¿Usar hilo dental?	1	2	3	4	5					

38.	¿Usar su cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5		
-----	---------------------------------	---	---	---	---	---	--	--

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

PESIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE
1	2	3	4	5

39.	¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5		SR
40.	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5		ST

41. ¿Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que haya durado más de seis meses)
Marque si o no.

0. NO ----- Vaya a la pregunta 43

	EC
--	----

1. SI ----- Vaya a la pregunta 42

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	TOTALMENTE
1	2	3	4	5

42.	Si tiene una enfermedad crónica ¿qué tanto limita sus actividades? (Si no tiene una enfermedad cónica, no responda esta pregunta)	1	2	3	4	5		IE
-----	---	---	---	---	---	---	--	----

El año pasado, ¿cuántas veces llevó a cabo las siguientes actividades? (Marque la LETRA a la respuesta apropiada).

43.	¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo)	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o +		VD
44.	¿Pasar la noche en el hospital para recibir algún tratamiento? No por embarazo o nacimiento Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas en el hospital	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o +		TN
45.	¿Recibir un tratamiento en cualquiera de los siguientes lugares : Emergencias, Clínica u Hospital. Señale el número de admisiones, no el número de noches pasadas	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o +		TE

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI
1	2	3	4	5

							EA	VS	VL	CP	CS	HI
46.	Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo	1	2	3	4	5						
47.	Atiendo y cuido mi salud	1	2	3	4	5						
48.	Aunque los médicos me dicen que	1	2	3	4	5						

	estoy bien, me preocupa mi salud													
49.	Confío en el juicio de los doctores	1	2	3	4	5								
50.	Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud	1	2	3	4	5								
51.	Es bueno el sistema de salud de mi país	1	2	3	4	5								
52.	Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida	1	2	3	4	5								
53.	Estoy al pendiente de las reacciones de mi cuerpo	1	2	3	4	5								
54.	Me enfermo muy frecuentemente	1	2	3	4	5								
55.	Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz	1	2	3	4	5								
56.	Siempre confío en los doctores	1	2	3	4	5								
57.	Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones	1	2	3	4	5								
58.	Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud	1	2	3	4	5								
59.	Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud	1	2	3	4	5								
60.	Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad	1	2	3	4	5								
61.	Soy muy bueno para cuidar mi salud	1	2	3	4	5								
62.	Soy muy capaz para cuidar mi salud	1	2	3	4	5								
63.	Tener buena salud es importante para una vida feliz	1	2	3	4	5								
64.	Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades	1	2	3	4	5								
65.	Tengo objetivos para conservar mi salud	1	2	3	4	5								
66.	Es deficiente el sistema de salud del país	1	2	3	4	5								
67.	Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud	1	2	3	4	5								
68.	Existen cosas más importantes que la salud	1	2	3	4	5								
69.	Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad	1	2	3	4	5								

El año pasado, ¿en cuál de las siguientes situaciones se encontró?

Marque 0 (NO) si NO le ocurrió

Marque 1 (SI) si SI le ocurrió

Por cada situación que **SI** le haya ocurrido, marque qué tanta tensión sintió. Seleccione el número que más se acerque a su respuesta. Si marca **NO**, deje sin marcar los números de ese mismo renglón.

NADA TENSO	MUY POCO TENSO	POCO TENSO	MUY TENSO	TOTALMENTE TENSO
1	2	3	4	5

		NO	SI						EP
1.	Adquirió una casa nueva	0	1		1	2	3	4	5

2.	Algún amigo tuvo problemas serios	0	1		1	2	3	4	5	
3.	Algún hijo se fue de la casa	0	1		1	2	3	4	5	
4.	Cambio de casa o departamento	0	1		1	2	3	4	5	
5.	Cambió de trabajo	0	1		1	2	3	4	5	
6.	Dejó el trabajo o lo despidieron	0	1		1	2	3	4	5	
7.	Enfermedad grave de un familiar o amigo	0	1		1	2	3	4	5	
8.	Muerte de un familiar o amigo	0	1		1	2	3	4	5	
9.	Nacimiento de un hijo	0	1		1	2	3	4	5	
10.	Problemas con el jefe o compañeros	0	1		1	2	3	4	5	
11.	Problemas con la esposa (o) o familiares	0	1		1	2	3	4	5	
12.	Problemas financieros	0	1		1	2	3	4	5	
13.	Se cambio de ciudad	0	1		1	2	3	4	5	
14.	Su hijo (a) empezó o dejó la escuela	0	1		1	2	3	4	5	
15.	Su hijo (a) tuvo problemas	0	1		1	2	3	4	5	
16.	Tuvo problemas legales	0	1		1	2	3	4	5	
17.	Usted sufrió una enfermedad	0	1		1	2	3	4	5	

NADA	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

18.	¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?	1	2	3	4	5		EG
-----	--	---	---	---	---	---	--	----

En las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo estrés o tensión.

ME DESCRIBE MUY MAL	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	ME DESCRIBE MUY BIEN
1	2	3	4	5

		1	2	3	4	5		HA
19.	Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5		
20.	Mantengo la calma	1	2	3	4	5		
21.	Procuró controlar la situación	1	2	3	4	5		
22.	Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5		
23.	Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5		
24.	Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5		

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones **durante el año pasado** con amigos y familiares cercanos que sean adultos.

NINGUNO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

						AO	AI	AT
25.	El año pasado ¿cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5		
26.	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5		

NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO
1	2	3	4	5

27.	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

NINGUNO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

						AO	AI	AT
28.	El año pasado ¿qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5		
29.	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5		

NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO
1	2	3	4	5

30.	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO
1	2	3	4	5

						AO	AI	AT
31.	El año pasado ¿qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5		
32.	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5		

NADA SATISFECHO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY SATISFECHO
1	2	3	4	5

33.	¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

TS				
----	--	--	--	--

MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUY A MENUDO
1	2	3	4	5

							IN
34.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5	
35.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5	
36.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5	
37.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5	

Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las **últimas dos semanas**.

MUY POCO	UN POCO	REGULAR	BASTANTE	MUCHO
1	2	3	4	5

						CA	CU	LM	EE	QS	DC	SV
38.	¿Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5						
39.	¿Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5						
40.	¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5						
41.	¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5						
42.	¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5						
43.	¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5						
44.	¿Qué tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5						
45.	¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?	1	2	3	4	5						
46.	¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5						
47.	¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo peor"?	1	2	3	4	5						
48.	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5						
49.	¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5						
50.	¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5						
51.	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5						
52.	¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5						
53.	¿Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5						

54.	¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5							
55.	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5							
56.	¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5							
57.	¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5							
58.	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5							

TT									
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación.