



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA**

**CALIDAD DE VIDA  
Y  
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
VICENTE ROBERTO MANTILLA OSORNIO**

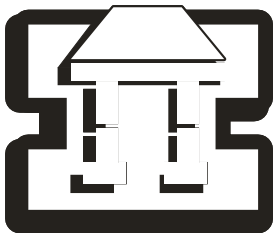
**ASESOR:**

**MTRO. ENRIQUE BERNABÉ CORTÉS VÁZQUEZ**

**DICTAMINADORES:**

**MTRA. MARISELA RAMÍREZ GUERRERO**

**LIC. MARÍA LUISA HERNÁNDEZ LIRA**



**TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO**

**2005**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

*Tomando en cuenta lo efímero del valor de los instantes, y haciendo lúcida la posibilidad de agradecer lo que merece ser agraciado, y sin la menor intención de perder en la desgracia al resto, justo es olvidar ser certero y aceptar que mi ser agradece al Todo que puede ser.*

*En memorias, sentires, pensamientos y futuros te encuentras tú, quien no existes por instantes a pesar de ser eterno, ellos quienes hasta hoy están tan cerca a pesar de tanta historia buena y mala, ella, quien aquí esta y es por ello que aquí esta, por su inmenso destino quien la ha colocado en mi vida y sus dos almas más valiosas en mi mundo.*

*Sin más que agradecer, me agradezco a mí, por poder pensar lo inmenso que puede ser una verdad a pesar de solo ser...*

*Agradezco lo que sé y lo que no; agradezco a una especie de locura que aun sin conocerla, existe en algún lugar del universo.*

"Para la curación de dolencias psíquicas que hemos contraído por efecto de la desgracia o por nuestros propios errores, la comprensión no aporta nada, el razonamiento poco, el tiempo mucho y la acción firme todo"  
----- Goethe-----

# INDICE

---

<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	2
<b>INDICE</b> .....	3
<b>RESUMEN</b> .....	5
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	6
<b>CAPITULO I</b>	
PSICOLOGIA DE LA SALUD	
Desarrollo Histórico de la psicología Clínica.....	10
Psicología de la salud clínica.....	13
Psicología clínica de la salud en la investigación.....	16
Técnicas y procedimientos de intervención de la psicología clínica.....	17
Psicología de la salud.....	19
La psicología social de la salud.....	31
<b>CAPITULO II</b>	
TEORIAS COGNITIVO - CONDUCTUALES	
Antecedentes históricos.....	36
Cambios de conducta de Salud con T.C.C.....	47
<b>CAPITULO III</b>	
CALIDAD DE VIDA	
Calidad de vida y algunas consideraciones iniciales.....	49
Antecedentes históricos.....	52
Conceptos de calidad y condición de vida vistos desde diferentes ciencias.....	57
La clase social y sus niveles de salud.....	60
Calidad de vida y algunas aproximaciones teórico-conceptuales.....	60
Calidad de vida y sus aspectos constructo-culturales.....	63
Calidad de vida y su evaluación.....	65
Calidad de vida y algunos instrumentos de evaluación.....	67

---

---

<b>CAPITULO IV</b>	
<b>CREENCIAS Y COGNICIONES</b>	
Desarrollo histórico de las creencias acerca de salud.....	71
Creencias, entorno y calidad de vida.....	77
<b>CAPITULO V</b>	
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>83</b>
<b>CAPITULO VI</b>	
<b>ANALISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>124</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>131</b>

---

## **RESUMEN**

Esta Investigación detecta las creencias sustentadas como cogniciones que modulan una buena o mala calidad de vida. Se utilizó una muestra de 1000 usuarios del Sector Salud, tanto público como privado, en la ciudad de México. La edad establecida como criterio fue de 18 a 75 años, para ambos sexos; de los cuales 500 fueron hombres y 500 mujeres. La investigación es descriptivo-explicativa y utiliza un método a partir de encuesta observacional con un diseño transversal descriptivo explicativo con instrumentos transversales en muestras no probabilísticas, en lo cual no se manipularon las variables experimentales. Los resultados formalizan el cuadro teórico lo cual sustenta la relación entre la calidad de vida dentro de un marco de salud y el área cognitiva del individuo.

## INTRODUCCIÓN

El pensamiento humano ha pretendido durante su existencia saber que es su realidad, o que es todo aquello con diferentes categorías que significan su realidad, dentro de esta expectativa han surgido varias disciplinas o corrientes, dentro de las originarias se encuentra el pensamiento filosófico, *posteriori* a éste surgen varias ciencias tales como la ciencia matemática, la física, la química y otras más como las ciencias sociales. Dentro de estas ciencias y a consecuencia de las mismas, día con día se han especializado en el estudio de puntos más concretos, ya sea en campos del área social, económica, política u otros más.

El área científica que tiene relevancia en esta investigación es lo concerniente a la psicología y por otro lado de manera indirecta a la medicina, básicamente enraizados al tema de salud.

Respecto a la psicología, algunos de sus puntos activos de estudio y aplicación es muy común encontrar en la mayoría de la gente lo llamado comúnmente como “problemas” o dificultades de cualquier tipo; en algún momento o en ciertas circunstancias se presentan obstáculos o dificultades los cuales traen como consecuencia un malestar para el que lo padece. Esto tiene muchas causas, pero es frecuente que se presenten por dos motivos básicos: el relacionado con lo que se piensa del problema, es decir, el evento existe pero en sí no es lo que causa el malestar sino lo que se piensa en relación con el mismo, y el siguiente motivo sería el relacionado con las habilidades cognitivas y/o comportamentales que se tienen o no para poder enfrentar este evento.

Cabe decir que modificando nuestras creencias, cogniciones y actitudes, evidentemente se perciben los eventos de otro modo; así, en muchos casos se elimina la situación problema y en otros se puede ver más allá del problema e intervenir de manera más racional.

Prácticamente con una reestructuración cognitiva adecuada al individuo y con el incremento del repertorio en habilidades sociales se resuelve el mayor porcentaje de las

deficiencias por las cuales generalmente se presenta un paciente en clínica. Evidentemente existen algunas otras variables que también son importantes considerar.

En relación con la medicina y en específico lo referente al área de psicología de la salud, el tema fundamental es la salud, e inherente a él la enfermedad; al respecto comentaré que con el paso del tiempo se ha intentado explicar este fenómeno desde diferentes enfoques, como la mitología, el chamanismo, el curanderismo y, más recientemente desde muchas variantes en las ciencias modernas.

En la actualidad y formado por psicólogos sociales se intenta entender y explicar cómo las personas comunes entienden los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad, en este enfoque se deja de priorizar solo el aspecto orgánico de la salud y enfermedad, y empiezan a tomarse en cuenta tanto los procesos cognitivos, como el simbolismo cognoscitivo social acerca de estos temas, es decir, las ideas de la gente.

Es, por tanto, que en esta investigación se ilustra como es que las creencias sustentadas en cogniciones acerca y en relación con la salud y la enfermedad refieren a muchos de los problemas en el área de la salud, entre los que se incluyen de manera inevitable los estilos de vida e inherente a éste algunos hábitos de salud, estas cogniciones y creencias al fin modulan una buena o mala calidad de vida, la cual es para esta investigación uno de los temas relevantes.

Por ello es básico mostrar en que forma se estructura esta disciplina de la psicología de la salud, dentro del primer capítulo se esboza amplia y sintetizadamente todos los elementos que hacen presente la disciplina en relación evidente con la salud utilizando estrategias y metodologías pertenecientes también a las ciencias sociales.

En el capítulo siguiente como elemento importante de este trabajo de tesis, se explica la forma en que surge, cómo se fundamenta teóricamente y las aplicaciones de la disciplina clínica, en específico retomando las estructuras de la teoría cognitivo-conductuales, las cuales hacen función clara en los niveles de calidad de vida en el individuo. Es decir, a partir de esta corriente psicológica y de estas técnicas terapéuticas se pretende demostrar que el nivel de calidad de vida mucho refiere a un buen nivel de pensamientos en pro de la salud, tomándolos a éstos como creencias y posteriormente ya como procesos cognitivos los cuales pueden estar bien o mal enfocados al factor salud.



Ciertamente, en medida de aceptar dicha propuesta era necesario definir qué es la Calidad de Vida ya que al paso del tiempo se ha modificado y desarrollado desde las varias perspectivas que la abordan hasta llegar a definiciones que pueden hacer posible convertirlo en un concepto homogéneo más funcional para el estudio del mismo. Por otro lado, y retomándolo de la información fundamentada en el capítulo dos, era también necesario definir de dónde vienen las ideas que construyen, destruyen y reconstruyen la posibilidad de un factor salud agraciado, además, de un nivel beneficiado de calidad de vida.

El capítulo siguiente muestra un elemento también fundamental en esta investigación, las creencias en relación con la salud, son parte fundamental del desarrollo de la misma, y no solo desde la postura del enfermo, sino también como un sistema que participa en el convertir creencias y cogniciones que mejoren las herramientas que manejan las disciplinas médicas y psicológicas.

Las creencias son el elemento utilizado incluso en el instrumento aplicado en esta investigación, aunque el instrumento alude a varias categorías referentes a la salud, se tomó en cuenta como relevantes algunas de las categorías que denotan las creencias de los participantes de esta investigación, incluso se tomó específicamente una categoría que apela a esta idea de creencias y actitudes en relación con la salud.

El capítulo siguiente muestra en base a los datos estadísticos obtenidos y realizado por el instrumento “FUNCIONAMIENTO DE SALUD” (Ramírez y Cortés, 2000) y con el programa estadístico SPSS 13.0 aplicado en los datos, en donde se puede observar de manera amplia y descriptiva el comportamiento relacionado con las creencias sustentadas en cogniciones y propia salud de la población participante en esta investigación.

Asimismo el último capítulo, en la utilización de estos datos teóricos y estadísticos muestra las conclusiones obtenidas a partir del análisis de los elementos que se sustentan en este trabajo, llegando a conclusiones esperadas en el principio de entender que el humano se conduce a partir de lo que construye cognitivamente, generalmente se entiende que la humanidad, caracterizada por ser el único ser viviente con capacidades elevadas de pensamiento puede construir su perjuicio y su beneficio incluso en terrenos como el que le pertenece a este trabajo, la salud biológica y psicológica del individuo.

De tal forma, se define así como conclusión final que se obtuvieron resultados vastos y eficientes del instrumento “Funcionamiento de Salud” (Ramírez y Cortés, 2000) el cual detecta claramente las variables que modulan la calidad de vida fundamentándolas estas en la idea de ser cogniciones llevadas como creencias de salud-enfermedad, lo cual sustenta la relación entre la calidad de vida dentro de un marco de salud y el área cognitiva del individuo.

## **Capítulo I**

### **PSICOLOGIA DE LA SALUD**

#### **Desarrollo histórico de la psicología clínica**

El comienzo de esta investigación se sustenta en la idea de encontrarse en un ambiente de salud biológica, e inherentemente psicológica, es por esto que siendo consciente de la dificultad que supone el tratar de condensar la historia de un ámbito profesional como el que nos ocupa, en el ámbito clínico y en este caso lo concerniente a la salud psicológica, es importante conocer al menos lo que nos ha permitido a los psicólogos clínicos acercarnos al lugar que en estos momentos ocupamos en las amplias ramas de la Psicología Clínica.

Existen muchos quienes de igual manera se muestran interesados por cuestiones de la rama de la psicología de la salud y en específico de la Psicología Clínica y su historia; en esta parte inicial de la investigación en donde se mencionan los antecedentes históricos de la disciplina, se realizó la tarea de concretizar de manera sustanciosa la información que considero muy similar en los autores revisados, es por tal motivo y en medida de ello que se retoma la valiosa información del Colegio Oficial de Psicólogos (C.O.P. 2005), quienes de manera ambiciosa y sintetizada recolectaron ya la información justa para esta sección inicial de la investigación.

Cabe remontarse a antecedentes centenarios que prefiguran la Psicología, en donde habría que destacar a Luis Vives (1492-1540) como anticipo de una "psicología moderna", la historia de la Psicología Clínica que aquí se presenta es parte de su establecimiento formal y recorre las instituciones que la han ido configurando. Únicamente se diría a propósito de los antecedentes que este establecimiento formal se inscribe dentro de la tradición de la psicología experimental ya en curso, cuya fecha oficial data de 1879 con la fundación del laboratorio de Wilhelm Wundt en la Universidad de Leipzig. En este sentido, la tradición de la psicología experimental ha imprimido a la Psicología Clínica una orientación a la investigación que todavía perdura, por no decir que le es propia. En efecto, la orientación a la investigación es una de las contribuciones bien reconocidas al psicólogo en el campo clínico como se verá más adelante. Asimismo, se habría de resaltar a este respecto de los

antecedentes la tradición que, igualmente con una historia de siglos, se ha interesado en el estudio de las diferencias individuales, en cuya perspectiva no podría faltar la referencia a Huarte de San Juan (1529-1579). Esta psicología de las diferencias individuales cuenta en 1885 con el primer centro para la medida mental, establecido por Francis Galton y que culminaría con el laboratorio de Alfred Binet en 1895.

El establecimiento formal de la primera clínica psicológica fue en marzo de 1896 en la Universidad de Pensilvania, por parte de Lighner Witmer. Se habría de recordar en este sentido que Sigmund Freud utilizó por primera vez en este año de 1896 el nombre de "psicoanálisis" (si bien ya tenía abierta su consulta en Viena desde 1886). Así pues, cabría proponer 1896 como el año en que oficialmente se ha establecido la Psicología Clínica.

La Clínica de Witmer (que marcaría el trabajo clínico por algún tiempo) tenía las siguientes características. Los clientes eran niños debido a los intereses particulares de su fundador, las recomendaciones de ayuda iban precedidas por una evaluación diagnóstica, disponía de un equipo de profesionales que trabajaban en colaboración, un interés bien señalado era la prevención mediante diagnósticos y remedios tempranos; y, en fin, la atención clínica ofrecida se atenía a la psicología científica. Se fueron estableciendo nuevas clínicas. La Universidad de Pensilvania (a instancias de Witmer) ofreció en 1904-1905 cursos formales de psicología clínica. En 1907 el propio Witmer fundaría la primera revista especializada, titulada *The Psychological Clinical*. Este crecimiento de psicólogos clínicos llevó en 1917 a una escisión de la American Psychological Association (APA), creando la American Association of Clinical Psychologists. Sin embargo, en 1919 esta nueva asociación se reincorporó a la APA, como Sección Clínica. Así pues, la Psicología Clínica crea sus propias instituciones (revistas, asociaciones) dentro del marco de la Psicología académica y científica representada principalmente por la Universidad y la APA.

La Primera Guerra Mundial movilizó la construcción y aplicación de tests psicológicos y, también, el papel del psicólogo clínico. Por un lado, los psicólogos clínicos investigaron y teorizaron sobre los temas en cuestión, como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia (por ejemplo, el papel de la herencia y el medio), las causas de los trastornos de conducta, los usos de la hipnosis, y la relación entre principios del aprendizaje y la desviación. Por otro lado, los psicólogos clínicos pasaron de considerarse a sí mismos más preocupados con los problemas educativos (que con los psiquiátricos), a adoptar las

funciones de tratamiento añadidas a la evaluación, de entrenamiento reeducativo, y de investigación. En este sentido, se ha de decir de nuevo que la función terapéutica se centró inicialmente en la clínica infantil, conjuntando así las tareas de diagnóstico y tratamiento. En esta asimilación del tratamiento por el psicólogo clínico contribuyó también el prestigio alcanzado en el uso de los tests de personalidad tales como, por ejemplo, el Rorschach y el TAT (Thematic Apperception Test), que permitieron un lenguaje común entre el psicólogo (diagnosticador) y el psiquiatra (terapeuta).

Según aumentaba su número y se ampliaban sus funciones, los psicólogos clínicos (junto con otros psicólogos aplicados) se sintieron descontentos con el apoyo recibido por sus colegas de la APA, mayormente académicos y científicos, de modo que se constituyeron en 1937 en una organización separada, la American Association of Applied Psychology, para ocho años después reintegrarse de nuevo en la APA.

La cuestión es que al final de la década de 1930 el campo de lo que sería la moderna Psicología Clínica ya se había organizado con sus seis actividades principales, a saber: la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, el asesoramiento, y la administración. Para entonces los psicólogos clínicos se habían extendido más allá de sus clínicas originarias a los hospitales, las prisiones, y otros lugares, y tanto con adultos como con niños.

En la Segunda Guerra Mundial se derivaron 40.000 personas a los hospitales neuropsiquiátricos de la Veteran Administration (VA) en EE.UU., lo que supuso de nuevo un impulso a la consolidación de la Psicología Clínica. Puesto que los psicólogos clínicos existentes fueron insuficientes, la VA se adelanta a la APA y los departamentos de las Universidades en la definición y capacitación requerida para el ejercicio de la psicología clínica. Concretamente, un documento de la VA de 1946 definió la psicología clínica como una profesión que implicaba el diagnóstico, el tratamiento, y la investigación relativos a los trastornos de los adultos. Para ello el psicólogo clínico habría de poseer el grado de Doctor (PhD). Esta instigación de la VA (junto también con el Servicio de Salud Pública de EE.UU.), para que la APA y las Universidades definieran los programas de formación en psicología clínica, dio lugar en 1947 a un comité encargado de diseñar las directrices a seguir. Este comité (David Shakow's Committee on Training in Clinical Psychology) tenía encomendado recomendar el contenido de los programas, establecer los criterios de

entrenamiento a tener en cuenta por las Universidades y los servicios de formación en régimen de residencia, y evaluar e informar sobre los programas en curso.

Esta propuesta para la formación del psicólogo clínico, el así llamado 'modelo de Boulder' en razón del lugar de la Conferencia que en 1949, ha sido el modelo seguido, ciertamente, sin perjuicio de otros replanteamientos (con sus conferencias programáticas también) que conciernen, sobre todo, a la proporción del contenido científico y del papel investigador con que se figura al psicólogo clínico. En todo caso, este desarrollo e implantación de la Psicología Clínica como profesión tuvo su reconocimiento legal, así como también dispuso de su código ético.

### Psicología de la salud clínica

De aquí y formando parte del mismo curso de la Psicología que se viene exponiendo, importa entresacar las vicisitudes de la Psicología de la Salud hasta su confluencia con la Psicología Clínica. Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L. A. (2000), mencionan que se trata propiamente de la psicología (clínica) interesada en el ámbito médico. De hecho, la Psicología de la Salud puede verse como la conjunción entre la Psicología Clínica y la Medicina. Igualmente que la Psicología Clínica y la Medicina, y por lo mismo, la Psicología de la Salud tiene antecedentes centenarios, por no decir milenarios si se retrae a Hipócrates. Ciñéndose a su establecimiento formal, habría que remitirse a la Medicina Psicosomática, un término acuñado en 1918 en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos, destacando a este respecto Georg Groddeck. En el año 1939 aparece la Revista *Psychosomatic Medicine* que, como decía en la primera editorial, su objeto era "estudiar la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales, y de esta manera integrar la terapia somática y la psicoterapia". A pesar de este propósito, la medicina psicosomática terminó por distinguir entre distintas enfermedades, donde unas serían propiamente psicosomáticas (aparte lo discutible que es una tal tipificación), y, lo que es peor, terminó por proponer explicaciones psicológicas a menudo más especulativas que empíricas. Con todo, la medicina psicosomática también se atuvo a la metodología científica y ha constituido así un campo de investigación y clínico que enlaza la psicología experimental con la aplicación biomédica. Si bien su nombre e

instituciones subsisten, bien puede acogerse sin embargo al ámbito más amplio de "Psicología de la Salud".

Se ha de situar también dicho por Alexander, F. (1950), en esta perspectiva histórica el trabajo de Iván P. Pavlov relativo al condicionamiento de respuestas viscerales, con lo que ello supuso precisamente en el entendimiento de la "enfermedad psicosomática". En esta línea se ha llegado a hablar incluso de toda una ' medicina córtico-visceral' y, en particular, las ' neurosis experimentales' fueron ciertamente modelo de investigación de las influencias de condiciones psicológicas sobre el funcionamiento corporal. No se dejaría de alinear aquí la figura de Gregorio Marañón (1887-1960) con sus estudios sobre endocrinología y comportamiento y en particular su teoría experimental de las emociones. Asimismo se citaría igualmente a Novoa Santos (1885-1933), por la incorporación de nociones pavlovianas psicodinámicas a la medicina.

Por su lado, el condicionamiento operante supuso la posibilidad de una autorregulación de respuestas (hasta entonces) involuntarias mediante técnicas de biofeedback. El uso del biofeedback revolucionó el campo de las contribuciones de la psicología al ámbito médico, llegando a imponerse desde 1973 el nombre de "Medicina Conductual" (si bien ya existía desde 1970 el nombre de ' behavioral pediatrics' ). La medicina conductual vino a ser, más allá del procedimiento de biofeedback, la aplicación de las técnicas de Modificación de Conducta al campo biomédico. Hoy día, como sucediera con la Medicina Psicosomática, la Medicina Conductual aun contando con sus instituciones propias incluyendo sus revistas, quedaría incluida en la Psicología de la Salud.

Por su parte, la Psicología Médica también se sitúa en esta perspectiva de la Psicología de la Salud. En general, la psicología médica se refiere a los aspectos curativos que se dan en la interacción entre el médico y el paciente. Más concretamente, es la enseñanza de la psicología que se imparte en la carrera de Medicina, incluyendo entonces toda una variedad de conocimientos psicológicos de interés para la formación médica.

La cuestión es que todas estas líneas históricas, Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L. A. (2000), (Medicina Psicosomática, Medicina Conductual, Psicología Médica) confluyen en el campo denominado genéricamente Psicología de la Salud, que se ha constituido en 1978

en un Área con su propia división (la División 38) dentro de la APA, contando desde 1982 con su propia Revista: *Health Psychology*.

Aquí la definición de la Psicología Clínica y de la Salud la cual dice ser la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

En cuanto a los principios, los conocimientos, las técnicas y los instrumentos que la Psicología Clínica y de la Salud aplica, en la definición se especifica que éstos han de ser científicos, indicando con ello que aunque ésta constituye más una disciplina aplicada que una ciencia básica, los conocimientos en que se fundamenta han sido derivados científicamente, al igual que la totalidad de los conocimientos que constituyen la actual Psicología, definida como la ciencia dedicada al estudio de la conducta o el comportamiento humano a través de las distintas manifestaciones en que éste pueda tener lugar (cognitivas, emocionales, motoras o manifiestas y psicofisiológicas en general) y a la aplicación práctica y positiva de este conocimiento en los distintos ámbitos o contextos en que los sujetos humanos pueden desenvolverse.

Respecto a los fenómenos a los que se aplica o que constituyen el centro de atención de la Psicología Clínica y de la Salud, éstos son, en primer lugar, las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento, entendidos éstos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico y más restringido habitualmente concedido en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos psicopatológicos del tipo de la CIE-10 (OMS, 1.992) o del DSM-IV (APA, 1.994). Además de los comportamientos anómalos o alterados, la Psicología Clínica y de la Salud estudia y toma en consideración, igualmente, cualquier otro tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad, sea éste normal o patológico y referido tanto a un individuo como a un grupo. C.O.P. (2005),

**Psicología clínica de la salud en la investigación**



En párrafos anteriores que comenzó a relevar la idea de la investigación en el campo de la psicología clínica y de la salud, ciertamente y como práctica inherente a esta investigación se incluye la posibilidad de contener información que respalde el campo de la investigación misma.

Las áreas de investigación por parte del psicólogo clínico y de la salud incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, por señalar esa variedad de áreas de investigación. Graham, D.T., Ster, J.A. y Winokur, G. (1958)

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la inmensa cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas minimizables clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional. Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos (hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo (como ya se ha dicho), en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiación de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

### Técnicas y procedimientos de intervención de la psicología clínica

Los psicólogos clínicos y de la salud utilizan un gran número de técnicas y procedimientos de intervención, que han resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, de la psicología y de las ciencias afines. En este apartado se recogen aquellas técnicas y los procedimientos que más frecuentemente se usan en el ámbito clínico, agrupados en los

grandes epígrafes teóricos que los sustentan. No se ha intentado, en ningún caso, la pormenorización exhaustiva y el agotamiento en la descripción de todas las formas de intervención, ya que nuestro propósito se circunscribe a marcar las grandes líneas por las que discurre la actividad terapéutica en la psicología clínica y de la salud. Así, por ejemplo, las técnicas de sugestión y la hipnosis no se recogen en un apartado específico ya que pueden ser utilizadas por distintas corrientes u orientaciones teóricas. Por otra parte, no en todos los casos se ha descendido al mismo nivel descriptivo, en orden a no alargar excesiva e innecesariamente la exposición. Donker, F.J. (1991). Las principales técnicas y procedimientos son:

#### Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).
- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estimular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobrecorrección, Refuerzo diferencial de otras conductas, Programas de Economía de Fichas y Contratos conductuales) y Técnicas aversivas (Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).
- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).
- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado, Ensayo de conducta)
- Técnicas de relajación.

#### Técnicas de Terapia cognitivo-conductual

- Técnicas cognitivas (Terapia Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva).
- Técnicas de afrontamiento (Inoculación de Estrés, Solución de Problemas).

#### Técnicas Psicoanalíticas

Las principales técnicas psicoanalíticas, centradas en la persona, experienciales y otras más basadas o inspiradas en el Psicoanálisis las retoman Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L. A. (2000), quienes dicen que son la Interpretación, la Aclaración y la Confrontación y se completan con otras intervenciones racionales, incluyendo además el adecuado manejo de fenómenos del proceso terapéutico como la Alianza de Trabajo y la Transferencia y Contratransferencia. Estas se aplican dentro de las siguientes modalidades principales:

- Tratamiento psicoanalítico convencional.
- Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración).
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal.
- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo.
- Psicoterapia dinámica.

Técnicas de Psicoterapias centradas en la persona y experienciales

- Técnicas de Terapia centrada en el cliente.
- Técnicas de Psicoterapia experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial.
- Técnicas de Terapia bioenergética.
- Psicodrama.

Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales

- Técnicas de Psicoterapia guesáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

Técnicas de Terapia Sistémica

- Pautación escénica.
- Posicionamientos.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones.
- Tareas de cambio en la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.
- Relatos.

La actividad profesional de los psicólogos clínicos y de la salud está asociada a la utilización de ciertos instrumentos, cuyo uso y correcta aplicación e interpretación de resultados supone un nivel de entrenamiento específico. Este entrenamiento se adquiere mediante la fusión de los conocimientos básicos de la psicología junto con los que se adquieren en el curso del aprendizaje de la especialidad. En algunos casos, será necesario un entrenamiento específico extraordinario. En todo caso, los conocimientos básicos de la psicología se consideran imprescindibles para el uso adecuado de dichas herramientas.

Cabe resaltar que cualquiera de estas técnicas utilizadas por la psicología clínica en el campo de la salud mental alude a una excelente complementación a la ciencia médica la cual en muchos de los casos no alcanza a prevenir en los campos de la salud, esto debido a no contemplar dentro de sus actividades medicas las actitudes y cogniciones del paciente en relación con la calidad de vida que se pudiera obtener y no solo tomando en cuenta lo referente a la corrección de la enfermedad.

Este campo mencionado anteriormente pertenece a la disciplina de la psicología de la salud la que merece especial atención ya no solo en relación con la psicología clínica sino también como una rama defendida y desarrollada en sus propios ángulos los cuales se comentarán a continuación.

## Psicología de la salud

La Psicología de la Salud, como se había mencionado anteriormente, es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.

Su desarrollo ha sido notable; la rapidez de su crecimiento se evidencia en el incremento de publicaciones especializadas en el ámbito internacional, se celebran congresos donde los

trabajos en este campo ocupan un lugar importante, crece la preparación de recursos humanos con programas de maestrías, especialidad y la incorporación del psicólogo a las investigaciones en todas las especializaciones médicas y momentos del proceso salud-enfermedad es cada vez mayor. Ninguna otra aplicación de la Psicología ha tenido un desarrollo tan amplio en un período tan breve de tiempo. Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998).

Esto se relaciona con las particularidades de su objeto de estudio, al definirse como una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud. Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias inter-personales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población. (Morales Calatayud F, 1997).

En el plano práctico se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

La Psicología de la Salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria. La Psicología Clínica es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad «mental» y estrechamente asociado a la psiquiatría. La Psicología Médica se dirigió a la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de la relación médico-paciente; tuvo como virtud reclamar como un objeto de trabajo a las personas con enfermedades del cuerpo (Stone, 1999).

La Medicina Conductual comenzó como una continuidad del modelo de Psicología Médica, y destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las

enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades, mientras que la Psicología Comunitaria desarrolla un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud; sin embargo ha quedado vinculada más a la llamada salud mental que a la salud en general (Stone, 1999).

Estos antecedentes permitieron el surgimiento de un concepto de mayor amplitud que es, la Psicología de la Salud, a la que le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último, por denominarse Psicología de “la Salud”, no se refiere sólo a la parte positiva del proceso, es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas (Stone, 1999).

(Stone, 1999). Considera que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el Sistema de Salud, no sólo en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la Salud Pública, la educación para la salud, la planeación, el financiamiento, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo en todo el sistema.

La Psicología de la Salud en síntesis pretende realizar un análisis de las principales categorías, modelos y enfoques que se utilizan para el abordaje de los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, desde la promoción de estilos de vida saludables, la adopción de conductas preventivas, la optimización del diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación hasta problemas relacionados con el cuidado del paciente en fase terminal y la muerte. El antecedente para este análisis surge de la epidemiología clásica, donde se reconoce que la enfermedad como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución. Este esquema propone un período de

prepatogénesis, en términos de prevención primaria es aquello que ocurre antes de que se den los primeros síntomas de deterioro de la salud, donde existe un anfitrión humano y factores medio ambientales que facilitan o potencian el efecto de estímulos patógenos cotidianos desde antes de enfermarnos.

Existe un momento, en el cual se da un umbral o punto de corte donde termina el período de prepatogénesis y se inicia uno de patogénesis, aquí se comienza a hablar del desarrollo de la enfermedad, con evolución de síntomas tipificables. El panorama clínico muestra una patogénesis temprana, la cual los médicos insisten en descubrir lo antes posible. El padecimiento puede evolucionar hasta un extremo, a partir de la interacción entre el anfitrión humano y los estímulos patógenos. Después se tiene ya una enfermedad temprana perceptible, que en dependencia de la intervención se convierte en enfermedad avanzada, que puede a su vez desencadenar en estado crónico, incapacidad o llevar a la muerte, o lo contrario, si hay intervención adecuada se puede lograr la recuperación en cualquiera de sus estadios.

Por otra parte, y si partimos de la idea de un hombre sano, supuestamente saludable y se estudia la forma de favorecer la conservación de su salud. Puede deducirse que a la Psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas a partir de las cogniciones antepuestas a estas conductas positivas.

En consonancia con esto, se trabaja por estimular las principales conductas relacionadas con los estilos de vida que constituyen comportamientos protectores, tales como la práctica regular de ejercicios físicos, las prácticas nutricionales adecuadas, la reducción de consumo de sustancias tóxicas, las prácticas de seguridad y protección, prácticas adecuadas de higiene, participación en programas promocionales y preventivos, aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés, uso de servicios sanitarios de la comunidad, entre otros.

Sin embargo, la decisión de las personas de comportarse de un modo saludable y el mantenimiento de estas conductas, está relacionada con múltiples factores donde se

interrelaciona el contexto ambiental con variables personales. Uno de los marcos conceptuales más ampliamente reconocidos, ha sido la elaboración de los Modelos de Creencias de Salud, como el de Rosenstok I, Strecher V, (1997). A partir de los cuales se explica la conducta saludable como una función del vínculo entre la amenaza percibida de la enfermedad y los beneficios esperados con la conducta recomendada, las barreras percibidas y las acciones o estrategias desplegadas para activar la disposición a actuar.

También se ha hecho énfasis en el papel de los factores cognitivos, esta área será, a futuro, de las más relevantes de esta investigación ya que lo es en la relación que existe entre las creencias del individuo y su salud.

Retomando el tema se puede mencionar por ejemplo, la Teoría de la acción razonada supone que las personas hacen un uso racional de la información que poseen y que llevar a cabo un comportamiento depende de las creencias comportamentales y normativas que posee el individuo que le permiten hacer una evaluación positiva o negativa de la conveniencia de la conducta. Montañó D, Danuta Kasprzk, Taplin S. (1997). La Teoría de la Acción Social subraya el papel de los guiones sociales y de los aprendidos en la familia, la relación con los amigos y otros sistemas de relaciones. Rodríguez Marín J, (1995).

Al paso de los años se ha trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles para el análisis funcional de la conducta preventiva o promotora de salud. Rodríguez Marín J, (1995).

Otra vertiente muy discutida es la que se refiere a los modelos salutogénicos, que sustentan la tendencia a la salud a partir de la elaboración de recursos personales que se convierten en inmunógenos psicológicos, que permiten desarrollar estilos de vida minimizadores del estrés y el desarrollo de competencias para enfrentarse de una manera activa y positiva a situaciones de la vida, con inclusión de la propia enfermedad. Entre estos se encuentra el Modelo de Resistencia Personal, el de Sentido de Coherencia, el Modelo del Optimismo y el novedoso Concepto de Resiliencia. Rodríguez Marín J, (1995).



Entre los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades, el más estudiado por su importancia, ha sido la acción del estrés. Para acercarse a su explicación, se han elaborado varios modelos de estrés que pueden resumirse en 3 enfoques: Grau Abalo J, (1998). El enfoque del estrés como respuesta a estímulos agresores del medio ambiente (papel de eventos vitales), la concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas y los modelos transaccionales del estrés, que conciben el estrés como un tipo particular de interacción entre el individuo y su entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos. Lazarus R, (1988). Y a las emociones, como estados psíquicos en los que se fija el estrés. El enfoque, donde se reconoce el papel de las emociones en el proceso de estrés, ha sido ampliado con investigaciones realizadas en nuestro país. Grau Abalo J, (1998).

Los estudios del estrés como respuesta psicobiológica del organismo han permitido desarrollar una prometedora rama de la medicina integrada: la psiconeuroinmunología. Los datos empíricos han conducido a su rápido desarrollo en los países occidentales, y definen esta como el estudio de la interacción entre el sistema nervioso central como mediador de procesos tanto psicológicos como biológicos con el sistema inmunitario, responsable no sólo de la resistencia a la enfermedad, sino también de otras funciones biorreguladoras. Domínguez TB, Montes J, (1998).

La Psiconeuroinmunología ha demostrado al transcurso de su evolución, la posibilidad de que el sistema inmune esté mediado por factores psicológicos. Bayes R, (1988). Ofrece estudiar y explicar la creencia común de que la personalidad y las emociones ejercen alguna influencia sobre la salud. Además dice que se pueden desarrollar intervenciones psicológicas que mejoren la inmunidad y por consiguiente modifiquen la predisposición al inicio y el progreso de las enfermedades.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha permiten afirmar qué variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando a través de esta vía la salud. Existen numerosas evidencias que demuestran cómo las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso y pueden llevar a una supresión de la

función inmune. Goleman D, (1998). Un ejemplo clave es el poderoso impacto de las hormonas que se liberan con el estrés. Mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada, así el estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, pero si el estrés es constante e intenso esta anulación puede volverse duradera.

No menos importante resulta el estudio del papel de la personalidad y la propensión a enfermar. Los reportes de investigaciones apuntan más hacia resultados que avalan la función de las emociones, las cogniciones o los comportamientos de manera aislada. Sin embargo, aunque no se ha investigado siempre la influencia de la personalidad como un todo, sí es importante tener en cuenta el papel de diversos factores personales que hacen pasar de la salud a la enfermedad.

Se han estudiado variables emocionales como ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia que éstas constituyen factores predisponentes que facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades. Grau Abalo J, (1998). Variables cognitivas como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita. Lau Richard R, (1997). Otras cuestiones relacionadas con el comportamiento, tales como hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene dental o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad.

A pesar de muchos criterios escépticos, las pruebas de la importancia clínica de las emociones han ido aumentando considerablemente. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacia incesante, tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas el asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos. Goleman D, (1998). Esta magnitud hace pensar que las emociones perturbadoras

sean un factor de riesgo tan dañino como el hábito de fumar o el colesterol elevado, en otras palabras, una importante amenaza a la salud.

La ira parece ser la emoción que más daño causa al corazón, pues cada episodio de ira le añade una tensión adicional, y aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Una vez que se desarrolla la enfermedad cardíaca, la ira es especialmente letal para aquellos que ya la padecen. Estudios de seguimiento durante varios años, realizados con personas que han sufrido un primer ataque cardíaco, demostró que los que se enfurecen fácilmente tenían 3 veces más probabilidades de morir por paro cardíaco, que los temperamentos más serenos. Goleman D, (1998).

La ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. Cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación importante, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Pruebas evidentes del impacto sobre la salud de la ansiedad han surgido de estudios en enfermedades infecciosas, como resfríos, gripes y herpes, donde la resistencia inmunológica de la persona se debilita, permite la entrada del virus y el inicio de la enfermedad. Goleman D, (1998).

Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad, una vez que ésta ha comenzado; parece tener un riesgo especialmente grave para los pacientes supervivientes de ataques cardíacos, complica la recuperación de intervenciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de muerte en personas con trasplantes.

Al igual que la depresión, se han estudiado los costos médicos de la visión mental de la vida pesimista u optimista, así en una investigación con 122 hombres que tuvieron su primer ataque cardíaco, se evaluó su grado de optimismo o pesimismo. Ocho años más tarde, de los 25 hombres más pesimistas, 21 habían muerto; de los 25 más optimistas sólo 6 fallecieron. Goleman D, (1998). En estos casos, la visión de la vida resultó ser un mejor pronosticador de la supervivencia que cualquier otro factor de riesgo.

De estos resultados se puede inferir, los beneficios médicos de los sentimientos y las emociones positivas, las ventajas de la percepción optimista y esperanzadora de la existencia, a lo que se une el valor de las relaciones personales como fuentes para compartir los sentimientos íntimos, mantener estrechos contactos afectivos y encontrar apoyo emocional y material. Estas son aristas de la intervención psicológica en individuos supuestamente sanos, con vistas a reducir los efectos nocivos del estrés y contribuir al mantenimiento de la salud, así como a la prevención y la recuperación de las enfermedades.

Existe un momento muy particular, cuando la enfermedad no presenta síntomas visibles y se aplican programas para detectarla. Muy mencionadamente el VIH, cáncer de mama o útero en estadios muy tempranos. En estos programas es importante intervenir con respecto a los costos psicológicos de la participación de la población, por el estrés que provoca la espera de los resultados y el malestar físico y emocional ante los procedimientos. También el riesgo de los falsos positivos con su secuela de miedos y ansiedades durante años y la desconfianza en los servicios de salud. En este sentido se trabaja en la labor publicitaria de los programas, al buscar vías adecuadas para promover las conductas preventivas.

La aparición de los síntomas estimula la búsqueda de ayuda médica y se han investigado los factores que pueden desencadenarla: una crisis interpersonal que sirve para llamar la atención, los síntomas son vistos como signos previos de enfermedades graves que son amenazantes por su naturaleza (ejemplo dolor) o estos amenazan una actividad social importante. Sin embargo, el intervalo de tiempo que media entre el inicio de los síntomas y la decisión del paciente de buscar ayuda médica es variable.

En este proceso inciden factores sociopsicológicos de diferente tipo: valores y creencias individuales y familiares, diferencias economicosociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencia de sexos y edades, pero muy importantes resultan los problemas psicológicos relacionados con la percepción de la enfermedad, como las atribuciones y los estigmas.

Las atribuciones de grupos poblacionales e individuales con respecto a la salud y a formas específicas de enfermedad, constituyen las llamadas representaciones sociales de las enfermedades. Estas variables psicosociales mediatizan el proceso de búsqueda de ayuda

médica. Por ejemplo, las atribuciones acerca del lugar del control (interno o externo) favorecen o no este proceso.

En resumen, todas las enfermedades poseen un conjunto de atributos formados a partir de las interacciones sociales que contienen juicios acerca de la relevancia de los síntomas, la frecuencia de aparición, la visibilidad, el carácter amenazante, y la reversibilidad. Algunos de ellos profundamente desacreditantes, los llamados estigmas que fomentan determinadas actitudes hacia los pacientes que las padecen e imprimen particularidades a las relaciones interpersonales y roles sociales de éstos.

El tiempo de decisión con su carácter individual y el proceso de evaluación clínica de los síntomas, determinan que la enfermedad pueda permanecer sintomática y sin un diagnóstico preciso durante un tiempo; sin embargo, el desarrollo normal de su evolución lleva al diagnóstico y el paso a otra etapa.

En el momento del diagnóstico se presentan los problemas de su comunicación, en el marco de la relación médico-paciente. Se han investigado aspectos que se deben tener en cuenta, como las características y biografía del paciente, sus necesidades (cuánto y qué quiere saber acerca de su enfermedad), si cuenta o no con apoyo social, si prefiere estar solo o acompañado y se han formulado recomendaciones prácticas, éticas y legales que le imprimen un carácter eminentemente humano a este acto, sobre todo cuando se tiene que manejar la comunicación de un diagnóstico con pronóstico desfavorable. Pires Stuart T, (1997).

Una vez que se diagnostica la enfermedad se produce una diferencia subjetiva entre ésta y la forma en que la percibe el que la padece y el significado que le confiere. El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. Así, ésta puede percibirse como un fenómeno altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o un beneficio o alivio a responsabilidades, situaciones personales, etc. En función de esto, el paciente adopta su rol de enfermo. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de éste, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento.

Ha sido interés sostenido en el área de las ciencias de la salud investigar los móviles que llevan a los pacientes a cumplir o no las prescripciones orientadas por los terapeutas. Existen conductas que describen problemas en la adherencia a los tratamientos: dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la ausencia a consulta e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de automedicación. Ferrer VA, (1995), y Amigo Vázquez I, Fernández C, Pérez M, (1998).

Las dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas fueron descritas desde épocas tempranas en la historia de la medicina. Hipócrates ya alertó sobre la falta de fiabilidad de los informes de los pacientes sobre la ejecución de los regímenes terapéuticos prescritos, con el objetivo de evitar recriminaciones de los médicos. Ferrer VA, (1995).

En la literatura médica se emplean indistintamente 2 términos para referirse a este fenómeno: uno es cumplimiento y el otro la adherencia. Se define el cumplimiento como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta. Se considera que es la medida donde la conducta de una persona, en término de toma de medicamentos, seguimiento de dietas, o de realización de cambios de estilo de vida coincide con el consejo médico o sanitario.

La adherencia terapéutica se ha estudiado en diferentes grupos de pacientes, en tipos específicos de enfermedades y en todos se evidencia el papel del psicólogo como facilitador del desarrollo de la alianza con el médico y la búsqueda de cooperación del paciente. Bayés R, (2000). García D, Ortiz Muñoz J, (2002).

El término adherencia se entiende como una implicación activa y colaboración voluntaria del paciente en un desarrollo de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Este último hace énfasis en los componentes psicológicos, sobre todo volitivos del paciente, que lo inducen a estructurar una conducta de cumplimiento, por lo que es cada vez más frecuente su uso en campo de la investigación sobre el tema. Ferrer VA, (1995).

Ferrer VA, (1995), y Amigo Vázquez I, Fernández C, Pérez M, (1998). Han señalado un conjunto de variables de naturaleza social, psicológica, médica y gerencial, como factores determinantes o influyentes en la conducta de cumplimiento de los regímenes terapéuticos. Se considera actualmente, que la combinación de algunos factores o la aparición relacionada de ellos constituyen variables que actúan como factores moduladores de la adherencia, las que se integran en 4 grandes grupos referidos a la naturaleza de la enfermedad, las características del régimen terapéutico, las características de la interacción del paciente con el profesional sanitario, y aspectos psicosociales del paciente.

Dentro de los aspectos psicosociales los cuales son relevantes para esta investigación se puede decir que en éstos se reconoce en primer lugar, las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud o consecuencias ocasionadas por una enfermedad, a la estimación del riesgo de enfermarse, por otro lado a la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y por último a la creencia de que la respuesta será eficaz.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la motivación del paciente por la salud, las características de sus procesos cognitivos, especialmente la memoria y de las redes de apoyo social con que cuenta para incrementar la ejecución de las prescripciones. El apoyo social puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, al animar al enfermo a mantener el régimen médico y ejecutar las acciones necesarias para volver a la vida normal. Este puede provenir de la familia, los amigos o grupos de autoayuda.

Si el tratamiento es eficaz se logra la recuperación; sin embargo, muchas veces no ocurre así, la enfermedad continúa evolucionando y en dependencia de la afección en cuestión, pasa a un estado crónico. Una vertiente de trabajo muy importante ha sido la calidad de vida y en específico la calidad de vida del enfermo crónico, si tenemos en cuenta las implicaciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas que esta tiene.

Cuando todos los recursos terapéuticos han sido agotados sin éxito, inevitablemente sobreviene la muerte. La muerte es un proceso que por sí mismo es estresante y tiene, igual que la vida, un condicionamiento histórico-social muy importante. En las últimas décadas ha ido surgiendo una nueva cultura que considera necesario crear un arte humano de morir,

que ayude al paciente terminal a encarar la muerte de la mejor manera posible. Gómez Sancho M, (1998).

La familia debe prepararse para que no se le deje solo con su sufrimiento y su atención vaya encaminada a aumentar la calidad de vida y de la muerte del paciente. Debe mostrar apoyo constante, que no es estar al lado del enfermo, sino que este perciba el apoyo y se satisfagan sus necesidades tanto físicas como psicológicas. Debe ayudar al paciente a resolver asuntos pendientes, tanto espirituales como materiales, a encontrar sentido a lo que está ocurriendo, a buscar nuevos y esperanzadores objetivos y de este modo reconciliarse con su situación. Gómez Sancho M, (1998). Grau J, Chacon M, (2001).

La Psicología de la Salud debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad. No es casual que los psicólogos se internen cada vez más en intervenciones psicosociales que pretenden la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario. Se trabaja también, por elevar cada vez más la eficacia de la intervención psicológica.

### La psicología social de la salud

Una visión más es lo que concierne al aspecto cultural, lo relevante de esto y relacionado con lo anteriormente señalado hace pensar en la amplia gama de opciones teóricas quienes ven la importancia de la salud, ya sea esto en el área médica o psicológica y sus pertenecientes interdisciplinas, de ello y Según Álvaro, (1996) la psicología social de la salud es la aplicación de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud, y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco. Tomando en cuenta que la salud se define como el “estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad” Organización Mundial de la Salud, (OMS), con ello se da lugar al concepto “integral” de



salud. Lo importante de este concepto es la implicación de que la salud abarca factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar.

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social. Las circunstancias socio-culturales determinan, entre otras muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo en relación a la salud y a la enfermedad, puesto que da contenido a los propios conceptos de salud y enfermedad.

La influencia del contexto socio-cultural y más concretamente de los grupos sociales, sobre el campo de la salud y la enfermedad se puede determinar, en las siguientes áreas:

1.- Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad (que pueden influir en la mejor o peor utilización de los servicios retrasando el acudir a ellos o potenciando su uso indiscriminado, afectando al cumplimiento de las prescripciones, al uso de medicinas alternativas, automedicación.

2.-Las conductas de expresión del síntoma. Por ejemplo, el grupo social influye claramente en las manifestaciones de dolor en la medida que ‘permite’ o no su expresión e influye, en consecuencia, en la tolerancia o resistencia al dolor.

3.-Las conductas orientadas a la salud.

4.-La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo, establece roles correspondientes.

5.-Los hábitos comportamentales saludables, en la medida en que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales (Rodríguez Marín, 1991).

La conducta del hombre sano y enfermo no puede comprenderse si se las separa de su circunstancia socio-cultural. Comprender todos estos aspectos proporciona herramientas para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma, evitando la aparición de efectos psicosociales negativos, y mejorando su tratamiento y la recuperación, y facilitar la interacción del usuario con la organización sanitaria.

La promoción de la salud que tiene por objetivo mejorar y optimizar lo que puede ser considerado saludable, o fomentar comportamientos y estilos de vida adaptativos, es sin duda junto con la prevención, uno de los campos abierto y de futuro más prometedor de la

psicología social de la salud (Macia A, Méndez C., Olivares R., 1996).

La salud del individuo o de la comunidad, es función de factores biológicos, de los estilos de vida de una persona o de una comunidad, del sistema como se organizan los servicios de salud, y del medio ambiente, siendo cada vez más necesarias las actuaciones en política sanitaria que dirija sus recursos a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, no sólo a la terapéutica médica.

Existen algunas determinantes de la díada salud/enfermedad abordables desde la psicología social. Estas son los comportamientos individuales y sociales frente a la salud y la enfermedad, tales como:

- Nivel de instrucción y educación frente a problemas de salud y enfermedad.
- Nivel económico individual y social frente a asistencia sanitaria.
- Medio ambiente: condiciones de la vivienda, trabajo, alimentación y accesibilidad al servicio sanitario frente a la salud y enfermedad.

Así que realmente desde la psicología social de la salud los primeros objetivos que se desprenden de un concepto integral de salud son no sólo la mejora física, sino también social y económica, asimismo como la promoción de la salud en una perspectiva de prevención de la enfermedad.

En el campo de salud, los comportamientos preventivos se dan en tres niveles:

*Prevención primaria:* dirigida a evitar la aparición del trastorno. La atención se dirige a la reducción o eliminación de aquellos factores o condiciones del medio, tanto físico como humano, asociados a la aparición del problema o al aumento de los recursos personales de los individuos o conductas saludables que puedan evitar la aparición futura.

*Prevención secundaria:* dirigida a detener el avance del deterioro de la salud en las primeras fases. La atención se dirige a la detección temprana de los casos o conductas de riesgo, con el fin de modificarlos, disminuir su prevalencia, acortar el período de duración de la enfermedad.

*Prevención terciaria:* dirigida a reducir las consecuencias o efectos del problema o la enfermedad. La atención está enfocada a la disminución de secuelas y complicaciones de la enfermedad. En Psicología se pone énfasis en la prevención de recaídas a través de intervenciones y estrategias terapéuticas

conducentes a ese objetivo.

La promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos saludables, aumentar capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona.

La promoción de la salud se realiza grupalmente mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les lleve a modificar sus comportamientos para que adquieran hábitos de salud sanos, aprendan a usar los servicios de salud. Los programas de promoción y prevención se pueden realizar con enfoques individuales, grupales o comunitarios e incluyen desde campañas en los medios de comunicación hasta intervenciones directas y personales.

Existen tanto factores individuales como psicosociales que contribuyen a que un individuo adopte un comportamiento sano o conducta de riesgo. Como actitudes que contribuyen a la motivación, a la promoción de hábitos y estilos de vida. Quizá el desafío actual más importante de la Psicología Social de la Salud es el desarrollo de métodos para modificar los estilos de vida de las personas tanto con propósitos preventivos como promotores de la salud.

Hablando de salud mental, designar a una persona o grupo social como mentalmente sano o enfermo, no sólo depende de las alteraciones emocionales o de la personalidad sino también de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteración. La diversidad de modelos explicativos, la gran cantidad de términos valorativos.

Se define salud mental como: Ausencia de síntomas (necesario pero no suficiente), como bienestar físico o emocional, como calidad de vida, como presencia de atributos individuales positivos. Los factores sociales en la salud mental son la consistencia que modula a la misma, tales como la clase social y género, el desempleo, empleo precario, condiciones de trabajo, estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento, apoyo social, entre otros.

El análisis de los factores sociales y acontecimientos vitales estresantes implicados en el deterioro psicológico, junto con el estudio del papel moderador del apoyo social y de las

diferentes estrategias de afrontamiento y sesgos cognitivos que acompañan los trastornos emocionales, dan lugar a prevención y cambio social, modificar estilos de vida, reestructuración cognitivas, entrenamiento de habilidades sociales (Álvaro, 1996).

En los capítulos posteriores se profundizará en las áreas de las cogniciones y de los estilos de vida enfocados a la calidad de vida en relación con la salud desde una postura cognitiva principalmente, ya que como se ha visto desde la perspectiva de la salud es un factor relevante para la prevención y mantenimiento de la salud.

## **Capítulo II**

### **TEORIAS COGNITIVO – CONDUCTUALES**

Dentro de la Psicología Clínica, la cual “enfoca su actividad a la evaluación y tratamiento de personas o grupos que sufren de problemas emocionales y de adaptación” (Phares, E. J. 1999), existen varios objetivos que me parecen interesantes.

Uno de ellos es la corrección de malestares emocionales los cuales provocan un comportamiento que a su vez causa malestares a terceros o consecuencias dañinas.

Reconociendo primeramente que la “función específica del psicólogo clínico consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud psicológica; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad” (Phares, E. J. 1999).

Por tanto, otro objetivo podría ser la prevención de posibles comportamientos, éstos también podrían causar una conducta la cual puede llamarse problemática.

Específicamente desde la perspectiva cognitivo conductual me parece una muy buena opción para poder prevenir determinadas conductas a futuro, ya que la disciplina parte de la reestructuración o reaprendizaje cognitivo, es decir al hablar de reaprendizaje la prevención se entrelaza en el campo de la psicología educativa la cual “se avoca a la tarea de estudiar las condiciones y métodos que faciliten los procesos de aprendizaje, y los factores emocionales que en él se involucran” (Phares, E. J. 1999),

La teoría cognitivo conductual realmente es muy amplia en su conformación y especificaciones, y aunque en sí el objetivo es simplemente retomar estas técnicas como referencia a la investigación en curso, evidentemente es viable retomar sus antecedentes y

así poder fundamentar la correlación que existe entre esta teoría y la salud biológica y psicológica.

### Antecedentes históricos.

La historia de las terapias cognitivo conductuales (TCC) data desde los tiempos de los antiguos filósofos griegos y romanos hasta los teóricos modernos. Desde las observaciones de Epícteto sobre cómo los hombres son trastornados por sus opiniones acerca de los acontecimientos, hasta Kant con el argumento de que la falta de ajuste del sentido privado al sentido común es la generadora de conflictos, el sentido privado que después Adler denominaría opiniones erróneas y que posteriormente los teóricos modernos llamarían procesos de evaluación sesgados, constructos desordenados, creencias irracionales. Existen dos líneas específicas de teorización e investigación que han dado lugar al surgimiento del enfoque cognitivo conductual:

#### 1) Terapias cognitivo – semánticas

El objetivo es modificar los pensamientos erróneos del cliente que lo llevan a comportarse de manera inadecuada, el foco de la terapia gira alrededor del contenido ideacional envuelto en el síntoma por lo que el terapeuta busca familiarizarse con los pensamientos, sentimientos y conductas del cliente. Para el terapeuta cognitivo semántico el trastorno mental es un desorden de pensamiento y la terapia, según Shaffer (cit. en: Linn y Garske, 1988) es un “proceso de aprendizaje mediante el cuál una persona adquiere la capacidad de hablar sobre sí misma de modos adecuados, a fin de controlar su propia conducta”. Numerosos terapeutas se han centrado en cómo el sistema de significados causa la etiología y el mantenimiento del trastorno emocional, entre ellos se encuentra (G, Kelly. 1987). La teoría de Kelly describe el proceso continuo por el que un individuo construye interpretaciones personales acerca del mundo y luego las evalúa de nuevo considerando el resultado. Otro terapeuta cognitivo semántico es Albert Ellis, creador de la terapia racional emotiva (TRE) Ellis, A. y Grieger, R. (1977). El cual comenta que ésta se encierra en tres tipos de acción: 1) determinar los eventos que perturban al cliente, 2) ayudar al cliente a descubrir los pensamientos y sentimientos subyacentes al evento perturbador y 3) alentar al cliente a cambiar esos pensamientos y sentimientos. La TRE

enseña a los clientes el A B C de la información. A como el evento activador y C como las consecuencias, pero en medio de estos dos elementos se encuentran las creencias del sujeto B, sí éstas tienen un componente empírico son racionales Br y sí no lo tienen son irracionales Bi, posteriormente el terapeuta discute D con el cliente las ideas irracionales y se obtiene un efecto cognitivo E.

Por otra parte y dentro del área cognitivo semántica, Sank, L. y Shafer, C. (1991). Mencionan a Aarón Beck, quién dentro del marco conceptual de su terapia maneja tres conceptos básicos:

1) eventos cognitivos entendidos como la corriente de pensamientos e imágenes que tenemos, pero a la que con frecuencia no prestamos atención ya que son pensamientos automáticos en nosotros, 2) los procesos cognitivos se refieren al cómo pensamos, al proceso de la información en sí incluidos los mecanismos de búsqueda y almacenamiento, y procesos de inferencia y recuperación. Existen cuatro procesos cognitivos que mantienen los trastornos emocionales y son:

- a) Razonamiento dicotómico. Tendencia a dividir los eventos en términos de blanco y negro.
- b) Sobregeneralización. Llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de pocos datos.
- c) Magnificación. Exagerar el significado de un evento específico.
- d) Inferencia arbitraria. Elaborar conclusiones sobre la base de poca evidencia o de evidencia contraria a nuestras conclusiones.
- e) Sesgo confirmatorio. Tendencia a atender selectivamente los eventos que confirmen nuestras creencias irracionales

3) Las estructuras cognitivas que se refieren a los esquemas que determinan a qué eventos se presta atención y cómo se interpretan. Este concepto se ha propuesto como una forma de evaluar cómo se establecen las prioridades en nuestro pensamiento. También existen esquemas sobre el sí mismo o autoesquemas que predisponen la manera en la que recibimos la información. Beck desarrolló un tipo de terapia que ayuda al cliente a hacerse consciente de los eventos, proceso y estructuras cognitivas para así cambiar la influencia de los mismos sobre su conducta.

## 2) Teoría del aprendizaje social

Los teóricos del aprendizaje social enfatizan el rol de los factores cognitivos en el condicionamiento y buscan de esta forma explicar la conducta humana compleja. De acuerdo a esta postura, lo que mantiene una conducta no son las contingencias de reforzamiento sino la predicción que los individuos tienen de los eventos y la forma en que reaccionan, por ende, ante a ellos. De acuerdo a la teoría del aprendizaje social: 1) una gran parte del aprendizaje humano es mediado cognitivamente y 2) los humanos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales. También establece un determinismo recíproco entre las variables conductuales, cognitivas, afectivas, fisiológicas y ambientales. (Linn, S.J. & Garske, J.P. 1988).

Antes de abordar las estrategias y técnicas de la TCC, ahondaremos en los conceptos y principios teóricos sobre la psicopatología y el cambio conductual. Linn, S.J. & Garske, J.P. (1988). Comentan que el modelo cognitivo conductual de la psicopatología queda ejemplificado con los pacientes depresivos, sin olvidar el determinismo recíproco se podrá notar que los pensamientos y sentimientos de los individuos depresivos tienen un impacto depresivo sobre otros, es decir las conductas generadas por sus pensamientos auto-derrotistas llevan a las demás personas a rechazarlos, de tal forma que las consecuencias sociales certifican y mantienen la depresión. Además de que la inactividad característica de la depresión puede disparar las reacciones fisiológicas asociadas que refuerzan los síntomas depresivos. Esta combinación de elementos mantiene el desorden mental de la depresión. El terapeuta cognitivo conductual busca ayudar al cliente a hacerse consciente de esta combinación de elementos, para después imbuirlo en su problema y exhortarlo a asumir la responsabilidad del cambio. El terapeuta muestra una serie de habilidades al individuo para enfrentar las situaciones estresantes y para anticipar y prepararse para posibles fracasos futuros.

Por otro lado, el modelo conceptual del cambio de conducta cuenta con varias etapas. La etapa inicial constituye el entrenamiento del cliente para ser un mejor observador de su propia conducta, de tal forma que pueda interrumpirla de manera gradual, durante esta etapa se da, por tanto, la recopilación de información que sirve a dos propósitos: a) el



cliente puede hacerse consciente de información que pudo haber pasado por alto anteriormente y b) contribuye a la reconceptualización del proceso.

Durante la segunda etapa se enseña al cliente a desarrollar pensamientos y conductas adaptadas e incompatibles con las anteriores. Este cambio se realiza en tres áreas: a) la conducta manifiesta del cliente, b) la actividad auto-regulativa del cliente, es decir promover pensamientos y sentimientos adaptados e incompatibles con los anteriores y c) las estructuras cognitivas del cliente a través de experimentos personales, ensayar conductas bajo condiciones que afianzarán su sensación de seguridad.

La última etapa es para consolidar los cambios, promover generalizaciones y mantener los efectos del tratamiento y disminuir la probabilidad de recaer. Se estimula el sentido de auto-responsabilidad y conciencia del cliente, también se ayuda al cliente a anticipar futuras recaídas.

El modelo de la TCC está diseñado para enseñar al cliente a funcionar como un científico personal es decir a: 1) ver sus cogniciones como hipótesis dignas de examinar, 2) ejecutar experimentos personales y recoger datos anómalos y 3) examinar la naturaleza de las creencias irracionales. Este trabajo se realiza en colaboración cliente – terapeuta.

Bajo el nombre de TCC se encuentran varias técnicas que difieren en muchas formas: 1) el énfasis que dan a la experiencia cognitiva, 2) es posible ofrecer diferentes prescripciones como el mejor punto de intervención de la combinación de factores y 3) el uso de diferentes estrategias de intervención. Dichas técnicas de intervención pueden ser aplicadas a varios tipos de poblaciones, pero sólo se describirán aquellas técnicas aplicadas a la mayor parte de las poblaciones estudiadas:

- 1) Terapias de reestructuración cognitiva. Los principales expositores de este tipo de terapia ya mencionados anteriormente son Ellis y Beck. El razonamiento teórico subyacente aquí es que el afecto y la conducta del individuo están determinadas fundamentalmente por la forma en que éste construye el mundo. El terapeuta reta las creencias irracionales del cliente y colabora con él para reemplazarlas con pensamientos más adecuados. Para este efecto existen varias técnicas específicas como el auto-registro, los experimentos personales, tareas en el

hogar que fomentan la continuidad del tratamiento, dichas tareas puede ser graduales y se organizan semanalmente. También se hace uso del ensayo cognitivo donde los clientes visualizan los pasos sucesivos de una secuencia conductual y las formas de identificar cualquier trampa del pensamiento que pueda interferir en la realización de la conducta.

2) Entrenamiento de las habilidades de afrontamiento en la inoculación del estrés. Se enseñan a los individuos varias habilidades de afrontamiento que los capaciten para afrontar los eventos estresantes. Sigue tres fases: a) ayudar al cliente a desarrollar una mejor comprensión de la naturaleza del estrés y del afrontamiento, b) se le enseñan habilidades específicas de afrontamiento y se asegura de que el cliente las emplee y c) practicar estas habilidades gradualmente en la clínica o en vivo para poder evaluar los resultados. La técnica de inoculación de estrés no son restrictivas en su aplicación a psicólogos o psiquiatras, pueden ser empleadas por otros profesionales e incluso por no profesionales y no sólo se limitan al grupo o al individuo, también engloban a la comunidad o la organización.

3) Entrenamiento en la resolución de problemas. El modelo de esta técnica se compone de cinco habilidades: a) orientación general; es decir la predisposición para resolver los problemas que consta de: I) identificación y reconocimiento de una situación problemática, II) la aceptación de que los problemas son normales e inevitables y III) la expectativa de la propia capacidad para resolver problemas eficazmente. b) definición y formulación del problema; que consta de I) buscar todos los hechos e información disponibles, II) diferenciar la información relevante y objetivo, III) identificar los factores que hacen problemática la información y IV) establecer un objetivo realista en la resolución del problema. c) se generan alternativas desde la menos a la más práctica y deseable, d) toma de la decisión con sus pros y sus contras y e) verificación para después analizar los resultados.

4) La TCC con niños. La TCC se ha empleado con niños impulsivos e hiperactivos y busca generar en ellos el empleo espontáneo de estrategias cognitivas y auto-instructivas. Los pasos del procedimiento son: a) modelamiento cognitivo con un adulto realizando la tarea en voz alta, b) El niño ejecuta la tarea bajo la dirección

del adulto como una guía externa manifiesta, c) el niño ejecuta la tarea dándose instrucciones en voz alta como una auto-guía manifiesta, d) realiza la tarea autoinstruyéndose a media voz (auto-guía manifiesta disminuida) y finalmente e) el niño ejecuta la tarea en auto habla (auto – instrucción encubierta). En este tipo de modelos se adquieren habilidades asociadas con la ejecución como: identificar y definir problemas, auto-interrogación, atención focalizada, auto-reforzamiento, auto-evaluación, habilidades de afrontamiento y opciones para corregir errores. En sí, el individuo puede analizar el problema, reflexionar acerca de él y diseñar un plan de acción.

La evaluación de estas técnicas ha conducido a diversas conclusiones. Las pruebas han comprobado que la TCC es más efectiva que el tratamiento placebo o la ausencia de tratamiento, la TCC es igualmente efectiva que otros tipos de tratamiento y puede ser combinada con otros tipos de tratamiento. Todas las técnicas de la TCC son evaluadas en conjunto y lamentablemente no existen suficientes pruebas que muestren la efectividad de sus resultados de manera diferencial. Sin embargo es importante mencionar que las técnicas terapéuticas de la TCC no son sólo un conjunto de técnicas sino que están amparadas por un modelo conceptual para la comprensión y tratamiento de los problemas clínicos lo cual facilita la retroalimentación y el control de los resultados.

Dentro de los problemas que se presentan más frecuentes dentro de la clínica, ya mencionado ligeramente con anterioridad son los problemas de depresión; referente a estos datos Pullen C., Noble S., Fiando K. (2001) comentan que, basándose en estudios estadísticos las mujeres son más propensas a padecer este tipo de conductas depresivas las cuales causan problemas de varias dimensiones tales como en el plan social, laboral o suicidios, en algunos casos.

A partir del discurso cognitivo conductual, la depresión debe de ser intervenida desde el plan cognitivo lo cual implica modificar sentimientos como tristeza, abatimiento, desánimo, apatía, sin olvidar pensamientos erróneos y negativos a sí mismo y a desvalorización de sí o de personas que conviven con el paciente, además de autoreproches y autculpa, sentimientos de soledad, abandono y derrotismo. Distorsiones cognitivas como inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas y sobregeneralizaciones.

Al igual que la intervención cognitiva, se agrega a ésta, algo más; lo referente a conductas del sistema motor como para *déficit en conductas sociales* (hablar en algún momento o entablar relaciones adecuadas) y de conductas positivas (leer, hacer deporte, practicar algún hobby o viajar) exceso de conductas de escape/evitación ante la estimulación aversiva y conductas inusuales como intentos de suicidio o dormir demasiado y no convivir con la demás gente, sin olvidar los casos de ansiedad.

Otros autores apoyan lo comentado anteriormente como Caballo, Vicente E. (1991) quien propone para estos casos de ansiedad entrenamiento de relajación. Y Goldfried, Marvin R. (1995) y Smith J. C. (1992) quienes se adhieren al tratamiento de terapia racional emotiva.

Respecto a estas conductas sociales (Kelly, 1987, pág.19) menciona lo que podemos definir como habilidades sociales "aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente". Por otro lado respecto a habilidades asertivas, (Wolpe J. 1980) las define como "toda expresión socialmente aceptable de derechos y sentimientos personales, la cual incluye rechazos, reclamos, expresiones de premio y afecto y exclamaciones de sentimientos personales tales como satisfacción, disfrute y rabia" Este tipo de habilidades repercuten de manera maximizada en las relaciones si son bien o mal utilizadas, evidentemente en la mayoría de los casos este tipo de habilidades no existen o existen de manera deficiente, por lo tanto el objetivo de la intervención y tratamiento es integrar y crear nuevas habilidades o reestructurar las habilidades existentes las cuales puedan servir para el evento en específico, es importante aclarar que existen infinidad de habilidades sociales y que cada una de ellas puede funcionar o no dependiendo del caso en específico.

Respecto a las habilidades asertivas se involucra el manejo adecuado del volumen, tono e inflexión de la voz, fluidez, contenido verbal, selección del momento apropiado para emitir la respuesta asertiva, y las diferentes modalidades de las respuestas de aproximación, rechazo y protección. Las conductas no verbales más importantes son, la distancia física durante la interacción, la postura, los movimientos corporales y de las manos, el contacto visual y la expresión facial o gesticular. Si se presentan habilidades sociales adecuadas o/y un comportamiento asertivo eficiente el individuo, evidentemente, resolverá la mayor parte de sus contratiempos.

Por otro lado, referente a la reestructuración cognitiva (Ellis, 1977), dice que es una técnica de auto-ayuda que puede ser utilizada por prácticamente todas las personas para disminuir o eliminar reacciones emocionales no deseadas. Esto se basa no solamente de las situaciones o acontecimientos que causan nuestros estados extremos de depresión, enfado, ansiedad, celos, etc., sino además los pensamientos que nosotros tenemos sobre tales eventos. Así, existe una relación entre el evento, lo que se piensa del mismo, la emoción que causa y cómo afecta esta emoción en la situación consecuencial.

Una herramienta más de lo mencionado anteriormente es lo referente al entrenamiento asertivo lo cual se trabaja primeramente identificando situaciones que requieran de comportamiento asertivo, estas sesiones de entrenamiento en habilidades asertivas se diseñaron con base en la propuesta de Cotler y Guerra (1976) en la cual, se describen algunos componentes básicos de las habilidades asertivas, el terapeuta muestra o “modela” de ser necesario, según el caso, se discuten y aclaran dudas, se llevan a cabo ensayos conductuales, en los cuales el paciente practica de manera similar a una situación real y se inserta posteriormente en una situación real.

Adicionalmente se modelan cada uno de los componentes de la conducta asertiva, verbales y no verbales. Se le explicará que el comportamiento agresivo es la negación de los sentimientos y derechos del otro, mediante la culpabilización, insultos y otros comportamientos que dañan a la persona y tienden a generar una actitud defensiva en ésta Caballo, V. (1986).

Por otro lado el comportamiento no asertivo o pasivo se describe como la negación de los derechos propios y la expresión de los sentimientos de uno mismo. Usualmente incluye expresiones formuladas de manera indirecta que favorecen las malas interpretaciones.

Y, por último y el más adecuado que es el comportamiento asertivo, el cual se caracteriza por no violentar ni los derechos de uno mismo ni los de los demás. Consiste en expresar sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. La persona asertiva muestra respeto hacia los sentimientos de los demás y facilita la comunicación.

Después, se nutre un poco más a la técnica terapéutica al explicar el papel que juegan en algunos casos los pensamientos irracionales en el comportamiento no asertivo. Se le presentan algunos ejemplos típicos de pensamientos distorsionados que suelen acompañar a la incompetencia social

Evidentemente se retomarán en su momento los pensamientos que el paciente presenta en específico, esto de ejemplificar es solo con el fin de la aclaración y explicación del procedimiento.

Por otro lado, se explican los componentes no verbales de la conducta asertiva como lo es el contacto visual, el tono de voz, postura, expresión facial, tiempo y contenido. Todos los componentes asertivos mencionados anteriormente pueden ser inútiles si el contenido del mensaje es amenazador, agresivo o ambiguo.

Después de explicados los componentes se efectúa un ejercicio de autoanálisis racional, éste trata de retomar un evento real en donde quisiera el paciente utilizar estos elementos ya que en lo real le pueda resultar difícil, posteriormente se le pide que exteriorice los sentimientos o pensamientos que no le permiten realizarse asertivamente y se retoma el ejercicio de reestructuración cognitiva anteriormente señalado.

Esto último se conjunta con las habilidades de conversación; efectuar preguntas abiertas, parafrasear, hacer autorevelaciones, responder a información libre, cambiar de tópico, interrumpir para participar en conversaciones en marcha y terminar conversaciones. Esto es importante específicamente en el caso del paciente, ya que realmente no tiene graves problemas pero sí en el modo en el cual se dirige para con los demás.

El paciente practica en las sesiones con el terapeuta cada una de estas habilidades dándole retroalimentación sobre su ejecución.

Algunas tareas generalmente recomendadas en este tipo de intervención son conversar con alguna persona conocida, de preferencia con alguna persona con la que no pueda establecer una plática agradable, usando las respuestas asertivas y observar las reacciones de esa persona.

Medir el avance en las respuestas asertivas conjunto con la reestructuración de pensamientos erróneos se tomará como base la "respuesta efectiva mínima", que es aquella conducta que alcanza la meta con un mínimo esfuerzo y emoción negativa observable, (Rimm, 1980); en su nivel más alto, que las llevará a cabo como se le había indicado en esta parte.

Dentro de la perspectiva cognitivo-conductual se le da solución a este tipo de problemas, referentes a la mala utilización de las habilidades que tiene el paciente en ciertas

situaciones, del mismo modo se aplica en todo lo referente a las cogniciones o pensamientos que repercuten en la vida cotidiana del paciente. Beneit P. J. (1994).

Sin embargo, es importante que el terapeuta analice de manera detallada e individual para poder modificar el estilo de pensamiento del paciente, ya que en cada paciente se presentan las cogniciones del "mismo modo" pero cada una de ellas no repercuten de igual forma, es decir, aunque la teoría cognitivo conductual ha podido distinguir de manera importante las cogniciones que generalmente son las causantes de ciertos conflictos, no en todos los casos se presentan del mismo modo y esto tiene relación con la historia de cada individuo y con los esquemas cognitivos que cada uno de ellos han adquirido durante el transcurso de su vida dependiendo, evidentemente, de las situaciones específicas por las que se ha pasado; por lo tanto, esto es importante ya que a partir de esto en específico debiere de utilizar la intervención y el método adecuado al cambio conductual esperado.

El entrenamiento asertivo proporciona una serie de repertorios pertinentes que permiten reducir el nivel de ansiedad experimentado en situaciones interpersonales y promover una comunicación amplia y exitosa, evidentemente al reducir la ansiedad y otras desagradables emociones como la depresión o, simplemente, la insatisfacción de alguna situación en específico, el paciente se torna y desenvuelve de mejor manera y más gratamente. (Cotler y Guerra, 1976).

Por otro lado, y de manera relevante cabe señalar el aspecto social en específico del individuo es un factor que, por supuesto, no se debe descartar; incluso es importante tomarlo en cuenta de manera primordial, ya que es a partir de las características sociales del individuo en donde generalmente se encuentran los puntos básicos para poder tener éxito en la intervención, evidentemente esto se refiere a que a partir del aspecto social del individuo las cogniciones y las habilidades del mismo se muestran de manera única y específica y es ahí en donde el terapeuta deberá tomar mas atención para, del mismo modo, efectuar una intervención adecuada e individualizada.(Rodríguez y Márquez, 1994).

## Cambios de conducta de Salud con TCC

Últimamente en la Psicología de la Salud se han propuesto modelos cognitivos – conductuales para explicar el comportamiento de salud de las personas, Oblitas (2004), esto, tomado desde un origen completamente conductual en el que parten del supuesto de que las personas son agentes que activamente procesan información considerando: 1) que los trastornos emocionales y de la conducta son, en parte, una función de los trastornos de los procesos cognitivos, 2) una relación de colaboración entre terapeuta y consultante, 3) el foco radica en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el afecto y la conducta, y 4) son formas de intervención de tiempo limitado y educativas que se centran en problemas meta-específicos.

Se mencionan dentro de este enfoque dos modelos utilizados para cambios de conducta de la salud; de manera breve un modelo completamente conductual básicamente a través de programas de condicionamiento operante, y el modelo cognitivo conductual del cual será más profundo y específico, solo en relación de esta reestructuración anteriormente señalada.

Y justificándolo en evidencia clínica, y las varias investigaciones psicológicas relacionadas con el tratamiento de conductas perjudiciales para la salud en donde han subrayado la importancia de los factores cognitivos (pensamientos, creencias, fantasías, atribuciones, etc.) Oblitas (2004).

Tomando en cuenta el funcionamiento de la TCC ya señalada en tres fases: se le enseña al paciente a: 1) reconceptualizar el problema desde un punto de vista cognitivo y a comprender cómo él mismo mantiene las conductas nocivas para su salud a través de determinadas creencias. 2) se le enseñan habilidades de auto-manejo para que logre un mejor control de las situaciones. 3) se practica y experimenta el uso de estas técnicas y el manejo de estrategias a nivel cognitivo, afectivo y conductual para que concrete un control efectivo de las conductas saludables.

Oblitas (2004). También dice que durante el proceso de Reestructuración cognitiva, primeramente se deben identificar los pensamientos automáticos (desadaptativos) acerca de la salud y la enfermedad, los errores en el pensamiento de la información y las reglas, supuestos y creencias que están en la base de lo que las personas se dicen a sí mismas



acerca de su salud. Ya detectados se le entrena al reemplazamiento de cogniciones alternativas más precisas y positivas, induciéndolo indirectamente a crear fuertes expectativas de autoeficacia personal.

Así, y concretizando los fundamentos teóricos cognitivo conductuales, y relacionándolos con la salud, que es el tema con el que nos dirigimos en esta investigación, podemos hacer posible la idea de que la reestructuración cognitiva merece ser destacada en todas y cada una de las situaciones pertenecientes a los problemas de salud, ya que dentro de un marco de estrés, depresión y ansiedad, y algunas otras emociones provocadas por contextos de enfermedad, es fundamental una intervención de este tipo, con el fin de preparar desde un ambiente preventivo hasta uno correctivo, las situaciones de enfermedad por las que se puede pasar en determinado momento. Además, de que este tipo de técnicas cognitivo conductuales nos permiten de manera evidente el incremento de habilidades cognitivas y sociales las cuales provocan y mantienen un nivel aceptable y hasta presumible de calidad de vida.

Al siguiente capítulo le pertenece precisamente definir lo comentado en el presente y en específico dirigiéndolo al concepto de Calidad de Vida, el cual, como se verá, es complicado definir; sin embargo esto no quiere decir que no sea posible abordarlo y trabajar de manera objetiva con él, así que, se trabajará en explicar lo concerniente a la idea de calidad de vida para poder relacionarlo con los datos estadísticos de esta investigación de salud psicológica.

## **Capítulo III**

### **CALIDAD DE VIDA**

#### Calidad de vida y algunas consideraciones iniciales

Es sobrado decir que el término de calidad de vida, el cual profundizaré en lo sucesivo, es actualmente muy importante en campos como el de educación, médico, social, laboral y psicológico, sin descartar que desde la antigüedad innumerables filósofos pusieran interés en mejorar sus condiciones de vida.

De cualquier modo y referente a la visión psicológica se han trabajado en diversas investigaciones en el tema a pesar de lo complejo que es su definición, esto debido a la multidimensionalidad del constructo ya que engloba aspectos objetivos como subjetivos.

Tarcotte, P. (1982). Menciona que el término “calidad de vida” aparentemente aparece con relación a las condiciones de vida urbana y el medio ambiente, esto por parte de la psicología del medio ambiente. Entre los años 50's y 60's se comienza a popularizar a diversos campos tales como la salud biológica, salud psicológica, educación, política, economía y otros campos más, todos ellos con un aparente fin común el cual es el bienestar humano. Todos éstos, desde la ciencia social, pretenden en su génesis trabajar el concepto en cuestión con datos objetivos que permiten medir aspectos y hechos vinculados al bienestar social de una población en específico para poder, posteriormente, además contemplar elementos de carácter subjetivo.

Alrededor de los 80's la expresión comienza a definirse en la integración de todas las áreas de vida dándole un carácter multidimensional que comprende todo lo que tenga relación con condiciones objetivas y componentes subjetivos. Por ello se ha usado para diferentes situaciones y enfoques debido a que los distintos grupos sociales se han apropiado del término y le han dado connotaciones distintas según los movimientos históricos, las cuestiones de índole política y por su puesto del contexto en el que se utiliza.

Es posible afirmar que el origen de la expresión proviene de un fenómeno social y su concientización, es decir, la concientización de las consecuencias no deseadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada. En este primer momento la “Calidad de vida” se torna como una oposición o al menos un cuestionamiento al modelo de crecimiento y desarrollo industrial. (Setién, 1993).

El porqué de que el concepto se vea complejo desde su definición, es que es un concepto abstracto, indirectamente medible y que admite múltiples orientaciones, y por tanto de él se han dado varias definiciones formales e informales.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), (citado en Setién, 1993) define en 1976 “la Calidad de Vida” como un concepto más general y más amplio que el nivel de vida o el bienestar, los cuales son percibidos como condiciones de la Calidad de Vida, es decir, no sólo se relevan los elementos de bienestar económico y se agregan a éste a una multidimensionalidad ya que comprende múltiples facetas, las cuales, al ser evaluadas, necesitan ser explicadas claramente. Esto se explica al comprender que los indicadores sociales son los instrumentos definatorios que se utilizan para proporcionar una visión, que en su conjunto muestre la calidad de vida de un individuo determinado.

Existen diversas definiciones más del termino Calidad de vida, así como la propuesta por Felce y Perry (1995, citados en Gómez y Sabhe 2000), quienes dicen que es la combinación de las condiciones de vida de una persona y la satisfacción personal que experimenta con dichas condiciones ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Es posible definir que toda esta variedad de enfoques toman parte de lo que se denomina constructo, ya que es un nivel explicativo más general, que engloba todas las características que han sido resaltadas en párrafos anteriores.

Hablando, por otro lado, de los enfoques de investigación se engloban en dos tipos: los cuantitativos y los cualitativos, el primero de ellos operacionaliza la Calidad de Vida estudiando los indicadores, ya sean sociales (condiciones externas relacionadas con el

entorno como *la salud*, el bienestar social, la educación, la seguridad pública, el vecindario y la vivienda), los psicológicos (los cuales miden las reacciones subjetivas del individuo a la presencia o ausencia de determinadas experiencias vitales) y ecológicos (estos miden el ajuste entre los recursos del sujeto y las demandas del medio ambiente). Y los cualitativos que adoptan una postura de escucha a la persona mientras comenta sus experiencias, problemas y desafíos.

Ahora bien, el interés es precisamente tomar a estos indicadores en relación con las ciencias de la salud y poner énfasis en un término nuevo: “Calidad de vida relacionada con la salud” el cual se describe como la percepción que tiene el paciente a los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social.

Esto pretende como meta no solo la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente la mejora de la calidad de vida del paciente, es decir, no solo tiene una intención correctiva sino preventiva.

Para esto se han tomado en cuenta, entre otras cosas, las repercusiones del grado de apoyo social, el funcionamiento personal y el nivel de autonomía en la calidad de vida.

Si se toma en cuenta la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, (OMS) la cual dice ser el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afección de enfermedades (Gómez y Saburido, 1996), se podría decir que el individuo puede estar afectado en su salud, desde diferentes ámbitos sea este el familiar, el laboral o algún otro contexto determinado, y esto afectará la esfera global de situaciones en las que se encuentre inmerso el individuo. El balance del individuo y contexto resultaría como uno de los objetivos de la psicología en este enfoque de salud.

Y es referente a este balance o adaptación lo dicho por Fromm (1959, citado en: De la Fuente, 1961) quien señala que existen perturbaciones psicológicas, que están socialmente

condicionadas y que se relacionan con la resultante de la buena adaptación de los individuos a una sociedad enferma. La obesidad, la úlcera gástrica, la hipertensión arterial, la trombosis coronaria, la ansiedad, y otros padecimientos psicológicos pueden entenderse mejor como parte del estilo de vida y la adaptación de los individuos está determinada por las condiciones sociales.

### Antecedentes históricos

En este sentido, y tomando en cuenta las consideraciones mencionadas anteriormente es relevante conocer los antecedentes históricos que dieron como consecuencia la aparición del mismo.

El interés por la Calidad de Vida es probablemente tan antiguo como la civilización misma, y esto se demuestra con la preocupación por crear herramientas e instrumentos indispensables para sobrevivir hasta la creación de instituciones y estructuras útiles para conseguir la satisfacción de sus necesidades.

Mitchell (1973; citado en Setién, 1993) menciona que desde pensadores, artistas, poetas, místicos y religiosos han intentado mostrar el significado de la calidad de vida y han fantaseado sobre la felicidad sin fin, el paraíso y más, además de los intentos utópicos de algunos esquemas político-sociales y sin descartar infinidad de ideas filosóficas que como fin o meta persiguen formar y afirmar el pilar central de la humanidad, que es el estar bien.

El centro existencial del estar bien es, sin duda, desde la antigüedad hasta hoy por hoy la salud, ya sea ésta biológica, psicológica, social o ambiental, evidentemente sin descartar las condiciones de vida de una persona ya que de no tener salud sería poco probable creer en la felicidad y el bienestar del individuo y su entorno. En antiguas civilizaciones o tribus se ofrecían a los dioses danzas y ritos que imploraban por una vida libre de dolor y de sufrimiento. En otras civilizaciones como en Mesopotamia e Israel 2510 años antes de nuestra era, la salud deja de ser únicamente un vínculo de la comunicación con los dioses para convertirse en un objetivo de protección ciudadana y es ahí donde surge la creación de los canales de desagüe por medio del inodoro, y ya para los 2000 a 1500 años antes de

nuestra era se construyeron costosas instalaciones de baño en Creta, alcantarillados con agua corriente (García, 1997).

Por otra parte, hace 3000 años antes de nuestra era, en algunas ciudades del continente Indio habían desarrollado programas de higiene y de salud ambiental como la provisión de baños públicos y sistemas de desagüe subterráneos. La higiene personal era relevante al igual que la educación sanitaria, el ejercicio físico, los códigos de conducta y autodisciplina, las prácticas dietéticas, la sanidad ambiental y alimenticia y el tratamiento de enfermedades o dolencias menores. Al año de 1400 a. C., la llamada ciencia de la vida se destacó por el cuidado completo de la salud a través de la educación y la promoción de la misma. (Encarta 2000).

Posteriormente en Grecia (Siglo V a. C.), la higiene individual se estableció como norma de vida para mantener la salud, con esto se buscaba el equilibrio corporal y anímico a base del equilibrio de ingesta de bebida y comida, sueño, trabajo y reposo.

El texto que ofreció el primer intento sistemático de relacionar salud-enfermedad con los factores ambientales fue realizado por el médico Hipócrates (Siglo V a. C.), donde se manifestó el interés por la salud en la Grecia antigua, de la misma forma estableció el juramento profesional para los médicos, vinculándolo con la religión, la ética, el secreto profesional, la confianza, el cuidado y la curación de los enfermos evitando los actos que condujeran al aborto o a la muerte (Bishop, G. D. 1997).

Posterior a Grecia y heredado de ella, en la antigua Roma en el siglo II d. C. Se establecieron servicios como la asistencia médica, la creación de hospitales. A producto de esta visión romana existe el concepto de salud actual que debido a la poderosa organización que tenían a nivel social, lo que conllevó a la realización de saneamiento en las grandes ciudades dicho por Riera (1985; citado en Bishop, G. D. 1997).

Esta influencia se restableció y reformó en el imperio Bizantino y a su vez en el mundo Árabe y posteriormente introducido en Europa. Es ahí y en relación con la fuerza de la

religión Cristiana la cual pretende el bienestar humano desde otro enfoque que se producen en el ámbito social un desarrollo visto en la atención a los enfermos y desvalidos y en la creación de centros culturales que fomentaran la formación científica y médica y sistemas eficaces para la recaudación de fondos para crear una amplia red de hospitales en toda Europa (García, 1997).

Quintero y Gonzáles (1997; citado en Grau y González, 1998), atribuyen el nacimiento del concepto de Calidad de Vida al Renacimiento, ya que el hombre en ese entonces se sintió capaz de modificar el orden natural divino, organizar la sociedad, los hábitos de vida y hasta reformar sus relaciones con Dios. Los utopistas como Tomás Moro y Tomás Campanella concibieron una sociedad ideal en la que la vida diaria estaría organizada de tal forma que protegiera la salud, la felicidad y la armonía entre los ciudadanos. Al mismo tiempo que se empieza a utilizar el término de salubridad, de condiciones de trabajo, dieta y sistema alimenticio, tasas de mortalidad y esperanza de vida, de sistemas de escolarización, del estado de las viviendas y de las grandes urbes, así como las formas de vida de las clases sociales. (Moreno y Ximénez, 1996).

Referente a la investigación de la Calidad de Vida, surge alrededor del siglo XVIII, en la época de la ilustración, donde el propósito de la vida humana es la vida por sí misma, mas que al servicio del Rey o a Dios. La felicidad y la autorrealización son los valores centrales de esa época, y es a través de la creación del utilitarismo que se busca una mejor sociedad, la cual debería proporcionar más felicidad a mayor número de ciudadanos (Veenhoven, 1997; citado en Ramírez, 1998).

Ya en el siglo XX y referente a la investigación del constructo se ve desarrollado en el ámbito de la teoría económica en donde se destacan y se asignan de manera racional los recursos que se poseen para satisfacer sus necesidades, logrando, de esta forma una utilidad o satisfacción. Es evidente que esta visión resulta reduccionista, ya que el concepto de bienestar viene exclusivamente a consideraciones económicas. Y es así como Alfred Marshall y A. C. Pigou (citados en Setién, 1993) inician la tradición denominada

‘Economía del bienestar’, ocupándose de la distribución equitativa de la renta y de los costos sociales.

A base de una contextualización meramente histórica, el concepto comenzó a verse con otro giro, esto se refiere al evento de la Segunda Guerra Mundial, con la cual se produjo una concientización de lo que implicaba la calidad de vida y no sólo en el ámbito económico sino también en el social, político, sanitario e incluso el psicológico. (Setién, 1993).

Los 50’s y 60’s es el escenario de la expansión de los criterios de “ *confort*” y *american way of life*” a través del consumismo, generalizando en las sociedades estilos de vida más homogéneos, de esta manera tanto la forma de vivir y de enfermar, así como la forma de morir se iban convirtiendo en homogéneas.

Es en esta época en donde, con las campañas políticas del presidente Lindon B. Johnson, se ve de forma más clara el concepto Calidad de Vida que se revistió a consecuencia de la Segunda Guerra Mundial relacionándolo con la proyección del “sueño americano” (Grau y González, 1998). En estos años donde la sociedad estadounidense mejora su nivel de vida, hablando de factores socioeconómicos, se genera una reacción, y es aquí donde se comienza, de igual manera, a partir del incremento de la competencia social a incrementar enfermedades psicosomáticas y crónicas degenerativas.

Hasta la década de los 60’s, como se mencionó en capítulos anteriores, la OMS define a la salud no como la ausencia de la enfermedad sino como un estado de perfecto bienestar físico, mental, y social. A consecuencia de esto y por intentar conseguir este nivel de salud, se saturan los servicios médicos y provoca problemas de carácter político-económicos, a *posteriori* de la década de los 70’s se reforma el concepto y se toma en cuenta la cantidad de vida de los individuos ya que al existir entonces enfermedades crónicas degenerativas, aún más que las infecciosas, se comprende intentar mantener en buena salud por más tiempo al individuo. (Murillo, 1996). De esta forma las enfermedades comenzaron a ser vistas por otras disciplinas, además de la médica, como la psicología y la sociología.



Otra visión de autores como Tarcotte, P. (1982), consideran que la *calidad de vida* aparece en debates públicos en torno al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbana. Entre las décadas de 50's y 60's el interés por conocer el bienestar humano y las necesidades por medir estas realidades se recurrió a indicadores objetivos que permitían medir los datos y hechos vinculados al bienestar social y así, posterior a estos datos se comenzó a contemplar los datos de carácter subjetivo.

Y es, a partir del desarrollo de la medición de estos indicadores, cuando en los 80's comienza a definirse como un concepto integrador que comprende todas las áreas de vida, dándole una perspectiva multidimensional y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de Estados Unidos, "Social Indicators Research" en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuiría a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80's en la que se dio el despegue definitivo de la investigación en torno al término.

Es por todo lo anteriormente expuesto que es óptimo ver la definición de "Calidad de vida" como un constructo conceptual y multidimensional para poder así abarcar todas las características del mismo sin descartar ninguna visión específica o reducida. Esta conclusión nos avisa de manera clara cómo y cuánto ha sido importante a través de la historia el término de salud y calidad de vida para la humanidad, vistos estos no únicamente desde aspectos biológicos, sino psicológicos, así como del creciente interés que se tiene para investigarla, debido a su importancia en diversos ámbitos.

Es por tal que a continuación se mostrarán cuáles han sido algunas aproximaciones conceptuales de diversos autores que están relacionadas con el constructo y cómo es que ayudan a entender la importancia de realizar una investigación que ayude a ampliar la información que se tiene al respecto.

## Conceptos de calidad y condición de vida vistos desde diferentes ciencias.

En este apartado, se da una visión general de algunas consideraciones que al respecto de la calidad y condición de vida se tienen desde diferentes ciencias. Esto con el fin de tener una idea de estos conceptos.

Resulta un reto definir los conceptos más útiles que correspondan a lo específico del objeto de estudio, que en este caso son los determinantes de la salud-enfermedad. Cabe señalar que en el nivel más teórico general, los conceptos de calidad y condición de vida permiten derivar otros conceptos y categorías para explicar el proceso de salud-enfermedad en lo individual y en lo colectivo. En la sociología, la psicología, la medicina y sus ciencias auxiliares como la epidemiología y la salud pública, o desde otras ciencias como la antropología, así como la medicina social; existe la diferencia conceptual entre calidad y condición de vida, inclusive, cómo evaluar cada una.

Las acepciones de: término, noción, concepto y categoría de calidad de vida, se mencionan indistintamente por varios autores citados en lo posterior desde 1960, aproximadamente, durante este periodo los científicos sociales han recolectado datos sobre los aspectos socioeconómicos, la educación y la vivienda como una alternativa para evaluar la calidad de vida. Algunos investigadores han sugerido que se debe realizar una diferenciación respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, que tiene que ver con el valor de los aspectos mismos de la vida y que no son considerados habitualmente tales como: el ingreso, la libertad y la calidad del medio ambiente, entendiendo que este concepto es una preocupación encaminada de los individuos por su enfermedad que padecen más que por la ausencia de su salud, es decir, se relaciona con un sentimiento de valor. Algunos autores que han abordado el tema se citan a manera de ejemplo: los psicólogos Day y Jankey (1996), han sugerido mediciones subjetivas para evaluar de forma individual la calidad de vida, a través de indicadores como la satisfacción individual respecto de la vida. Meeberg (1993), considera que generalmente la calidad de vida se ha relacionado con la interpretación subjetiva donde intervienen factores psíquicos y somáticos de los individuos, utiliza al menos cuatro conceptos para el análisis de la calidad de vida: sentimiento de satisfacción de la vida en general, capacidad mental para evaluar cada uno de nuestras satisfacciones, un estado “aceptable” físico, mental, social y emocional como determinante

de la salud del individuo y una evaluación objetiva de otra persona que ha vivido condiciones similares.

El Dr. Leidy (1994), ha sugerido que el estado funcional óptimo, consiste en el entero dominio de las funciones vitales y lo define “como un concepto multidimensional caracterizado por la capacidad de proveerse de las necesidades para la vida, esto es, lo que la gente reúne para sus necesidades básicas en el curso normal de su vida, que cumple con sus funciones y mantiene su salud y bienestar”. El dominio de las funciones a las que Leidy hace referencia, no está solamente confinado al funcionamiento físico, incluye también el funcionamiento psicológico, social y espiritual. Sin embargo, la tendencia ha sido considerar el valor relativo de las funciones solamente en el plano físico. Evidencia de ello, es la utilización de la escala de Karnofsky diseñada en 1947, que evalúa o mide la habilidad personal para cumplir con las actividades de la vida diaria (AVD), como sería bañarse o alimentarse uno mismo. Para Leidy el estado funcional no es coincidente con el concepto de calidad de vida por dos razones. La primera, es que para evaluar tan sólo se utiliza la escala funcional de Karnofsky y segundo, porque siendo medido el estado funcional de forma objetiva no se consideran los aspectos subjetivos para su interpretación.

Por otro lado, Ebrahim (1995) ha relacionado la salud con la calidad de vida. Definiendo la calidad de vida como: “el valor asignado a la duración de la vida como modificación del estado funcional, percepciones y oportunidades sociales que han sido influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas”.

El estado de salud como ya es conocido, no solo es la ausencia de enfermedad, de hecho como Brown (1996) lo señala: “la salud es con frecuencia citada como uno de los componentes más importantes que determina la calidad de vida de los individuos, pero también la calidad de vida determina la salud de estos”. Así mismo, Kaplan y Anderson (1996) definen “la salud como la ausencia de enfermedad y síntomas, y además relacionan la salud con la calidad de vida como el efecto de las condiciones de salud/enfermedad sobre las funciones”. Padilla (1996), relaciona la salud con calidad de vida “como determinante de la forma en la cual se dan los cambios en la salud, particularmente por enfermedades severas o crónicas, condiciones de co-morbilidad y tratamientos relacionados con afectación a las dimensiones de bienestar”. Vista de esta manera, la concepción que se tiene de salud, no se puede reducir a la simple ausencia de la enfermedad y síntomas, siendo que

para los individuos la salud/enfermedad es más que eso. Bowling (1995), observa esto y apunta, además, que depende inclusive de la cultura, la edad, el género, el nivel de educación y el estatus socioeconómico. Mount y Cohen (1995), definen a la salud como “una sensación de la integridad personal o entereza, comprendida así como el dominio físico, mental-emocional y espiritual-existencial”. En este sentido, no queda claro si la salud se subsume a la calidad de vida; o si ésta es determinante de la salud/enfermedad o más aún, si todas ellas son sinónimos. Lo que sí queda claro es que cada investigador ha desarrollado una propia concepción de lo que es la calidad de vida relacionada con el fenómeno del proceso de salud-enfermedad.

Los organismos internacionales para la salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994), ha propuesto que para evaluar las condiciones de vida, por ejemplo, tan sólo se requiere de dos factores: los recursos económicos disponibles y el grado de acceso al desarrollo social. Este último, construido a partir del indicador global de accesibilidad al desarrollo social acumulado (IGADSA), y que no incluye la mortalidad y morbilidad.

El IGADSA considera cinco variables: el acceso a servicios básicos de salud; el acceso a recursos económicos (*representado en México por el salario mínimo*); el acceso al sistema educativo (*educación básica*); el acceso a nutrientes (*fundamentalmente para la subsistencia*) y, el acceso a saneamiento básico elemental. Así el IGADSA pretende reflejar el grado de accesibilidad de la población a componentes básicos de mínimo nivel, para asegurar las condiciones de vida mínimas de subsistencia relacionados con la situación de salud. Asimismo, al realizar una comparación entre los países Latinoamericanos señala la OPS que las condiciones de vida de las poblaciones de cada país están correlacionadas con el nivel de desarrollo económico alcanzado, el cual se traduce en la magnitud de los recursos disponibles y establece también la correlación con el modelo de desarrollo que ha predominado en la región; el cual corresponde a una mayor o menor accesibilidad de la población a los recursos básicos para su salud y el bienestar. Con esto se infiere que las condiciones de vida están relacionadas con el nivel de desarrollo económico y con la accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país, además de sus variables específicas.

La clase social y sus niveles de salud.

Sin lugar a dudas, al hablar de la salud-enfermedad como fenómeno colectivo y como una expresión general de la vida social de los individuos, no se puede dejar a un lado la clase social que permite a través del análisis diferencial de los distintos grupos sociales, encontrar cómo la calidad y condición de vida determinan la salud-enfermedad colectiva. Blanco (1994), refiere que "la clase social de pertenencia determina, en un sentido general, las condiciones de existencia, la salud-enfermedad se expresa según la clase social a la que pertenecen los individuos y depende en gran medida de sus particulares *condiciones de vida* y de trabajo". Esta categoría tiene que ser abordada desde el materialismo histórico que permite dar un marco conceptual definido a un nivel de alta abstracción del modo de producción; donde los individuos se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción.

### Calidad de vida y algunas aproximaciones teórico conceptuales.

Retomando lo anterior la Calidad de Vida ha estado siempre asociado a términos como satisfacción, felicidad, bienestar y salud, pero como estas expresiones, la Calidad de Vida carece de una dimensión única y definitiva, incluso puede significar cosas muy distintas para cada persona por su tremendo valor subjetivo, ya que el término tiene que ver con expectativas, ideales, sueños, deseos, valores, cultura, escolaridad, etc.

Se puede decir que el origen de la expresión, proviene de un fenómeno de conciencia. La conciencia de las consecuencias no deseadas por el desarrollo económico y la industrialización incontrolada contribuyeron a poner de moda la "Calidad de Vida", así, se puede decir que el concepto mismo proviene de un fenómeno social. De primer momento este fenómeno adquiere un sentido combativo o que se opone a algo, este algo se pudiera decir que es el modelo de crecimiento y desarrollo industrial. (Setién, 1993).

A consecuencia del abuso del concepto se convirtió en "slogan" político, por lo que se convirtió en un dilema social. (Setién, 1993).

Este dilema tiene muchas visiones, una de ellas es la relacionada con la venta de una idea paradisíaca en anuncios televisivos la cual hace propaganda a la obtención de una mejor "Calidad de Vida" Murillo (1996).considera que la mayor parte de las personas tiene un

conocimiento intuitivo de lo que significa, pero que si se quiere expresar de manera tácita, es fácil recurrir a demasiadas aclaraciones.

La UNESCO (citada en Setién, 1993) define en 1976 que la Calidad de Vida se considera un concepto más general que el nivel de vida o el bienestar, que han sido percibidas como condiciones de ésta. Los elementos económicos y el bienestar son esenciales pero no son los únicos determinantes de la calidad de vida, tomando en cuenta la multidimensionalidad del fenómeno a partir de su base en la vida y sus diferentes facetas no es posible medir directamente y son los componentes los que dan contenido al hecho donde se miden cada una de las áreas o facetas de la vida y éstas necesitan ser explicitadas claramente.

Apoyando. Blanco, (1997), reafirman el nivel multidimensional del constructo, mencionando que se refiere en el nivel teórico más general a las condiciones subjetivas y objetivas en que se realiza la producción social de los diversos grupos humanos, donde se incluyen distintas dimensiones tales como *las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado* (práctica doméstica) la cantidad y la calidad de las formas de consumo de bienes, servicios y valores de uso, el acceso y la realización de expresiones culturales y políticas y la calidad del entorno, donde la Calidad de Vida se reestructura de acuerdo a la confrontación permanente entre los componentes protectores y sus procesos destructivos para el desarrollo vital del ser humano, es más funcional si las condiciones para la reproducción social y para los procesos vitales son mas adecuados. Mientras una sociedad determinada pueda resolver el conjunto de necesidades humanas satisfactoriamente en cuanto a cantidad y a calidad, entonces se posibilitará el desarrollo humano, lo que llevará, una mejor Calidad de Vida.

Fernández del Valle J. (1996), entienden el concepto como una simple medida; “una medida compuesta de bienestar físico, mental, y social, tal y como lo perciba cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. Las medidas pueden referirse a la satisfacción global, así como a sus componentes, incluyendo aspectos como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación financiera, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competencia, sentido de pertenecer a ciertas instituciones y confianza en otros”.

Un punto coincidente con varios autores es que el concepto no es puramente objetivo ni mucho menos solo subjetivo, sino la fusión de los dos (Gómez y Saburido, 1996).

Grau y González, (1998) comentan referente a la objetividad del término que puede referir a los procedimientos o circunstancias vitales que se documentan objetivamente a través de medidas y así, se construyen como componentes de la Calidad de Vida ó, al hecho de que su evaluación sea hecha por un observador y no por la persona que valora su experiencia y percepción de una situación determinada.

Retomando la parte subjetiva García (p.113, 1997) dice; ‘Es un constructo multidimensional subjetivo que se refiere al grado de satisfacción de un individuo, ponderada según la importancia que el sujeto concede a cada una de las áreas o aspectos de la vida, ya sean éstos la familia, el trabajo, la pareja, los hijos, las actividades recreativas, los amigos, el bienestar físico y económico, entre otras que determinan su bienestar.

Retomando lo anterior aparenta existir un consenso entre la mayoría de las opiniones y estudios del concepto y esto es que es la evaluación que el individuo hace de su propia vida (Blanco, Rivera, López, y Rueda, 1997, 1997), concluyendo en la valoración individual de todo aquello involucrado en el bienestar humano, tomando en cuenta la obtención de recursos, las practicas o actividades relacionadas y la comparación del hecho para el fin mismo. (Leaton, Moss, Fulcomer, Kleban, 1982, Shin, y Johnson, 1978; citados en Ramírez 1998).

Una vista más del término Calidad de vida y retomando la funcionalidad del mismo, sin olvidar las visiones anteriores en su parte multidimensional y compleja es la de Felce y Perry (1995; citados en Gómez y Sabhe, 2000), quienes añadieron una definición más de calidad de vida a las tres propuestas las cuales eran:

- a) La Calidad de Vida es la calidad de las condiciones de vida de una persona.
- b) Es la satisfacción experimentada por las personas con dichas condiciones vitales.

- c) Es la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.

De esta forma, ellos agregaron su definición, concibiendo a la Calidad de Vida como la combinación de las condiciones de vida de una persona y la satisfacción personal que experimenta con dichas condiciones ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

No se puede olvidar la consideración socio-cultural del constructo y así no descartar su sentido relativo y cambiante a partir de lo específico en tiempo y espacio, para de este modo tener acercamientos a la definición y no pretender proponer una definición fija e irrefutable.

Al igual, no debe olvidarse que el constructo conlleva muchas dimensiones o componentes, y es necesario denotar los parámetros que han sido establecidos para estudiarlo, por lo que se debe hacer mención, en función de qué, dichos componentes están determinados, y cual es la importancia que existe en conocerlos, por lo que en el siguiente apartado se realizará una revisión de los mismos y así se determinará cual es el componente que se desea estudiar en el presente.

### Calidad de vida y sus aspectos constructo-culturales

Comenzando por las características inherentes del concepto Calidad de Vida se puede determinar que no es un concepto simple, sino por el contrario, complicado e integrativo. Además de ser dinámico y cambiante según las necesidades del individuo determinado, grupo o sociedad en el cual esté inmerso dicho individuo, ejemplificado sería visto en la Calidad de Vida de un Francés, un Mexicano, un Africano o Asiático la cual seguramente será diferente a partir de estas condiciones de su cultura tales como el trabajo, la salud, la escolaridad etc.



Murillo (p.71, 1996), considera que se puede imaginar la Calidad de Vida ‘Como un abanico que se abre y se cierra y cuyas varillas son cada uno de los componentes o dominios de Calidad de Vida, todos los componentes estarían entonces contribuyendo en igual medida al valor de la Calidad de Vida. Cuando se encuentra parcialmente plegado son pocas las varillas visibles. De cualquier forma, habrá varillas que predominen más que otras’.

La complejidad que caracteriza el valor de la Calidad de Vida ha sido conceptualizada también por Rueda (1999), citados en Gómez y Sabhe, 2000), en cuatro grandes ámbitos de interés y de esta forma se ha logrado visualizar a los componentes del constructo de una forma más clara y precisa.

- El primero incluye aspectos que se consideran decisivos para el bienestar general del ciudadano; trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos.
- El segundo bloque está relacionado con la contribución que tiene el medio y la calidad ambiental. La Calidad de Vida está representada por la calidad del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua, etc.
- Un tercer bloque de naturaleza psicosocial está vinculado al ámbito interactivo del sujeto; relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, etc.
- Y un último hace referencia a cuestiones de cierto orden sociopolítico, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica, etc.

Mallman (1975; citado en Setién, 1993), considera que la Calidad de Vida de una persona depende de la dinámica de la satisfacción e insatisfacción de sus deseos. Por el hecho de que está determinado por la satisfacción de los deseos se debe de analizar por lo menos en el mismo número de dimensiones del espacio humano, por lo tanto tendrá tantos componentes como necesidades existen. Para cada tipo de necesidad se deberán estudiar los componentes objetivos y subjetivos.

Debido a que son los componentes y no el concepto en sí lo que le da el contenido al constructo, es importante tomar en cuenta, medir y trabajar con los indicadores y explicarlos

claramente. Los indicadores sociales son los instrumentos que, finalmente se utilizan para proporcionar una visión, que en su conjunto muestre la Calidad de Vida. Es muy importante aclarar que los indicadores son de nueva clase como indicadores sociales y que se basan tanto en hechos observables y en las condiciones de vida en sociedad, como en las percepciones y en los juicios subjetivos de la propia gente respecto de su vida y sus circunstancias concretas (Szalai; citado en Setién, 1993).

Esto provoca poder seguir e investigar aspectos generales que competan a un mismo grupo parcialmente homogéneo y así tratar de entender la estructura de la Calidad de Vida en un determinado componente como el de la Salud.

Así bien, el componente específico deberá tomarse en particular como indicador y éste a su vez poderlo evaluar de manera concreta para definir y comprender los componentes particulares y aplicarlo en el constructo general.

### Calidad de vida y su evaluación.

La Calidad de Vida se ha relacionado y empleado para evaluar las distintas condiciones y estilos de vida de la población en general o de sectores de la misma hasta su sector primario individual, aquí se han empleado modelos que miden y valoran prácticamente el grado de bienestar y satisfacción. En esta visión de investigación y aplicación se ha tenido que contar con una evaluación concreta y veraz que permita dar a conocer las generalidades y especificaciones que le rodean y pertenecen.

Evaluar este constructo sería muy difícil debido a las diferencias de los aspectos subjetivos de la misma actividad humana y resultaría limitado el confrontar dichos aspectos con pensamientos filosóficos, políticos, religiosos, y de creencias que no pueden ser enmarcados bajo un modelo o punto de vista único. De cualquier forma es fundamental contar con indicadores que orienten la elaboración y aplicación de proyectos destinados a mejorar las condiciones de vida de la sociedad y así representar una forma real y válida de evaluar el desarrollo humano. Flores L., Hernández L. (1998)

Para evaluar podría decirse que se debe elegir el indicador que será evaluado en una investigación para, con ello, centrarse en las características que se quieren medir de dicho indicador. Ahora bien, para medir la Calidad de Vida, Rodríguez J. (1995), menciona que se debe utilizar el razonamiento científico en forma sistemática a través de las siguientes etapas:

- a) Identificación y observación de los fenómenos y variables que se asocian a la Calidad de Vida.
- b) Observación y medición de las necesidades, valores, comportamientos, objetivos y aspiraciones de la población, entre otros.
- c) Encuestas de aptitudes, opiniones y valores.
- d) Identificación del perfil cultural de la sociedad, de los grupos sociales, de los individuos, etcétera.
- e) Identificación de las relaciones psicosociales.
- f) Percepción de la Calidad de Vida por la población.

De la misma manera estos autores mencionan que cuando se realiza la medición de la Calidad de Vida se deben distinguir cuatro niveles:

1. Elementos materiales necesarios en la vida del hombre.
2. Bienes y valores no materiales necesarios para el desarrollo intelectual del individuo y la sociedad.
3. Elementos que relacionen el bienestar individual y familiar con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios culturales y materiales.
4. Percepción de la Calidad e Vida tanto objetiva como subjetiva.

De la misma forma Oblitas (2004) considera que para medir la Calidad de Vida y el estado de Salud es necesario:

- a) Considerar la calidad de las medidas en el cuidado de la salud.
- b) Evaluar la calidad del cuidado.
- c) Estimar las necesidades de la población.
- d) Mejorar las decisiones para estudiar las causas y consecuencias del estado de salud.

Añadido a esto, es evidente comprender que los instrumentos con los cuales es medida la calidad de vida también cumplen con una serie de características que son indispensables mencionar.

## Calidad de vida y algunos instrumentos de evaluación

Debido al complejo constructo y a la falta de acuerdos para la identificación de los campos relevantes de la Calidad de Vida, se han elaborado un gran número de instrumentos para evaluar la Calidad de Vida, sin embargo (Murillo, 1996), considera que todos estos instrumentos han seguido dos líneas principales.

- Instrumentos genéricos para aplicar a cualquier tipo de enfermedad, discapacidad, pacientes y poblaciones.
- Medidas específicas de cada enfermedad diseñadas para valorar grupos diagnósticos específicos o poblaciones concretas de pacientes con el objetivo de medir los cambios clínicos importantes.

Por otro lado Fineberg, H. (1988), considera que cuando se realiza la selección de un instrumento de evaluación se deben considerar las siguientes características:

### Propiedades de medición adecuadas

- Validez
- Confiabilidad
- Claridad

### Tipo de instrumento

- Genérico
- Enfermedad específica
- Dimensión específica
- Pregunta específica a estudiar.

### Método de administración

- Autoadministración
- Administrado por encuestador.

### Escenario cultural

En el mismo sentido, la metodología que se ha utilizado ha sido de dos tipos, a saber:

- a) La propia experiencia subjetiva del paciente
- b) La percepción que, desde fuera, se realiza de esa Calidad de Vida.

Es importante que el instrumento sea el adecuado para valorar el atributo a medir, es decir debe de ser accesible para la gente además de ser reproducible en distintos lugares. Además dicha metodología debe ser sensible y específica, y así detectar pequeñas variaciones siempre que ocurra el fenómeno, aunando a que se debe medir lo que se quiere medir y no medir aspectos relacionados, y que éste arroje idénticos resultados del determinado objetivo en medición, y por ultimo considerar que los instrumentos deben de ser validados en cualquier contexto que se emplee (Murillo, 1996).

Los que a continuación se presentan son algunos instrumentos que han sido utilizados para evaluar la Calidad de Vida.

- I. Escala de Karnofsky (KPI), Esta escala ha sido desarrollada por su autor y Buchernal en 1949, tiene el objetivo de medir la movilidad, el funcionamiento físico, la salud física y la problemática que representa el ser familiar de un paciente oncológico, se caracteriza por ser una prueba de heteroevaluación, subjetiva, unidimensional, y específica.
- II. La OMS ha proporcionado dos escalas, la primera llamada WHOPS ( World Health Organization Performance Status), que se caracteriza por ser de fácil aplicación e interpretación, y la escala WHOQOLI (World Health Organization Quality of Life Instrument), que se caracteriza por medir a diferencia de las anteriores componentes subjetivos, reconociendo que éstos son parte integral en la Calidad de Vida. Este

instrumento está compuesto por 235 ítems referentes a Salud física, Factores psicológicos, Independencia, Relaciones Sociales, Ambiente Social, y Religiosidad.

- III. ADLI ó Índice de Actividades de Vida Diaria. Se caracteriza por ser unidimensional y específico, y está orientado a evaluar el estatus funcional de pacientes ancianos, con respecto a la dependencia o independencia con relación a otras personas cercanas a su círculo familiar, esta dependencia-independencia esta basada en cinco actividades: Baño, aseo, vestido, movilidad, y alimentación.
- IV. LASA ó Lineal Analogue Self Assesment. Es considerada como pionera en la evaluación de la Calidad de Vida en mujeres con cáncer de mama. Este instrumento se compone de 25 ítems que en un primer momento se aplicaban con la intención de valorar diez distintos índices, sin embargo, hoy en día solo se evalúan cuatro: Los síntomas y efectos de la enfermedad y su tratamiento, los aspectos psicológicos como la ansiedad y la depresión, las actividades físicas y por ultimo las relaciones personales.
- V. El PAIS ó (Psychological Adjustment Iness Scale) Es uno de los instrumentos más populares de los últimos tiempos, donde se consideran siete dimensiones como lo es el cuidado de la salud, el aspecto laboral, el aspecto familiar, las relaciones sexuales, las relaciones extrafamiliares, la dimensión social y el aspecto psicológico.
- VI. Perfil de Salud de Nottingham. Consta de 38 ítems y evalúa la Calidad de Vida en enfermos con padecimientos crónicos, está limitado a dos opciones para responder (sí o no) y evalúa las siguientes dimensiones: Estado físico, Relaciones sociales, Ansiedad, depresión y dependencia.
- VII. Índice de Calidad de Vida de Spitzer. Se compone de 15 reactivos y están englobados en las siguientes dimensiones: Nivel de actividad, Vida diaria, Valoración según el paciente de su propio estado de salud, Soporte familiar o de amigos y apariencia.

VIII. Perfil de estados de ánimo (PMS). Es un instrumento que ha sido realizado para medir seis estados de ánimo o afectivos; ansiedad, depresión, enojo, vigor, fatiga y confusión. Dicho instrumento es autoadministrable y evalúa el área psicológica, conteniendo 65 items.

Y de los anteriores le siguen una lista casi interminable lo cual hace pensar que no está por demás seguir realizando estudios que permitan llegar a un mejor entendimiento sobre la Calidad de Vida.

La calidad de vida, evidentemente surge por una necesidad intrínseca al humano de permanecer primeramente saludable y con el potencial suficiente para su felicidad y satisfacciones personales y sociales, es por ello que es comprobable con tantos y tantos ejemplos de investigación y pensamientos científicos que avalan el interés por la salud y condición de vida feliz y satisfactoria.

En el primer capítulo se comenzó a desmenuzar la idea de salud, y se tomó como punto relevante la parte cognitiva de la misma, posteriormente se definió lo relevante que puede ser tomar en cuenta estas mismas cogniciones pero desde un punto de vista preparador y como una herramienta perteneciente a cualquier individuo de reconstruir continuamente sus cogniciones en beneficio biológico y psicológico. Todo esto en relación con un elemento ya mencionado en el capítulo anterior. La calidad de vida resulta actuar como un icono a seguir en relación con la salud y una vida placentera, pero como se menciona anteriormente, las creencias evidentemente sustentadas como cogniciones y símbolos construidos toman un papel relevante, al cual diría básico y ontogénico para poder conseguir esta calidad de vida y salud de la cual tanto se ha mencionado.

Por lo cual, será necesario identificar lo referente a las creencias en las dimensiones que sean necesarias para poder así considerarlas y estudiarlas de tal forma que se pueda conseguir entender lo fundamental de la reconstrucción de las mismas en el beneficio ya mencionado.

## **Capítulo IV**

### **CREENCIAS Y COGNICIONES**

Desarrollo histórico de las creencias acerca de salud.

Siempre resulta relevante retomar los aspectos históricos de alguna idea o concepto, en este caso, al hablar de cómo se desarrollan, modifican y construyen las creencias resulta fundamental exponer y definirlo en 5 periodos; la época antigua occidental y precolombina, cristianismo y edad media, renacimiento, desarrollo del capitalismo y medicina social y creencias actuales, evidentemente es posible aclarar que existe una infinita gama de creencias que no dejan de ser importantes, sin embargo con las mencionadas en este capítulo bastará para comprender el objetivo de hacerlo así. Es importante aclarar que el sentido de este capítulo no es definir el concepto de salud/enfermedad, el cual ya fue mencionado ampliamente en el primero, sino mostrar las creencias que cultural e históricamente se van formando de manera social en cada una de las épocas y lugares específicos y repercuten con consecuencias en las prácticas de salud.

La enfermedad siempre ha sido el enemigo silencioso que aparta de sus actividades cotidianas a las personas que lo padecen, y los aísla de su medio social con dependencia a su entorno, a esta idea de lo irremediable el hombre elaboró con un sentido de prolongación de vida, algo más allá de lo que veía. Desde una perspectiva más actualizada, se entiende que las creencias acerca de la enfermedad en épocas remotas estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos en donde se les atribuía a la ira de determinados dioses, y su cura a la bondad de los mismos.

En Grecia, donde consideraban su sociedad como el ideal de la persona culta, buena y sana, precursora de la raza perfecta, armoniosa, noble y hermosa. Ideas que se sintetizan en su dicho “mente sana en cuerpo sano” Struve, (1981). Esta idea trae como consecuencia que las personas enfermas fueran consideradas como inferiores, y la enfermedad como una maldición de los dioses. Las “Ceres” (espíritus malignos, las almas de los muertos) surgidas de la caja de Pandora corrompieron la vida plácida de Grecia al momento de ser abierta,



había Ceres de la pobreza, de las enfermedades contagiosas, del suicidio, de la muerte, de los naufragios, de la vejez, del alcoholismo. Gernet, (1981).

Por otra parte, a sus divinidades también les atribuían daños si se les ofendía, ya que éstos respondían a la ofensa de manera iracunda en forma de enfermedad. Por tanto si se manifestaba locura con la característica de dar gritos agudos como caballo, se decía que se había ofendido a Poseidón. Struve, (1981), por lo que se invocaba a Zeus para que los protegiera de los malos espíritus y de las malas influencias, aunque también se dice que cumplían esta función Herkeios y Hestia, Petit, (1982). A Atenea se le atribuían todos los bienes y males relacionados con el embarazo. Los que enfermaban de los ojos pedían perdón e invocaban a la bondad de Atenea Oftalmitis para que los curara. El malestar de Apolo se traducía en la peste para el pueblo. Quien osaba mirar a Medusa era castigado con la parálisis. A Bacchos se le atribuían las manías, aunque a Hera también se le atribuía el poder de provocar la demencia. Coulanges, (1983). Cada Dios y su ira desencadenaban una enfermedad y solo él era capaz de aliviarla. Sigerist, (1987).

Respecto a estas mismas explicaciones mágico-religiosas, solo que con referencia a las culturas precolombinas, pudiera mencionar a una de las culturas más conocidas del México antiguo, la azteca, los cuales en relación con las creencias y las *cocolli* (enfermedades) se asemejaban a los griegos. Por ejemplo, el Dios Xipe castigaba con males oculares; la ira de la Diosa *Macuilxochitlquetzal* provocaba problemas en el embarazo; a *Tláloc* se le pedía fertilidad, el enojo de *Quetzalcóatl* provocaba reumatismos; *Tlaltecuitin* enfermaba a los niños; *Amimitl* provocaba enfermedades digestivas; *Xólotl* provocaba deformaciones; *Nanahuatl* producía la lepra; *Xoaltecutli* inquietaba los sueños. De Gortari, (1980).

Se conocen algunas de las formas en que los aztecas trataban de calmar las iras de los dioses, Gutiérrez (1988), menciona que una de ellas era el autosacrificio a través de la introducción de espinas de maguey (cacto común en México) o de puerco espín. Otra eran las ofrendas florales y de metales preciosos como oro, plata, estaño y mercurio. Asimismo, se utilizaban sacrificios de animales como el guajolote (pavo) o la coatl (serpiente); también sacrificios humanos de esclavos y prisioneros.

Ya habiendo mencionado algunas de las creencias en la época antigua occidental y precolombina, mencionaré dentro de la época del cristianismo y edad media, estas creencias que a mi parecer resultan como las más predominantes en la actualidad, el cristianismo es

realmente un parte aguas a nuestras épocas “modernas” en donde todavía pre dominan los rasgos que ciertamente evolucionados, pero siguen siendo parte de las creencias actuales en relación con la salud.

La aparición de Cristo vino acompañada por los relatos de sus milagros de curación, a Él se le atribuyeron sanaciones de todo tipo: sanaba a los ciegos, a los inválidos, a los poseídos, transformaba en buenas las almas corrompidas. Todo esto interpretado como que Él era el hijo de Dios. Asimismo, cuando alguien enfermaba los sacerdotes oraban por él, e invocaban a Dios y a su hijo Jesús, creencias que siguen siendo actuales en los campos de la enfermedad. Sigerist, (1987).

La evolución del cristianismo trajo consigo una división en la especialización de los milagros de la curación por sus apóstoles o santos. Así, por ejemplo, San Sebastián protegía de las plagas, San Lázaro de la lepra, San Vito de la epilepsia (llamada de ahí el mal del Vito), San Antonio del ergotismo (llamada también “el fuego de San Antonio”) o a San Blas de la garganta entre otros. Mollat, (1988).

A diferencia de las creencias griegas o aztecas, el cristianismo no atribuía las enfermedades y las calamidades a la ira de los Dioses o a las imperfecciones, sino a castigos por los pecados cometidos por las personas y por los pueblos, con una justificante de purificación y desarrollo espiritual.

Durante la edad media una de las creencias más sustentadas por el cristianismo era aquella que consideraban a los enfermos mentales como poseídos por el demonio, y como tales debía tratárseles, aislándolos de la población y sometiéndolos a flagelación y exorcización. Rosen, (1985). La institución religiosa aprovechaba estas situaciones para desprestigiar a médicos y sanadores en general acusándolos de charlatanes que nunca podrían hacer nada contra el poder de Dios.

Las enfermedades venéreas se consideraban como signo de pecadores y se decía que se manifestaban precisamente ahí, en los órganos que eran utilizados en la lujuria y la degradación, la lepra a su vez como castigo y salvación del alma, se aleccionaba al leproso a saber llevar su castigo y consagrarse a la veneración de Dios. Todo esto y con sus consecuencias catastróficas como deformaciones por la lepra y supuraciones de peste llevadas a la muerte influyeron en la aceptación del poder de Dios y de las teorías cristianas.

A consecuencia de esta aceptación derivó en que a la solicitud de ayuda médica se le considerara como falta de confianza y fe en las bondades y acciones de Dios, por tanto, quienes atendían las enfermedades eran los clérigos y no los médicos en medida de ser situaciones sobrenaturales y no naturales pertenecientes a los médicos mundanos, curadas con sus respectivas penitencias que aplacarían la molestia de Dios, lo que se traducía en salud para el pecador. Hale, (1996).

Con la llegada del renacimiento y con los nuevos descubrimientos las creencias cristianas fueron perdiendo fuerza, apoyadas de nuevas corrientes religiosas como el protestantismo, corriente ideológica dentro del cristianismo que había iniciado Martín Lutero en 1517 con sus 95 tesis de reforma. Gomis, (1993).

El protestantismo desechaba la forma de salvación institucional del cristianismo, apoyaba al ahorro y al trabajo, ya que fundamentaba que quien trabajaba podía tener bienes sin que por ellos se ofendieran los principios divinos y rewertió así, en hacer responsable a las propias personas de su conducta ante Dios. Kamen, (1982).

En cuanto a la ciencia médica, los textos *De Medicina* de Cornelio Celso, el *Corpus* de Hipócrates y los textos de Galeno, avivaron enormemente las críticas al abordaje de la enfermedad por parte de la iglesia católica, otros textos importantes fueron *De Humanis Corporis Fabrica* de Andrea Vesalio, en el que se alienta a los científicos a experimentar con el cuerpo humano, obviamente pasando por alto los tabúes religiosos de no diseccionar el cuerpo humano. Mann, (1989). Y a esto agregamos el descubrimiento del nuevo mundo por Cristóbal Colón, se terminó por poner en entredicho todos los cimientos ideológicos del cristianismo y a su vez afirmando las creencias de carácter científico u objetivo, Foucault (1988, 1991), entre otros trajo un acercamiento cualitativamente diferente, pasó de lo sobrenatural a lo natural, de la oración a la observación y experimentación, del escapulario y crucifijo a la auscultación.

Todo esto antes de la Revolución industrial, donde las creencias religiosas imperantes fueron perdiendo fuerza a favor de las curas mágicas y maravillosas como resultado de grandes descubrimientos científicos. Además de que los charlatanes “médicos” comenzaron a vender sus novedosos productos como el té, que se decía calmaba los dolores de cabeza, mejoraba la digestión, y también servía para mantener a la gente despierta. Otro era el chocolate, que había sido traído del nuevo mundo y que era una bebida habitual entre los

aztecas, se decía que servía para aumentar la potencia sexual; un producto más, también habitual entre los aztecas, el tabaco, que se vendía en Europa como un producto que servía para combatir la flema, la hidropesía, las sofocaciones y las dificultades de la respiración. Otro más era el opio también traído desde China, que se decía servía para eliminar los dolores, y que en forma de jarabe ayudaba a dormir a los niños. Schivelbusch, (1995).

Ahora bien, posterior al desarrollo del capitalismo y en relación con la medicina social se inicia una época de grandes cambios, de las ideas nuevas como el concepto de democracia, que ‘permanece’ a la actualidad, las estructuras sociales se transformaron, se implantaron obligaciones al estado, entre otras la del cuidado de la salud, medidas de higiene como la limpieza de las calles, del agua, de alcantarillado entre otros, miles de descubrimientos, entre otros, la descripción de la circulación de la sangre por Harvey, la invención del fórceps obstétrico por Chamberlen, la invención del microscopio por Leeuwenhoek, la descripción de la neumonía, el cáncer, la litiasis biliar y la meningitis por Morgagni, la invención del estetoscopio por Laennec, Coe, (1984), se sucedían y eran aplicados a la solución de problemas de salud.

Además de la creencia de que el Estado velaba por la salud del pueblo, se fue fomentando e institucionalizando la creencia de que la salud debería estar en manos de los especialistas médicos, y éstos bajo la supervisión de autoridades, todo esto como exigencia de la medicina moderna con un respaldo político ideológico que de esta manera garantizaría la productividad y producción industrial, a tal grado de insertar a los deberes de la medicina politizada en las formas generales de vida, como la alimentación, la adecuación del hábitat, la vestimenta, los cuidados de los infantes por parte de las familias, la fecundidad por nombrar algunos.

Roemer, (1980). comenta que se impuso la creencia de que el conocimiento médico debía de estar solo en manos de los médicos y con esto comienzan, de alguna forma, ciertos egoísmos científicos y profesionales al cuidar su parcela del conocimiento, sin embargo, siempre con el objetivo ‘altruista’ de fomentar una sociedad sana y de integrar a las personas enfermas al mundo del trabajo y de la productividad, y en caso de no lograrlo, apartarlas de éste para que no sean una carga para los demás, tratando siempre de que todo ello conlleve el menor dispendio de recursos del Estado.

A partir de lo anterior, se desarrolló lo que se conoce como el modelo médico, conjunto de ideas que tienen como base un fundamento científico y práctica empirista, esto fundamentaba la indiscutibilidad de que el origen de las enfermedades es puramente orgánico, Coe, (1984), y que niega la entrada de las ciencias sociales, cuyo principio del análisis de la enfermedad es el considerar a la enfermedad como algo provocado por factores individuales de carácter solo biológico, así, la bata blanca, mas que signo para la creencia de limpieza, se vuelve signo y creencia popular de poder sobre la enfermedad eliminando por completo otras disciplinas científicas al tema.

Por ultimo, en lo concerniente a este capítulo recolectaré algunos puntos asociados a las actuales creencias que, como se mencionaba anteriormente, algunas vienen ya desde muy atrás como las cristianas, incluso las mágico-religiosas, la iglesia y lo religioso está inmiscuido en los aspectos de salud; un ejemplo es que la iglesia se opone a toda sugerencia de políticas de educación sexual y control de la natalidad argumentando que es contrario a los designios de Dios, a su vez el continuo fomento de la iglesia a los hechos religiosos, atribuidos a los santos y advocaciones de la Virgen.

Con el paso del tiempo se ha observado que las creencias mágico-religiosas afloran cuando la enfermedad no puede curarse con los conocimientos médicos actuales, tales creencias sirven de explicación ante enfermedades modernas como SIDA o al ébola. Incluso cabe señalar como se atribuía en un primer momento a grupos específicos “inmorales” como los drogadictos y los homosexuales, lo cual no ha perecido a pesar de campañas en contra de estas creencias erróneas. Páez, (1991).

Por último, y de manera relevante me gustaría señalar una creencia que ha tomado forma en los últimos años: la del miedo y la desconfianza al sistema médico, al médico y a la medicación. Illich, 1978 cit. en Jaspers (1988). Las terapias de electrochoques y la lobotomía utilizadas como métodos de cura para las enfermedades mentales técnicas muy usadas hasta relativamente hace muy poco tiempo, Jaspers, (1988), y en otra forma, también el celebre medicamento Talidomida usado como tranquilizante y cuyos efectos en mujeres en los primeros meses de gestación causó infinidad de malformaciones fetales. Esta creencia basada en la desconfianza se fundamenta en que muchos de los problemas de salud se deben al uso político de la salud, incluyendo en esto aspectos económicos como el beneficio de la industria farmacéutica, esto visto en el continuo fomento a la medicación

viendo a las medicinas casi como remedios mágicos que curan de manera inesperada desde la impotencia hasta la depresión. Con esto no se fomenta la cura a sí mismo desde el modelamiento de los hábitos y el hábitat, sino desde el protagonismo del médico y de su tecnología por lo que la responsabilidad de la curación recae sobre él mismo, y se soslaya todo aquello que la propia persona puede hacer por su propia salud. Un caso más que apoya la posibilidad de la desconfianza a la medicina son las elevadas muertes a causa de las exageradas y novedosas intervenciones quirúrgicas a pacientes que por el solo hecho de utilizar en el sentido de la evitación del dolor a una nueva sustancia llamada anestesia perdían de sus manos un factor relevante el cual era la asepsia. Foucault (1990).

Es por tal que me parece al respecto de salud y de la enfermedad, que al parecer las cosas continúan evolucionando, revolucionando o involucionando de manera similar, desde que se instauró el Estado capitalista. Los sofisticados avances médicos como la cirugía estética y la ortodoncia entre otros, solo están al alcance de quienes los pueden pagar; claro así especificando en las últimas tecnologías de las disciplinas, los sistemas nacionales de salud permanecen bajo sistemas de costo-beneficio, para mantener la productividad.

Toda esta historia hace poder entrar en la idea de que al paso de los años los individuos construyen creencias que se sustentan evidentemente en estos procesos cognitivos “deficientes” quizás, pero que conducen a determinantes histórico-cognoscitivas.

### Creencias, entorno y calidad de vida.

Como se mencionaba ligeramente en lo anterior las creencias son los filtros predispuestos de la forma de percibir el mundo que nos rodea, son junto con los valores, las fuentes más importantes de la motivación, son las que gobiernan al cerebro haciendo posible la acción y el comportamiento. La fuente primaria de donde provienen las creencias es el ambiente que rodea a la persona, desde su nacimiento y todos los entornos en los que vive y desarrolla el ser humano. Helman C. G. (1994).

La relación que existe entre las ya mencionadas creencias y la salud, no quisiera verlo tan simple como las creencias que el individuo ha tenido al paso de los años en vista de la disciplina médica o en relación con la salud y la enfermedad, lo más importante en esta investigación es hacer lucida la relación entre lo que el individuo piensa de sí, su vida

(calidad de), su salud y como es que construyó y reconstruye sus cogniciones en su daño o beneficio.

Seguiré exponiendo los elementos relacionados con la salud y se comenzarán a engranar con la idea principal de creencias y cogniciones además del cómo se insertan en calidad de vida. Además de entender que las creencias se entienden como la aceptación de un conocimiento popular como verdadero, consiste, en una actitud mental del individuo que sirve de base para la acción voluntaria y posible connotación emocional Benowitz N. (1988).

La cultura colectiva, implica significados compartidos comunitariamente, normas sociales y prácticas de la vida diaria. Las personas, en tanto individuos, construyen sus personales e idiosincrásicos sistemas de símbolos, sus prácticas y objetos personales, usando la cultura y por tanto las creencias colectivas como base para los diferentes actos de encuentro Helman CG. (1994).

La familia, un factor importante en lo cultural y simbólico, se constituye en el principal medio de socialización de las creencias y normas de conductas propias de la cultura popular, hacia todos sus miembros sobre todo de los más jóvenes; el ambiente familiar y el contexto social en que la persona crece es importante para adquirir hábitos o desecharlos. Un ambiente familiar desfavorable contribuye a que la persona opte por buscar otros escapes, pero existe el caso, que por el contrario, un ambiente poco favorable puede convertirse en un factor protector, debido a la influencia que genera el haber observado las consecuencias negativas respecto a la salud o en otros aspectos tales como el económico. Barros M, (2002)

Dentro de estas posibilidades de creencias cabe resaltar también que la salud no es necesariamente la prioridad número uno para algunas familias o personas; el goce y la gratificación pueden ser metas igualmente importantes y algunas personas pueden entregarse a comportamiento riesgoso, aún estando plenamente conciente de las posibles consecuencias Poisin P. (1999).

Tomando en cuenta que los estilos de vida, ya sean estos en pro o contra la propia salud se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona Rodríguez J. (1995). y cómo aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza Roth E. (1990). Aunque lógicamente sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de repertorios de conducta que se encuentra entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud.

Por otro lado, específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer o mejorar su salud. Son producto de dimensiones personales, ambientales y sociales, que emergen no sólo del presente, sino también de la historia personal del sujeto Pullen C, Noble S, Fiandt K. (2001). Se refieren a formas cotidianas de vivir que aplican para las distintas esferas o áreas de funcionamiento del campo vital de una persona, satisfaciendo adecuadamente las propias necesidades y optimizando su calidad de vida. Incluyen entre otros la instauración y el aumento o disminución de comportamientos relacionados con la condición y actividad física, los hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, la recreación y el manejo del tiempo libre, el autocuidado y cuidado médico y el sueño.

Es por estas dos diferencias extremas y sus mediaciones que la educación en salud no puede desconocer el valor que tiene el factor cognitivo como asociado, determinante o predisponente de cambios conductuales y la adopción de estilos de vida saludables. Aunque el conocimiento de algo, por sí solo, no es un indicador de cambio conductual, sí se ha demostrado que cierta cantidad de información es necesaria para iniciar el proceso que conducirá a un cambio de comportamiento Fineberg H. (1988). Las intervenciones preventivas que intentan controlar y evitar conductas de riesgo resultan mejores si consideran el componente cognitivo.



Es importante resolver la cuestión del diseño adecuado de modelos de prevención e intervención en salud con ciertos grupos poblacionales, que incluyan factores cognitivos que produzcan el impacto deseado, o al menos, aumenten las probabilidades de éxito. Por esto, las teorías cognitivo-sociales y del comportamiento proveen elementos valiosos que proporcionan una estructura donde apoyar la planificación, ejecución y evaluación de dichos modelos Hochbaum GM, Sorenson JR, Lorig K. (1992).

En el campo de la prevención en salud se ha trabajado con una serie de modelos referidos al componente cognitivo. Es bien sabido para la Psicología de la Salud que destaca el Modelo de creencias en salud de Hochbaum GM. (1958), el Modelo de la acción razonada de Fishbein M, Ajzen I. (1975) y el Modelo de adopción de precauciones de Weinstein ND (1988).

El Modelo de creencias en salud fue desarrollado en 1950 con la intención de explicar por qué las personas no participan en programas preventivos de salud pública. Posteriormente, se adaptó para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, entre otras la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad Weinstein ND (1988), el cumplimiento de pacientes con los tratamientos y las recomendaciones médicas Kirscht JP.(1974), la práctica de auto exámenes exploratorios Becker MH.(1974), el uso del tabaco, Calnan MW, Moss S.(1984) la participación de inmigrantes latinos en los Estados Unidos en programas de prevención de la tuberculosis. Weinberger M, Greene JY, Mamlin JJ, et al (1981).

Los factores del modelo que determinan la conducta de salud son de dos tipos: la percepción de amenazas sobre la propia salud y las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas. Poss JE. (2001). La percepción de amenazas sobre la propia salud se encuentra determinada por los valores generales sobre la salud, las creencias específicas sobre la propia vulnerabilidad ante la enfermedad (percepción de vulnerabilidad) y las creencias sobre la gravedad de la enfermedad (percepción de severidad); mientras que las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza se encuentran en función de la creencia en la eficacia de las medidas concretas para reducir las amenazas y la convicción de que los beneficios de la medida superan los costos (percepción

de beneficios y barreras). Una última variable que completa el modelo es la presencia de estímulos internos o externos que se constituyen en claves para actuar. Weinberger M, Greene JY, Mamlin JJ, et al (1981). Una clave interna puede ser el síntoma de una enfermedad, mientras una clave externa puede ser una campaña acerca de la promoción en salud o las interacciones sociales con amigos afectados por alguna enfermedad. Adicionalmente, el concepto de autoeficacia ha sido adherido a algunas versiones del modelo de creencias de salud. La autoeficacia es útil para entender comportamientos relacionados con el cuidado de la enfermedad crónica que requiere cambios comportamentales en un largo período. Benoit PJ. (1994).

De acuerdo con este modelo, las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema y el que la acción a implementar produzca más beneficios que costos personales, favorecen la conservación y mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables.

Otro modelo es el de la Teoría de la acción razonada que intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Este modelo fue introducido por Fishbein en 1975 y desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen en 1980.

El planteamiento del modelo es que una conducta de salud es resultado directo de la intención comportamental, que depende a su vez, de las actitudes que se tengan respecto al comportamiento concreto y de las valoraciones o normas subjetivas con respecto a lo apropiado de la acción comportamental. El supuesto del modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos información disponible de manera sistemática para evaluar el costo beneficio de una acción particular. El objetivo de la Teoría de la acción razonada es ser capaz de predecir y entender directamente los comportamientos observables que están primariamente bajo el control de los individuos.

Es importante señalar también el método de trabajo para la promoción de la salud propuesto en la Universidad de New Jersey, conocido como el proceso de adopción de precauciones. Rosenstock IM. (1990). Este modelo plantea la existencia de cinco etapas que se dirigen a

la meta de identificar, valorar y fomentar los factores de protección para la salud: La percepción del riesgo, de la severidad y la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones; el reconocimiento de estos factores para otras personas como pares o grupos de referencia; la percepción de los factores en sí mismo o aceptación de la susceptibilidad personal; la decisión de adoptar la precaución y la toma de la precaución.

Todos estos modelos como se mencionaba anteriormente son para tratar de explicar una variedad de conductas relacionadas con la salud, evidentemente y llegando al fin de nuestra construcción teórica retomaremos los datos de la investigación que nos pertenece para poder, posteriormente, llegar a ciertos acuerdos y desacuerdos en relación a los temas que nos atañen.

## Capítulo V

### RESULTADOS

En base al análisis estadístico realizado con los datos obtenidos por el instrumento “FUNCIONAMIENTO DE SALUD” (Ramírez y Cortés, 2000) y con el programa estadístico SPSS 13.0 aplicado en los mismos, se puede observar de manera amplia y descriptiva el comportamiento relacionado con las creencias sustentadas en cogniciones y la propia salud de la población participante en esta investigación.

Primeramente se exponen los resultados encontrados en la prueba de **Chi-Square** apoyándola posteriormente por la prueba de correlación **Pearson's R** y **Spearman Correlation** efectuada entre las variables respectivas que encabezan los contenidos.

Los contenidos están mostrados en 37 correlaciones, las cuales se dividen primeramente en tres partes: 1.- Variables pertenecientes al instrumento en el área de salud. (FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD). 2.- Variables pertenecientes al instrumento en el área psicosocial. (FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL). 3.- Variables pertenecientes a los dos instrumentos anteriormente mencionados (FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y SALUD). Estas tres primeras partes se subdividen en categorías, las cuales son: Respuestas a enfermedad, Historia de salud, Creencias y actitudes de salud, Estrés y tensión de vida, Afrontamiento de Salud y Salud Psicológica. Todas y cada una de las variables pertenecientes a estas categorías están relacionadas a dos variables constantes las cuales son la tensión o estrés total y la salud total.

Dentro de la categoría de respuestas de enfermedad se consideraron dos subcategorías las cuales son: “Autoayuda” dentro de ésta, 1 variables considerada y “Paso del tiempo” también con 1 variable considerada. Dentro de la categoría de Historia de salud se consideró precisamente la subcategoría y al mismo tiempo la variable de “Salud Total”. Referente a la categoría de Creencias y actitudes de Salud se consideraron 4 subcategorías: “Autoeficiencia”, dentro de ésta 4 variables, “Vigilancia Salud” con 5 variables, “Valores de Salud” con 4 variables dentro e “Hipocondría” a la cual le pertenecen 4 variables. En la

categoría de Estrés y tensión de vida solo se consideró la variable de tensión o estrés total. La categoría de Afrontamiento del mismo modo solo consideró las 6 variables de la subcategoría de “Total afrontamiento” y por último, en la categoría de Salud Psicológica se consideraron las 4 variables pertenecientes a las subcategorías de “Satisfacción de vida” y una variable de “Cambio de estado de ánimo”.

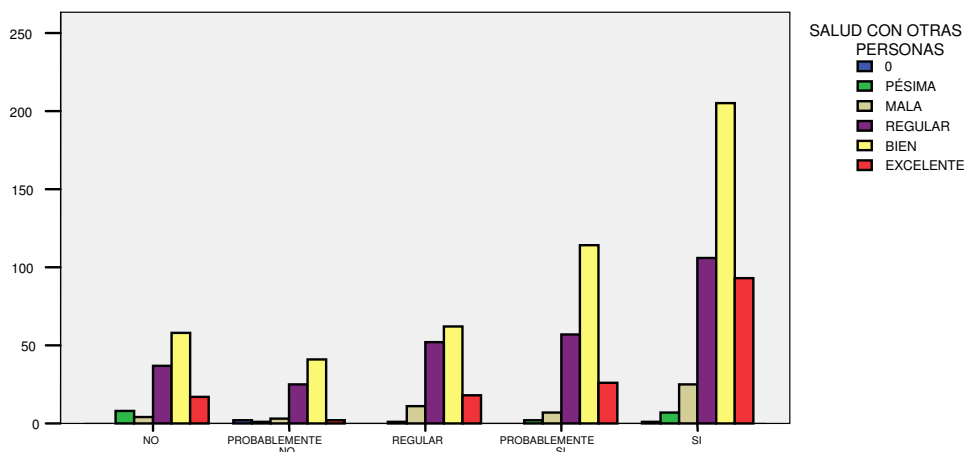
A continuación se mostrarán, en el orden anteriormente señalado, los resultados de cada una de las correlaciones realizadas entre las variables que sustentarán esta investigación.

*Tabla 1. ANEXOS.*

AUTOAYUDA (AA).- En esta subcategoría sólo se considero la variable de “¿Evitar ponerse tenso?” en relación con “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?”. Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” se afirma existir diferencia significativa entre las variables con datos de ( $=.000$ ). *Tabla 1.*

Respecto a las variables anteriores podemos describir que entre el evitar tensión y tener buena salud existe una correlación positiva manifestado con los valores estadísticos de “**Pearson's R**” ( $.000$ ). *Tabla 1.*

Asimismo en la *Grafica 1*, a través de las barras, se expresa definidamente que en el caso de las personas encuestadas que respondieron si evitar tensión, son la mayor cantidad de personas que dicen tener buena salud, esto a pesar de que en el resto de las respuestas siempre predomina la buena salud aún a pesar que no llegan a evitar la tensión. Además, de manera proporcional la gráfica expresa que las personas, después de ser la mayor cantidad, que gozan de buena salud le secundan regular y excelente salud, respectivamente.

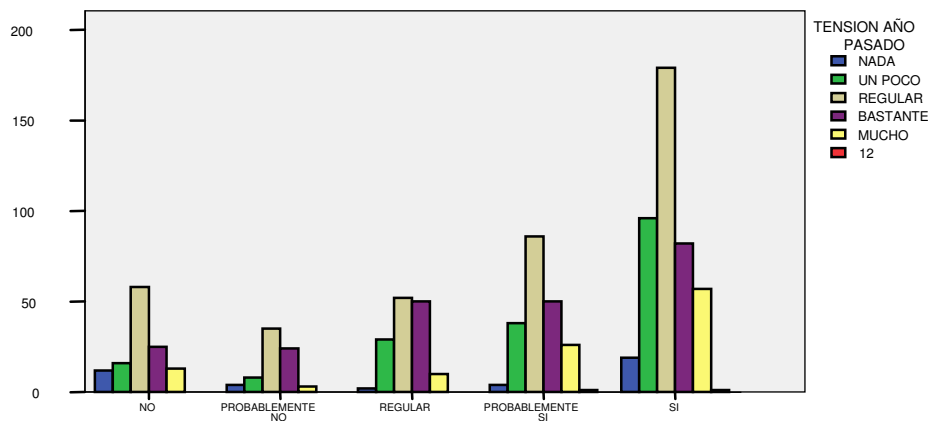


Graf. 1.- Evitar tensión

Dentro de esta misma categoría y retomando la variable “¿Evitar ponerse tenso?” solo que ahora en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Se muestra con los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) que existen diferencias significativas con datos denotados.

Respecto a los datos de “**Pearson's R**” (.685) y “**Spearman Correlation**” (.383) Muestran no existencia de correlación entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

En la *Grafica 2*, se muestra que la mayor cantidad de la población es la que evita estar tenso o estresado ante cuestiones de salud, sin embargo también son los mayores índices de tensión del año pasado.

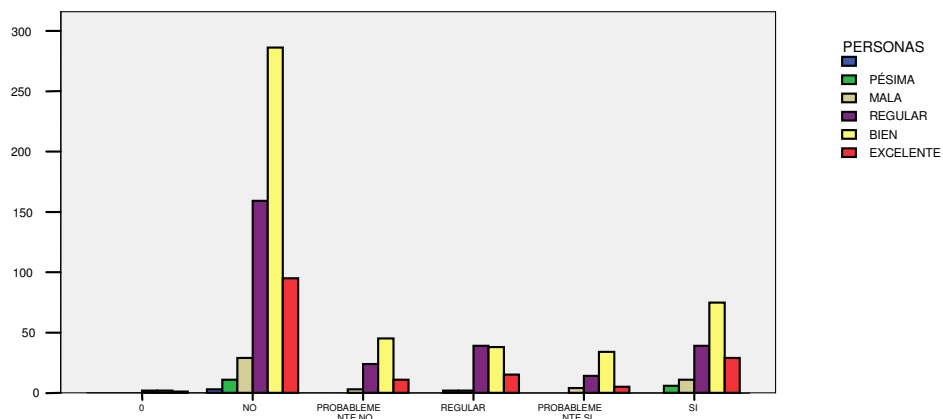


Graf. 2.- Evitar tensión

PASO DEL TIEMPO (PT).- En esta subcategoría se consideró solamente la variable de “¿No tomar la medicina recetada y solo dejar pasar el tiempo?” en relación con “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?”. Aludiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (= .474), se afirma no existir diferencia significativa, también podemos describir que no existe una correlación retomando el dato de “**Pearson's R**” (-.015 = .630). *Tabla 1.*

Sin embargo en la *Grafica 3*. y a través de las barras se expresa definitivamente que aunque no exista una diferencia significativa visualizada en la misma, sí se expresa notoriamente en primera instancia que, en general las personas encuestadas gozan de una buena salud, sin embargo, es notorio que en el caso de la negación a tomar la medicina recetada y sólo dejar pasar el tiempo, es en donde se muestra mayor índice de casos con buena salud, es decir, la

gente que no está de acuerdo en ser de las personas que no toman las medicinas y solo dejan pasar el tiempo, son las que muestran ser la mayor cantidad de personas con buena salud.

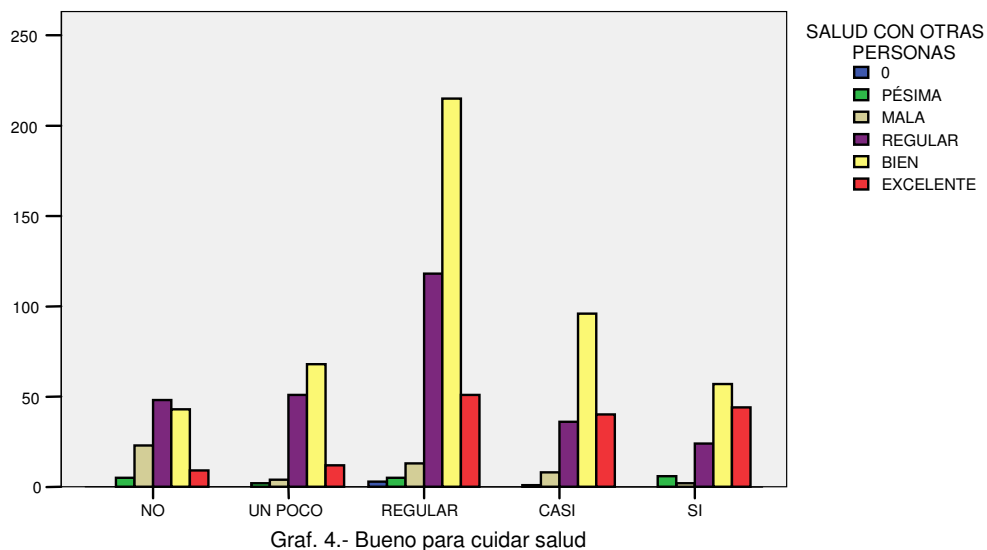


Graf. 3.- No tomar medicina

AUTOEFICIENCIA (EA).- En esta subcategoría se consideraron 4 variables, primeramente; ‘Soy muy bueno para cuidar mi salud’ en relación con ‘¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?’. (ST). Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de ‘‘Chi-Square’’ (.000) se expresa que existe diferencia significativa entre las variables \*ser bueno para cuidar la propia salud, y \*la salud total.

Respecto a los datos de ‘‘Pearson’ s R’’se muestra un puntaje de (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

Sin embargo en la *Grafica 4.* Se expresa que la mayor cantidad de personas que expresan tener buena salud, solo consideran ser buenos sobre cuidados de salud de manera regular; por otra parte se nota que independientemente de cada opción de respuesta (variable de saber cuidar su salud) siempre es un poco mayor la variable (buena salud). Y en ninguno de los casos es mayor puntaje al expresar tener excelente salud en relación con saber cuidar su propia salud.



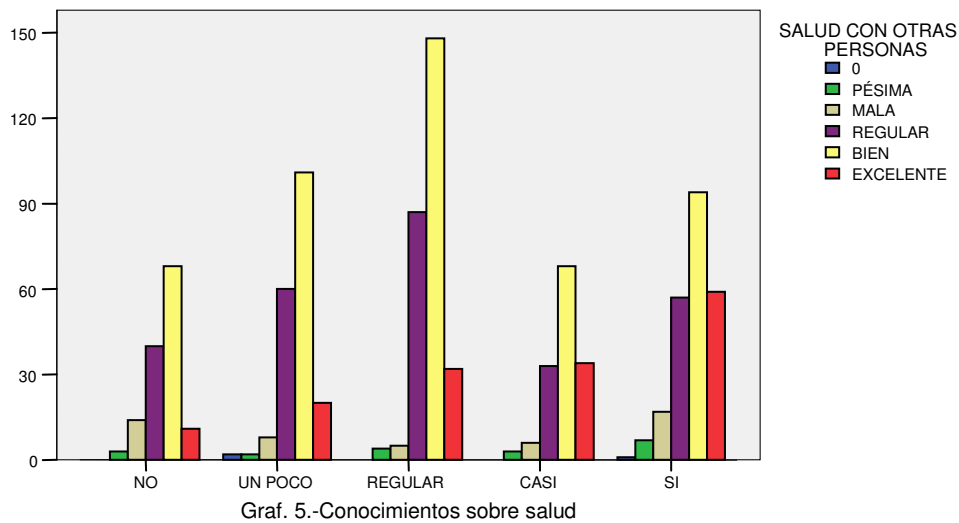
Graf. 4.- Bueno para cuidar salud

Posteriormente, de las variables ‘Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud’ en relación con ‘¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?’. Se ve en los datos de los valores estadísticos de ‘**Chi-Square**’ (.000) que existen diferencias significativas entre las variables mencionadas.

Respecto a los datos de ‘**Pearson' s R**’ se muestra un puntaje de (.003). Esto corrobora la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables el tener conocimientos sobre salud y la salud total. *Tabla 1.*

Sin embargo en la *Grafica 5* se expresa que la mayor cantidad de personas que expresan tener buena salud, solo se consideran saber de manera regular sobre conocimientos de salud y por otra parte se nota que en los casos que sí dicen tener conocimientos de salud es la mayor cantidad de personas que dicen tener una excelente salud en comparación con el resto de las opciones de respuesta de la variable, de tener conocimientos sobre salud.

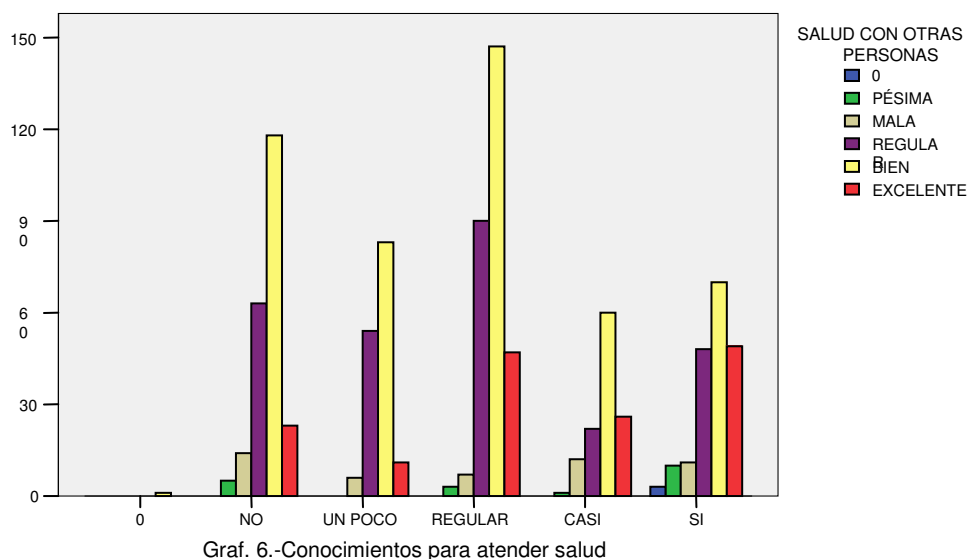




De las variables “Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades” en relación con “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?”. Y atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) se muestra que existen diferencias entre las variables denotadas como tener un alto conocimiento para atender salud, y la salud total.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.273) se muestra no existir una correlación entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

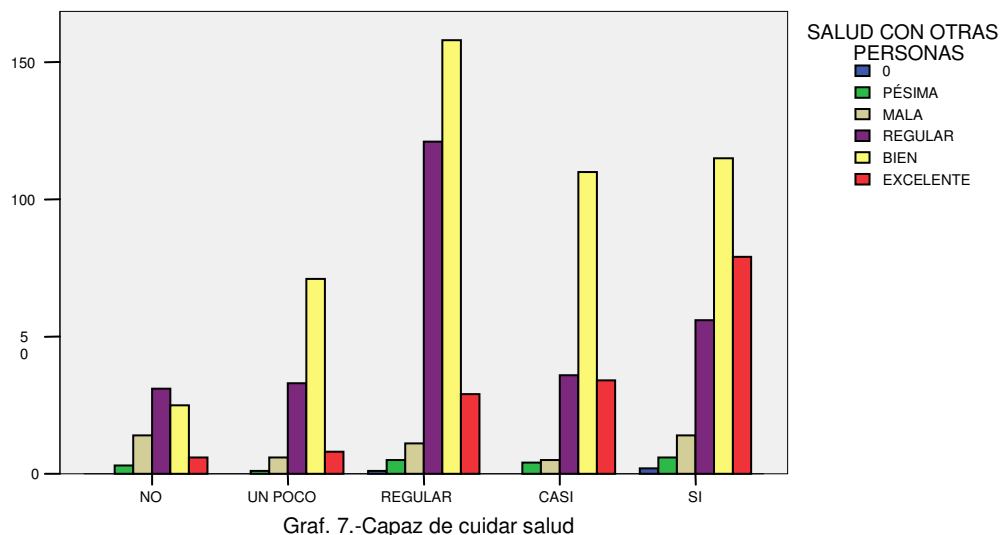
Además que en la *Grafica 6* se expresa y se afirma lo anteriormente señalando resaltando que en cualquiera de las opciones de respuestas de la variable (Conocimientos para atender salud) el mayor nivel en cantidad de personas dicen tener buena salud, incluso en el caso de los que mencionaron no tener conocimientos para atender salud; por otro lado, no se demuestra que esta variable se relaciona directamente con la idea de sentir tener excelente condición de salud.



De las variables “Soy muy capaz para cuidar mi salud” en relación con “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?”. Y atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*ser capaz de cuidar su propia salud en relación con \*el gozar de una buena salud.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.000) y “**Spearman Correlation**” (.034= .000) se muestra un puntaje de (.000). Esto corrobora la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

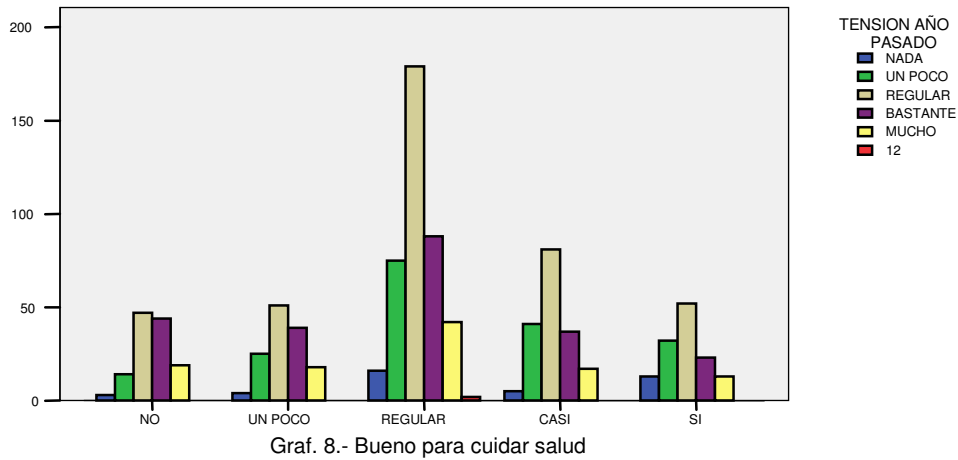
La *Gráfica 7* muestra que la mayor cantidad de personas que expresan tener buena salud, solo se consideran capaces de manera regular sobre cuidados de salud; sin embargo, se nota que en los casos que dicen sí tener capacidad sobre cuidados de salud, es la mayor cantidad de personas que dicen tener una excelente salud en comparación con el resto de la población.



AUTOEFICIENCIA (EA).- En esta misma subcategoría se consideraron las mismas 4 variables anteriores, pero en relación no con la variable de salud total sino con la variable de tensión total. Comenzando con las variables ‘Soy muy bueno para cuidar mi salud’ en relación con ‘¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?’ (EG). Se muestra con los datos estadísticos de los valores de **“Chi-Square”** (.005) que sí existen diferencias significativas con datos denotados \*el ser bueno para cuidar salud en relación con \*tensión total.

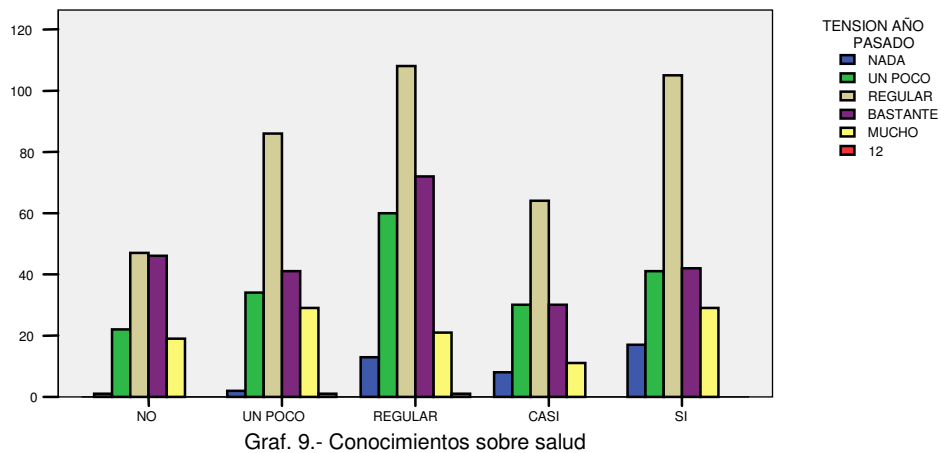
Respecto a los datos de **“Pearson' s R”**(.000) y **“Spearman Correlation”** (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

De igual manera se muestra en la *Gráfica 8* que la mayor cantidad de personas que expresan el ser bueno para cuidar salud, son la mayor cantidad de personas que no sintieron mucho de tensión o estrés.



Posteriormente, de las variables ‘Cuento con los conocimientos para cuidar mi salud’ en relación con ‘¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?’ Se muestra atendiendo a los datos de los valores estadísticos de **“Chi-Square”** (.003) que existen diferencias significativas con datos denotados \*el tener conocimientos sobre salud en relación con \*tensión total.

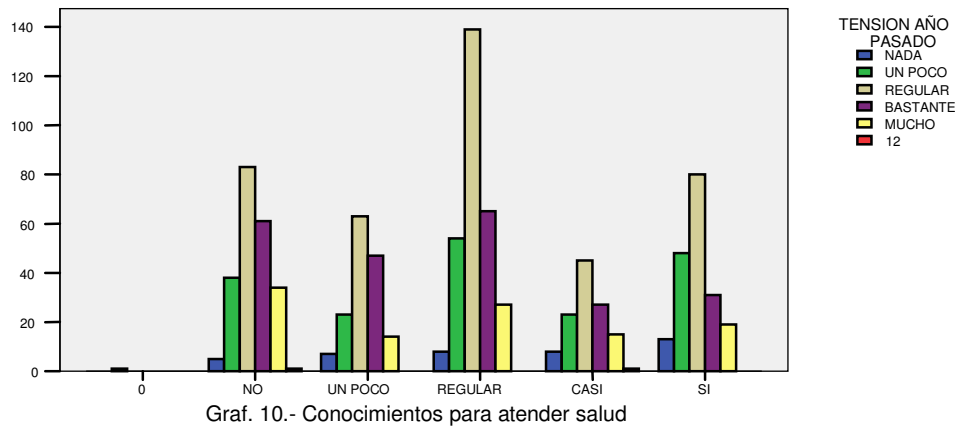
Respecto a los datos de **“Pearson' s R”**(.000) y **“Spearman Correlation”** (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla, y Gráfica 9.*



De las variables “Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?” con los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.022) se muestra que existen diferencias con datos denotados \*el tener conocimientos para atender salud en relación con \*tensión total

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.000) y “**Spearman Correlation**” (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

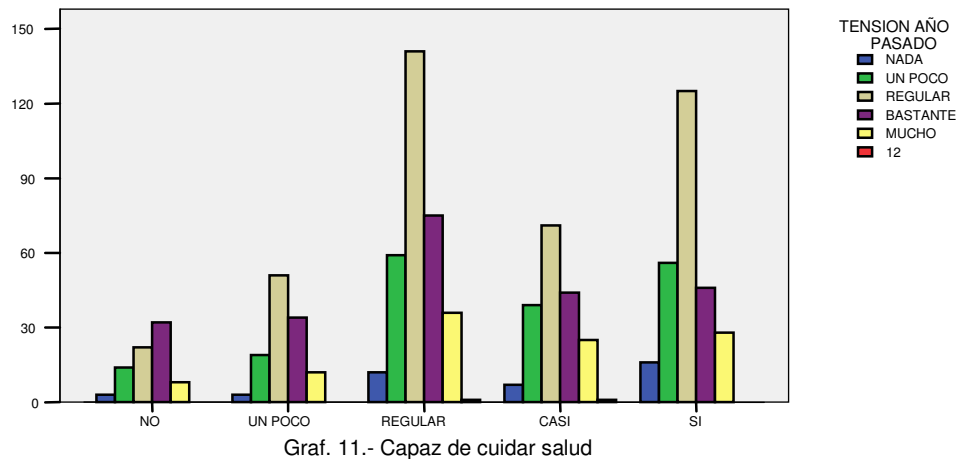
En *Gráfica 10* se muestra que la mayor cantidad de personas que expresan no tener conocimientos para atender salud, son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés; además se muestra un nivel alto de respuesta al sentirse regularmente con conocimientos para atender salud con el estar regularmente tenso.



De las variables “Soy muy capaz para cuidar mi salud” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”, con los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.078) se muestra que no existen diferencias significativas con datos denotados \*el ser capaz de cuidar de la salud en relación con \*tensión total. *Tabla 1.*

Respecto a los datos de **“Pearson' s R”**(.014) y **“Spearman Correlation”** (.004) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas.

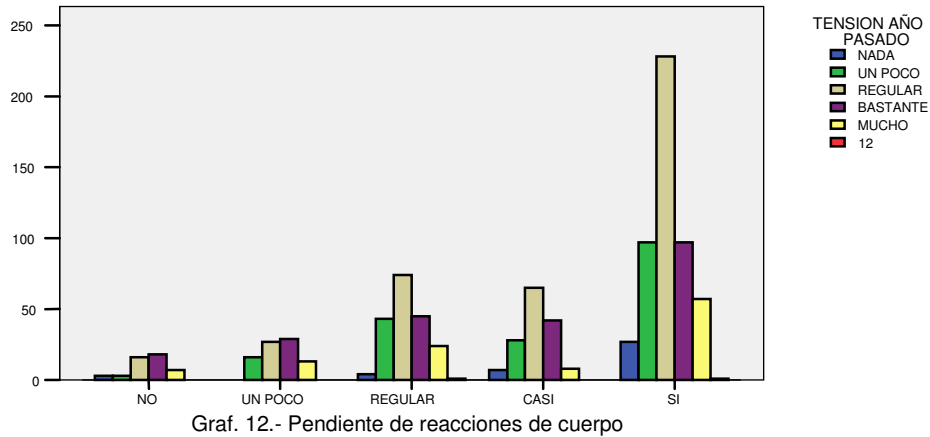
Sin embargo, se muestra en la *Gráfica 11*. que la mayor cantidad de personas que expresan el ser capaz de cuidar de la salud, son la mayor cantidad de personas que sintieron regular, y mucho de tensión o estrés, y las personas que sintieron no ser capaces de cuidar salud son las que menos tensión experimentaron en el año pasado.



VIGILANCIA SALUD (VS).- En esta otra subcategoría se consideraron 5 variables en relación con la variable de tensión total. Comenzando con las variables ‘Estoy pendiente de las reacciones de mi cuerpo’ en relación con ‘¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?’. Se muestran los valores estadísticos de **“Chi-Square”** (.006) que dice sí existir diferencias significativas con datos denotados \*el estar pendiente de reacciones del cuerpo en relación con \*tensión total

Respecto a los datos de **“Pearson' s R”**(.002) y **“Spearman Correlation”** (.002) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1*.

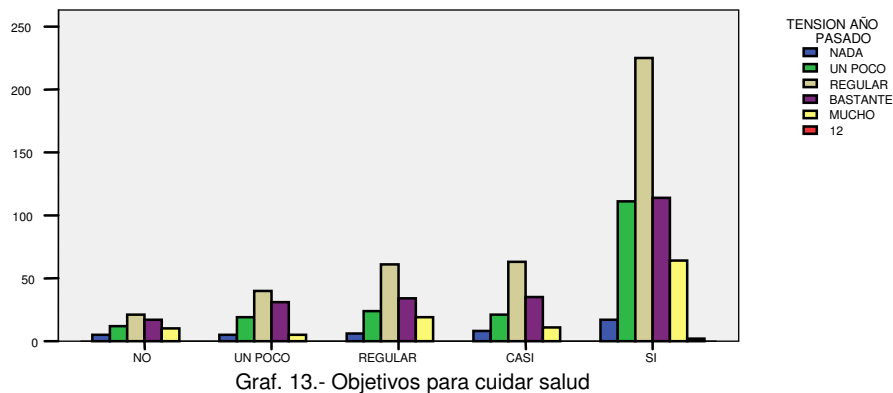
De igual manera se muestra en la *Gráfica 12* que la mayor cantidad de personas que expresan el estar pendiente de reacciones del cuerpo, son la mayor cantidad de personas que sintieron regular de tensión o estrés.



Gráf. 12.- Pendiente de reacciones de cuerpo

De las variables “Tengo objetivos para conservar mi salud” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”, se muestra atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.419) que no existen diferencias significativas con datos denotados \*el tener objetivos para cuidar salud en relación con \*tensión total.

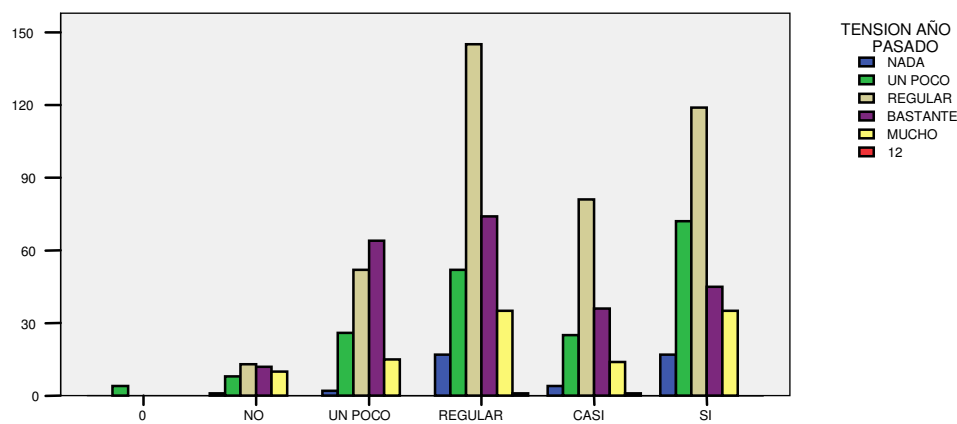
Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(.799) y “**Spearman Correlation**” (.676) Esto corrobora la afirmación de no correlación entre las variables mencionadas. *Tabla 1*, y *Gráfica 13*.



Gráf. 13.- Objetivos para cuidar salud

De las variables “Atiendo y cuido mi salud” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”, Dicen los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) que existen diferencias significativas con datos denotados \*el atender salud en relación con \*tensión total.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.01) y “**Spearman Correlation**” (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1 y Gráfica 14.*



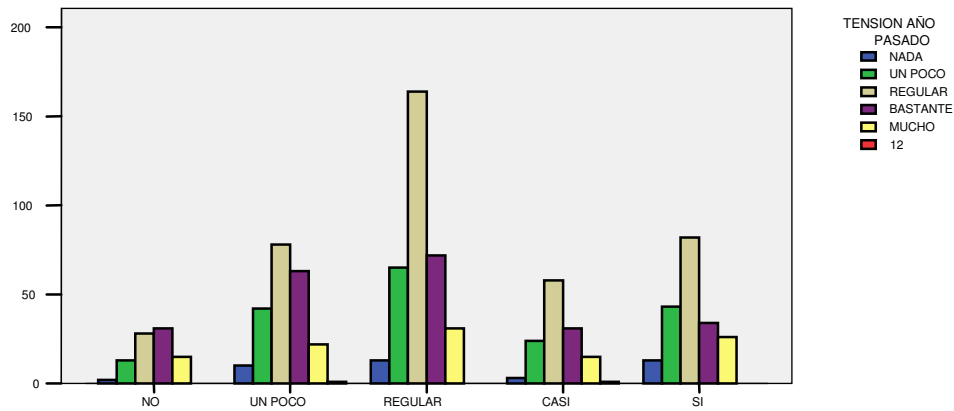
Graf. 14.- Atender y cuidar salud

De las variables “Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”, Y atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.023) se muestra que existen diferencias con datos denotados \*el atender rendimiento del cuerpo con \*tensión total

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.022) y “**Spearman Correlation**” (.011) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

De igual manera, se muestra en la *Gráfica 15* que la mayor cantidad de personas que expresan atender rendimiento del cuerpo, son poca cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés sin embargo se muestra un nivel alto de respuesta al sentirse regularmente tenso con el estar regularmente atendiendo el rendimiento del cuerpo.

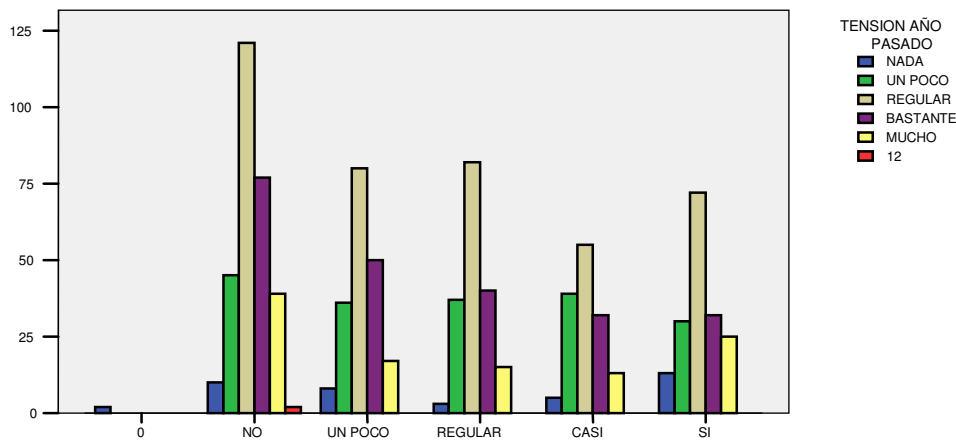




Graf. 15.- Atender rendimiento de cuerpo

De las variables “Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”, atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el anticipar problemas de salud en relación con \*tensión total

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.021) y “**Spearman Correlation**” (.025) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1 y Gráfica 16.*



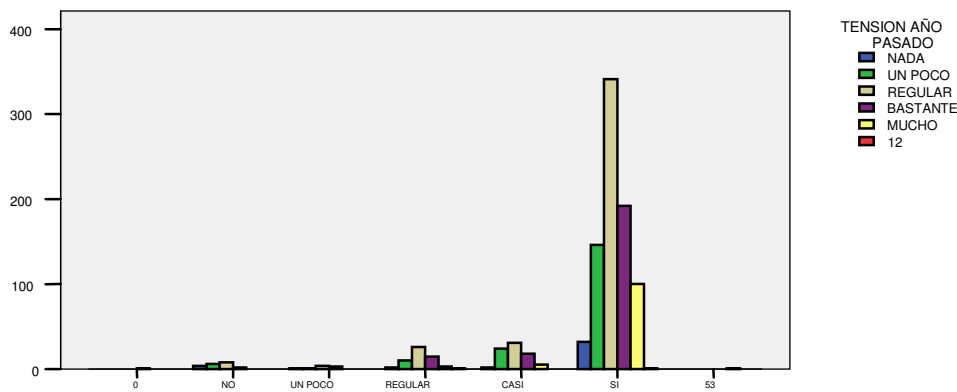
Graf. 16.- Anticipar problemas de salud

VALORES DE SALUD (VL).- En esta subcategoría se consideró a 4 variables iniciando con “Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida” en relación

con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.014) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el pensar en tener salud para conseguir propósitos en relación con \*tensión total.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.007) y “**Spearman Correlation**” (.005) Esto corrobora la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

De igual manera se muestra en la *Gráfica 17*, que la mayor cantidad de personas que expresan pensar en tener salud para conseguir propósitos son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés.

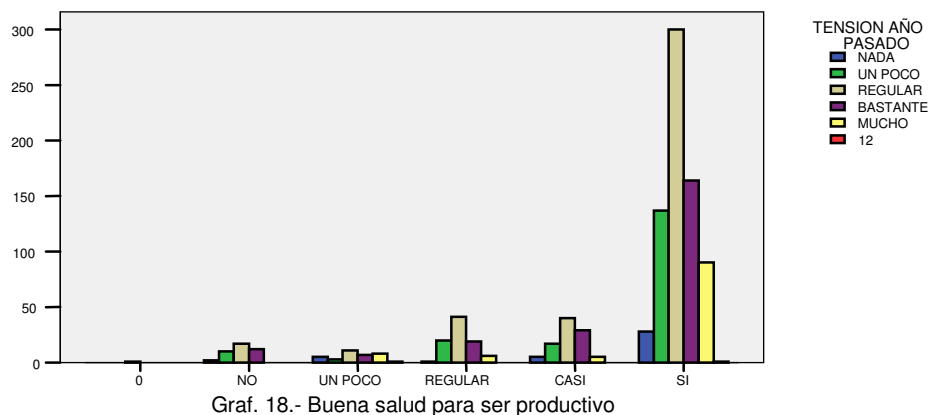


Graf. 17.- Salud para conseguir propósitos

En variables ‘Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz’ en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Tomando a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.005) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el pensar en tener buena salud para ser productivo y feliz en relación con \*tensión total.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.396) y “**Spearman Correlation**” (.297) Esto muestra ninguna correlación significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

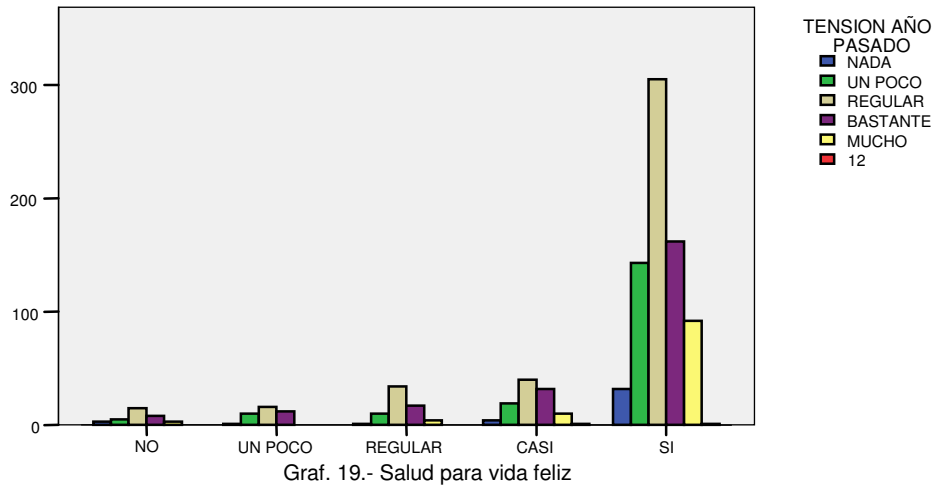
De igual manera se muestra en la *Gráfica 18*, que la mayor cantidad de personas que expresan tener buena salud para ser productivos y felices, son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés.



En variables “Tener buena salud es importante para una vida feliz” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Tomando a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.361) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el sentir tener salud para vida feliz en relación con \*tensión total

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.430) y “**Spearman Correlation**” (.888) Muestra no correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

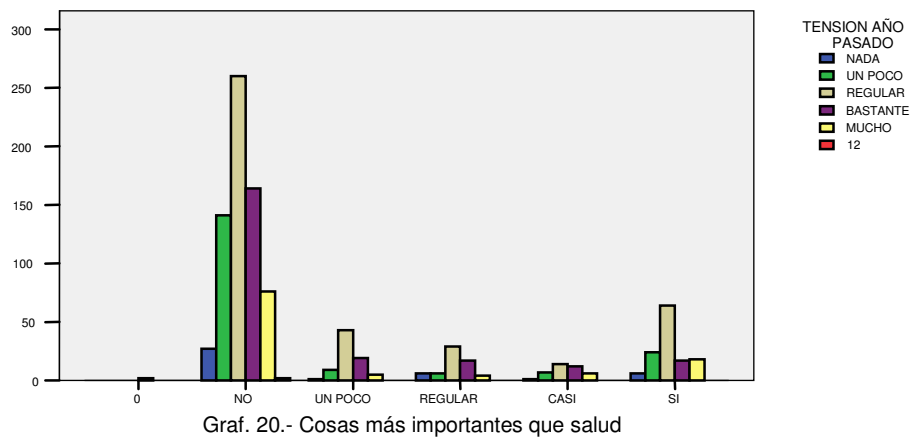
De igual manera se muestra en la *Gráfica 19*, que la mayor cantidad de personas que expresan el sentir tener salud para vida feliz, son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés.



En variables “Existen cosas más importantes que la salud” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Tomando a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.033) se muestra que existen diferencias poco significativas con datos denotados \*cosas más importantes que la salud en relación con \*tensión total

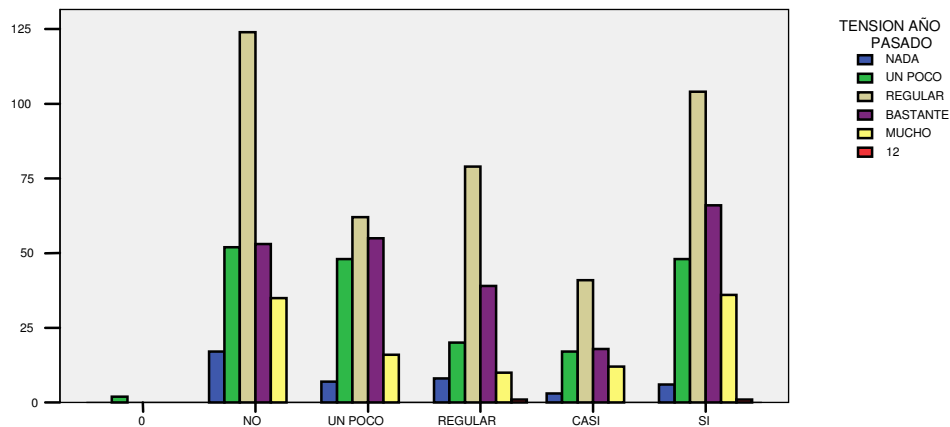
Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.598) y “**Spearman Correlation**” (.785) muestran no correlación entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

De igual manera se muestra en la *Gráfica 20*, que la mayor cantidad de personas que expresan que no hay cosas más importantes que la salud, son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés.



HIPOCONDRIA (HI).- En esta subcategoría se consideró a 4 variables primeramente las variables siguientes: “Aunque lo s médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?” Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.010) se muestra que existen diferencias con datos denotados \*el sentirse preocupado por la salud en relación con \*tensión total.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.16) y “**Spearman Correlation**” (.034) Esto corrobora la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1 y Gráfica 21.*

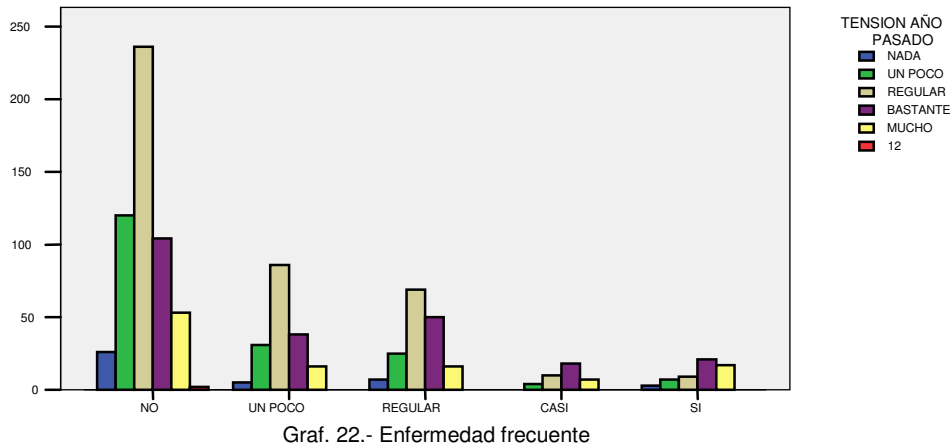


Graf. 21.- Preocupación por salud

Con las variables “Me enfermo muy frecuentemente” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Tomando a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el sentir padecer enfermedades frecuentes en relación con \*tensión total

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.000) y “**Spearman Correlation**” (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

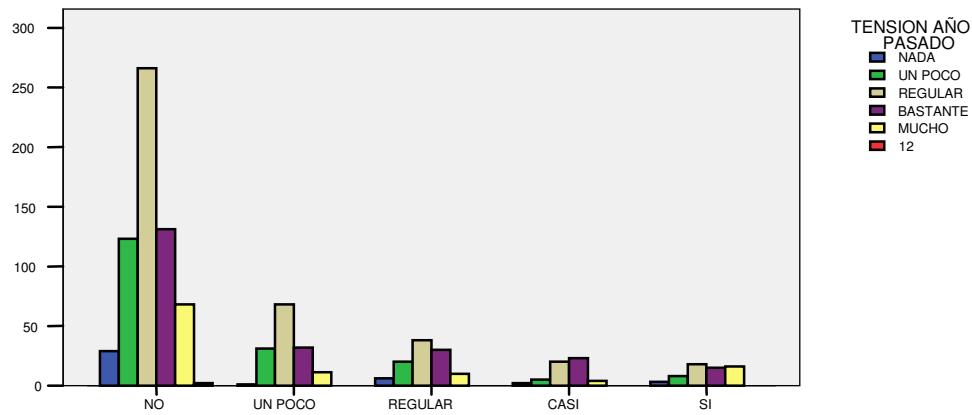
Sin embargo, se muestra en la *Gráfica 22*, que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse no propensos a enfermedades frecuentes, son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés.



Con las variables “Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad” en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Tomando a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.003) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el ser vulnerable a contraer enfermedades en relación con \*tensión total

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.12) y “**Spearman Correlation**” (.012) Esto corrobora la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1.*

Sin embargo se muestra en la *Gráfica 23*, que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse no vulnerables a contraer enfermedades, son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés.

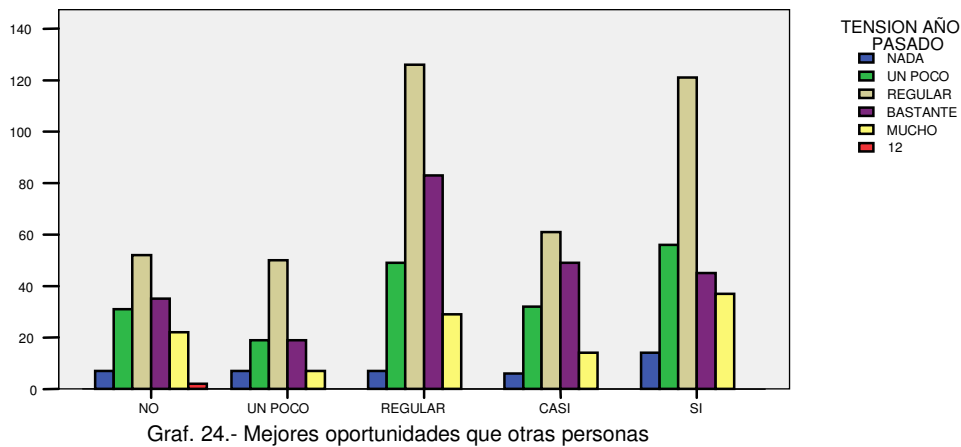


Graf. 23.- Vulnerable a contraer enfermedades

Con las variables ‘Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad’ en relación con ‘¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?’. To mando a los datos de los valores estadísticos de **“Chi-Square”** (.004) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el sentir tener mejores oportunidades en relación con \*tensión total.

Respecto a los datos de **“Pearson’ s R”**(.174) y **“Spearman Correlation”** (.393) Muestran que entre las variables mencionadas no existe correlación significativa. *Tabla 1.*

De igual manera se muestra en la *Gráfica 24*, que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse con mejores oportunidades son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho, bastante y regular de tensión o estrés al igual que las personas que estuvieron regularmente de acuerdo en tener mejores oportunidades que otras personas.

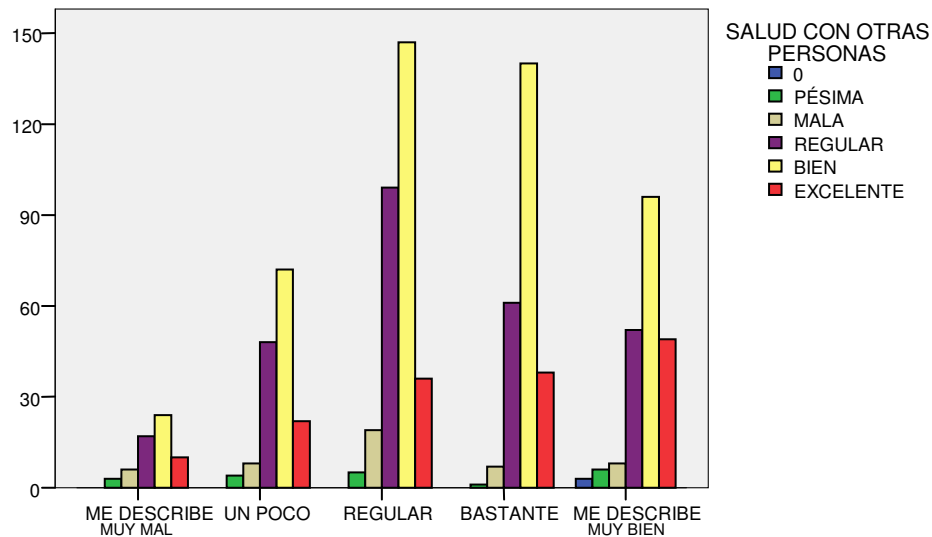


TOTAL AFRONTAMIENTO (HA).- En esta subcategoría se consideró a 6 variables. Primeramente las variables siguientes: “Acepto mis sentimientos” en relación con “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?”. Respecto a los datos entre el aceptar sentimientos y tener buena salud existe correlación positiva ya que en los valores estadísticos (.036=.005) de ‘**Pearson**’ s **R**’se muestra y se representa.

Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” se afirma la diferencia significativa con datos de (=,001). *Tabla 1.*

Asimismo en la *Gráfica 25* y a través de las barras se expresa definitivamente que en el caso de las personas encuestadas que respondieron sí ser representados por tal afirmación al igual que las que respondieron bastante y regular a dicha afirmación son la mayor cantidad de personas que dicen tener buena salud, esto a pesar de que le secunda el sentirse regular de salud en todos los casos de dicha variable mencionada en cuestión.



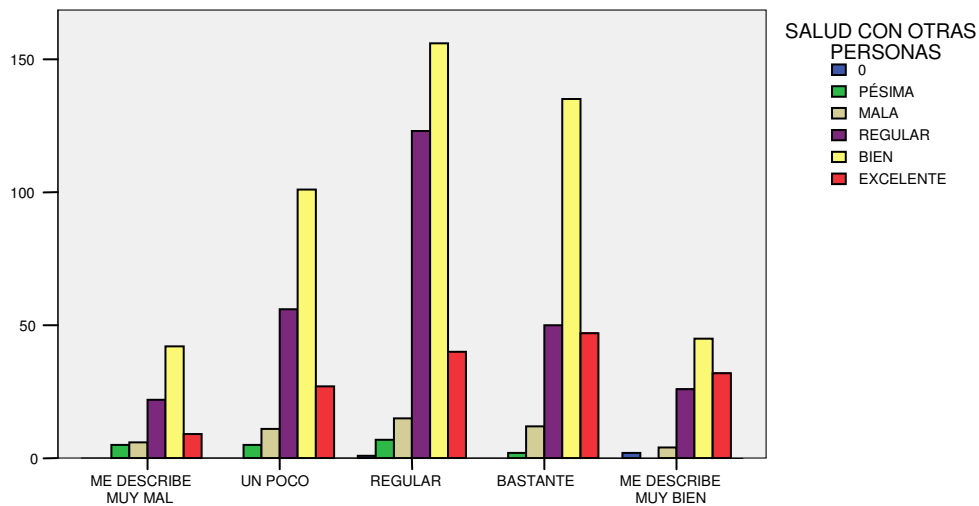


Graf. 25.- Aceptar sentimientos

En variables: “Mantengo la calma” en relación con “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?”. Respecto a los datos entre el mantener la calma y tener buena salud existe correlación positiva ya que en los valores estadísticos (.034=.000) de **“Pearson’ s R** se muestra y se representa.

Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de **“Chi-Square”** se afirma la correlación significativa con datos de (= .000). *Tabla 1.*

Asimismo en la *Gráfica 26* se expresa primeramente que son mayoría los encuestados que gozan de buena salud en cualquiera de los casos, independientemente de qué tan identificados se sienten con la afirmación de la variable (mantener la calma), por otro lado en ninguno de los casos predomina el tener excelente salud en relación con esta variable anteriormente señalada. Por último se muestra un alto índice de personas con buena salud al relacionarlo con la afirmación de mantener la calma de manera regular.

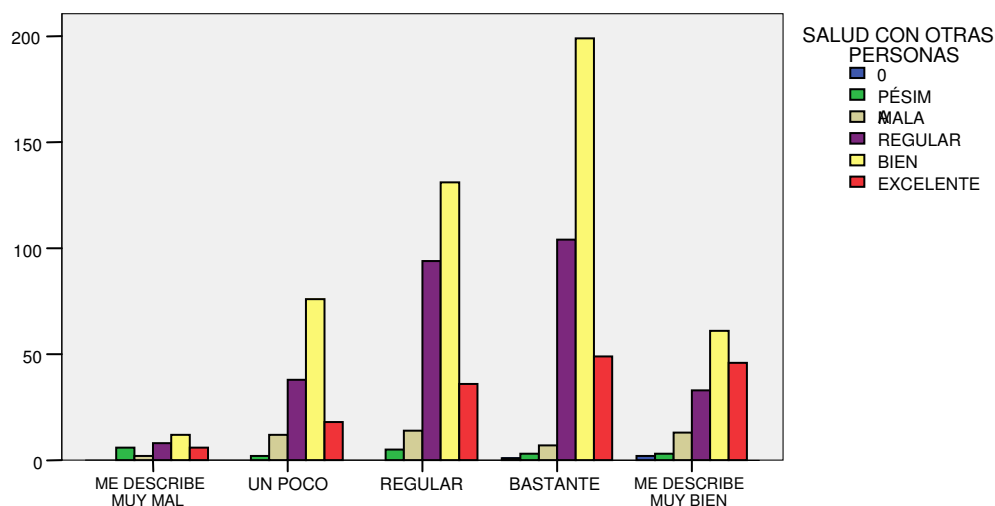


Graf. 26.- Mantener la calma

En variables: ‘Procuro controlar la situación’ en relación con ‘¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?’. Respecto a los datos entre el controlar la situación y tener buena salud existe correlación positiva ya que en los valores estadísticos de **‘Pearson' s R’**(.038=.001) **‘Spearman Correlat ion’** (.034=.001) se muestra y se representa.

Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de **‘Chi-Square’** se afirma la diferencia significativa con datos de (= .000). *Tabla 1.*

Asimismo en la *Gráfica 27* se expresa, primeramente que predominan y son mayoría los encuestados que gozan de buena salud en cualquiera de los casos independientemente de que tan identificados se sienten con la afirmación de la variable (controlar la situación), sin embargo es relevante que la mayor parte de estas personas se encuentran en la afirmación de controlar bastante la situación. Por otro lado en ninguno de los casos predomina el tener excelente salud en relación con esta variable anteriormente señalada. Esto muestra que existe de manera notoria una mayor cantidad de individuos con buena salud en relación con pensar que controlan las situaciones.

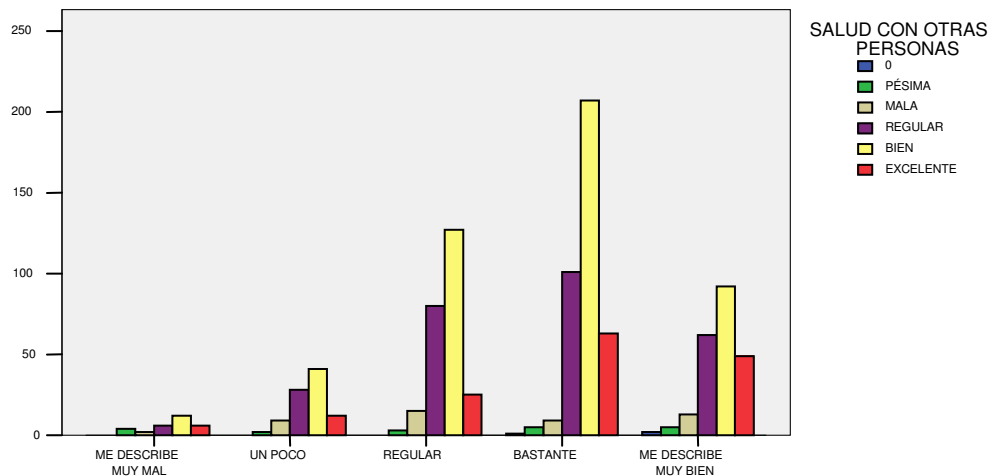


Graf. 27.- Controlar situación

En variables: ‘Trato de conocer mejor la situación’ en relación con ‘¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?’. Respecto a los datos entre el conocer la situación y tener buena salud existe correlación positiva ya que en los valores estadísticos de **‘Pearson' s R’**(.037=.010) **‘Spearman Correlation’** (.034=.010) se muestra y se representa.

Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de **‘Chi-Square’** se afirma la diferencia significativa con datos de ( $=.000$ ). *Tabla 1*

Así mismo en la *Grafica 28* se expresa primeramente que predominan y son mayoría los encuestados que gozan de buena salud en cualquiera de los casos independientemente de que tan identificados se sienten con la afirmación de la variable (conocer la situación), sin embargo es relevante que la mayor parte de estas personas se encuentran en la afirmación de conocer bastante la situación. Por otro lado en ninguno de los casos predomina el tener excelente salud en relación con esta variable anteriormente señalada. Esto muestra que existe de manera notoria una mayor cantidad de individuos con buena salud en relación con pensar que conocen las situaciones a resolver.

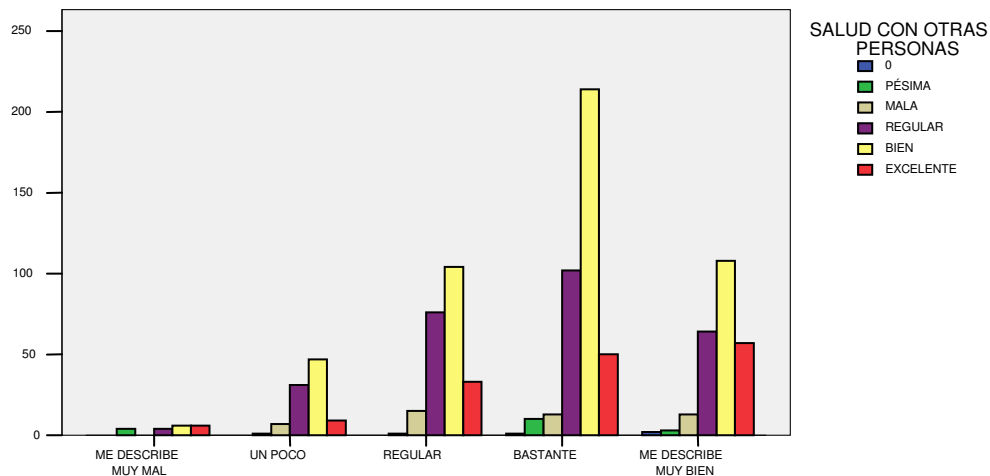


Graf. 28.- Conocer la situación

En variables: ‘Trato de sentirme mejor’ en relación con ‘¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?’. Respecto a los datos entre el tratar de sentirse mejor y tener buena salud existe correlación positiva ya que en los valores estadísticos de ‘**Pearson**’  $s R^2(.036=.016)$  ‘**Spearman Correlation**’  $(.033=.008)$  se representa.

Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de ‘**Chi-Square**’ se afirma de igual manera la diferencia significativa con datos de  $(=.000)$ . *Tabla 1*

Así mismo en la *Grafica 29* se expresa primeramente que predominan y son mayoría los encuestados que gozan de buena salud en cualquiera de los casos independientemente de que tan identificados se sienten con la afirmación de la variable (sentirse mejor), sin embargo es relevante que la mayor parte de estas personas con buena salud se encuentran en la afirmación de tratar de sentirse mejor ante estrés o tensión. Por otro lado, en ninguno de los casos predomina el tener excelente salud en relación con esta variable anteriormente señalada. Esto muestra que existe de manera notoria una mayor cantidad de individuos con buena salud en relación con pensar que hay que tratar de sentirse mejor ante estrés o tensión.

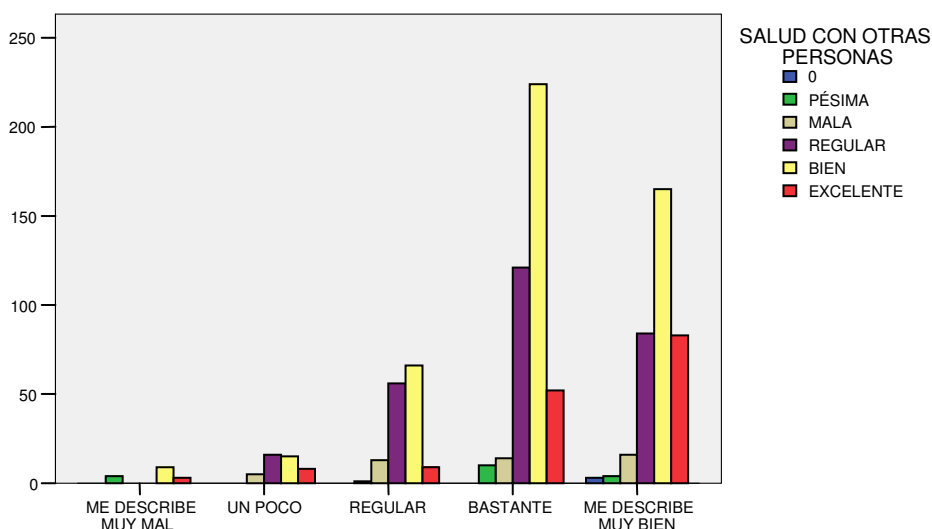


Graf. 29.- Sentirse mejor

En variables: ‘Trato de solucionar mis problemas’ en relación con ‘¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?’. Respecto a los datos entre el resolver problemas y tener buena salud, existe una alta correlación positiva ya que en los valores estadísticos de **‘Pearson’ s R** (.037=.000) **‘Spearman Correlation’** (.033=.000) se representa.

Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de **‘Chi-Square’** se afirma, de igual manera, la diferencia significativa con datos de (= .000). *Tabla 1*

Asimismo en la *Gráfica 30* se expresa primeramente que la mayor parte de las personas que tienen buena salud, mantienen una relación con las afirmaciones de ‘bastante’ y ‘me describe muy bien’ en relación con el resolver problemas. De igual manera las personas que les describe muy bien el resolver problemas son las que tienen mayor cantidad de personas con excelente salud en comparación con el resto de los niveles.

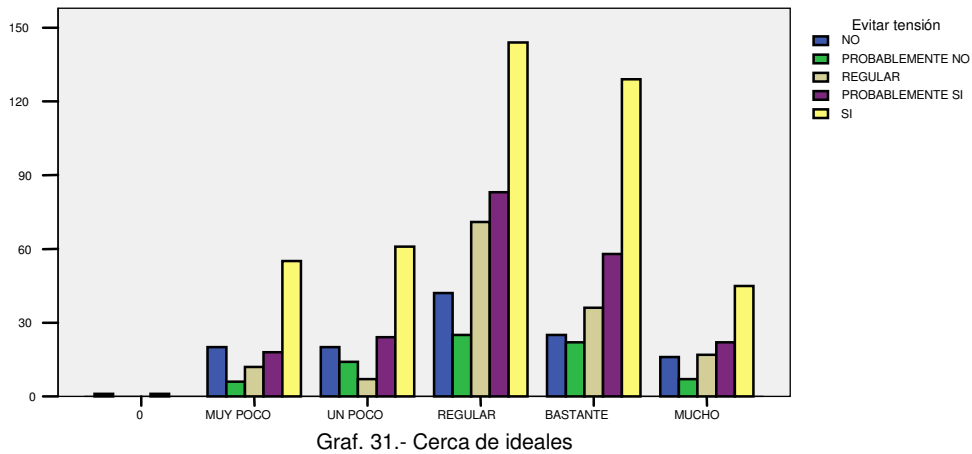


Graf. 30.- Solucionar problemas

SATISFACCIÓN DE VIDA (SV).- En esta subcategoría se consideró a 4 variables primeramente las variables siguientes: “¿Que tan cerca ha estado de sus ideales?” en relación con “¿Evitar ponerse tenso?” Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.020) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el sentirse cerca de los ideales en relación con \*evitar tensión.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.456) y “**Spearman Correlation**” (.689) Muestra no existir correlación entre las variables mencionadas. *Tabla 1*

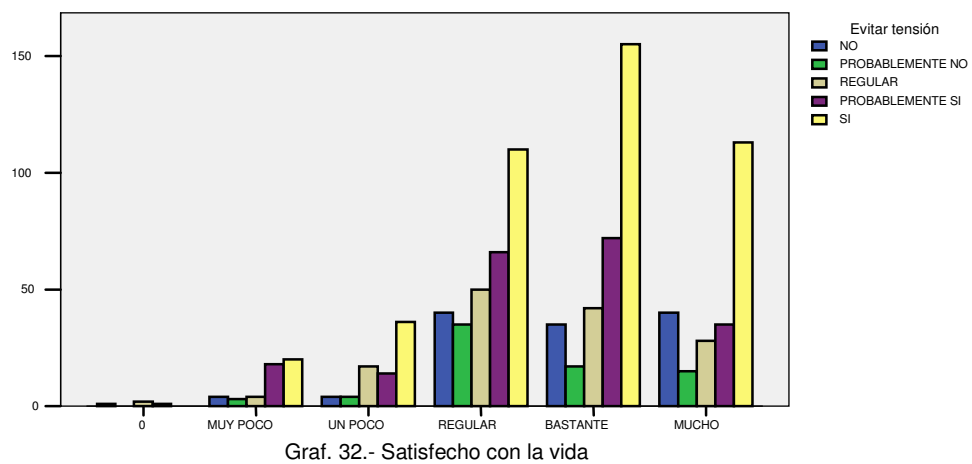
De igual manera, se muestra en la *Gráfica 31* que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse regular y bastante cerca de los ideales son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho el evitar tensión o estrés.



Asimismo con “¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?” en relación con “¿Evitar ponerse tenso?”, se muestra en los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) que existen diferencias significativas.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.941) y “**Spearman Correlation**” (.193) se muestra no existir correlación significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1*

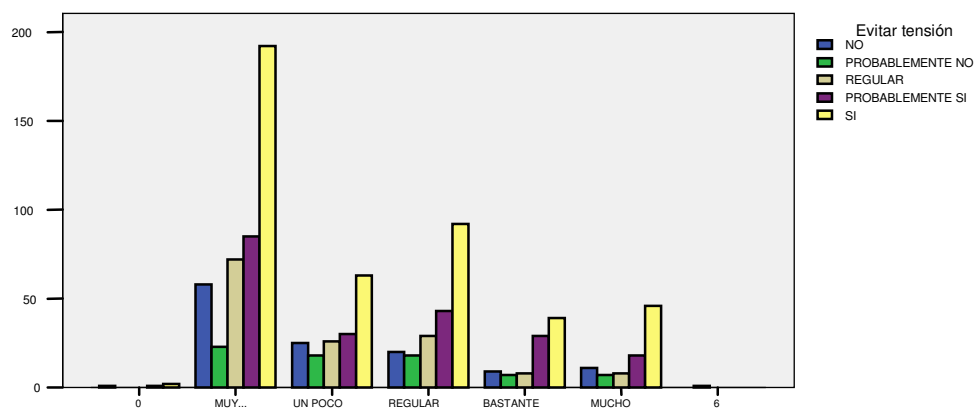
Sin embargo, en *Gráfica 32* se muestra de manera relevante que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse regular, bastante y mucho de satisfechos con la vida son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de evitar tensión o estrés.



Con “¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?” en relación con “¿Evitar ponerse tenso?”, se muestra con los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.050) que no existen diferencias significativas.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(.269) y “**Spearman Correlation**” (.413) esto corrobora la afirmación de no correlación entre las variables mencionadas. *Tabla 1*

De igual manera, se muestra en la *Gráfica 33* que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse muy poco insatisfechos con la vida son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho el evitar de la tensión o estrés.



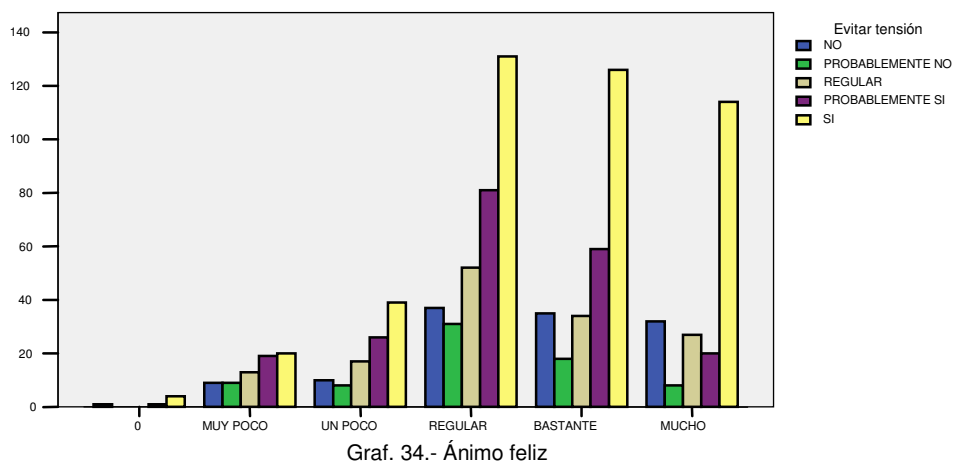
Graf. 33.- Insatisfecho con la vida

Con “¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?” en relación con “¿Evitar ponerse tenso?”, se muestra con datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.001) que existen diferencias significativas con datos denotados.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(.064) muestran no existir correlación entre las variables en cuestión y “**Spearman Correlation**” (.003) muestra la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1*



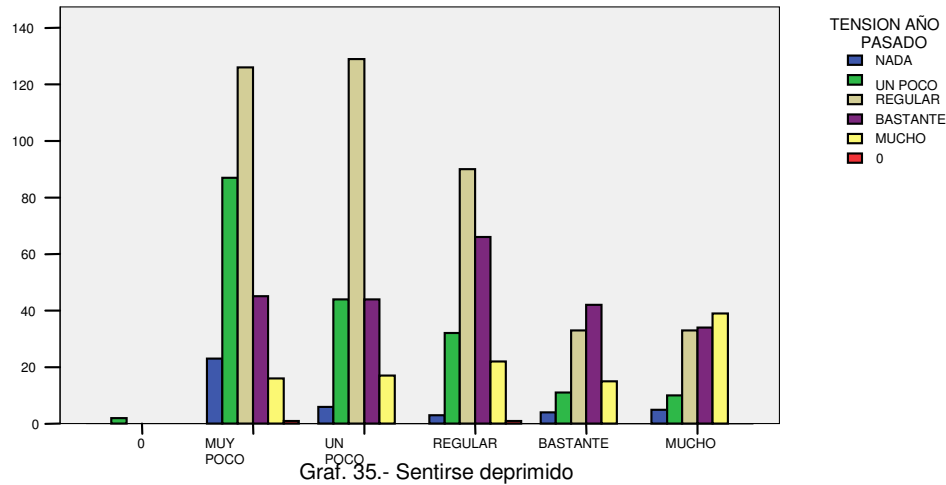
De igual manera, se muestra en la *Gráfica 34* que la mayor cantidad de personas que expresan tener ánimo feliz de manera regular, bastante y mucho son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho el evitar de tensión o estrés.



**CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO (CA).**- En esta última subcategoría se consideró solo 1 variable: “¿Se ha sentido deprimido?” primeramente en relación con “¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?” Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el sentirse deprimido en relación con \*tensión total.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.000) y “**Spearman Correlation**” (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación positiva significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1*

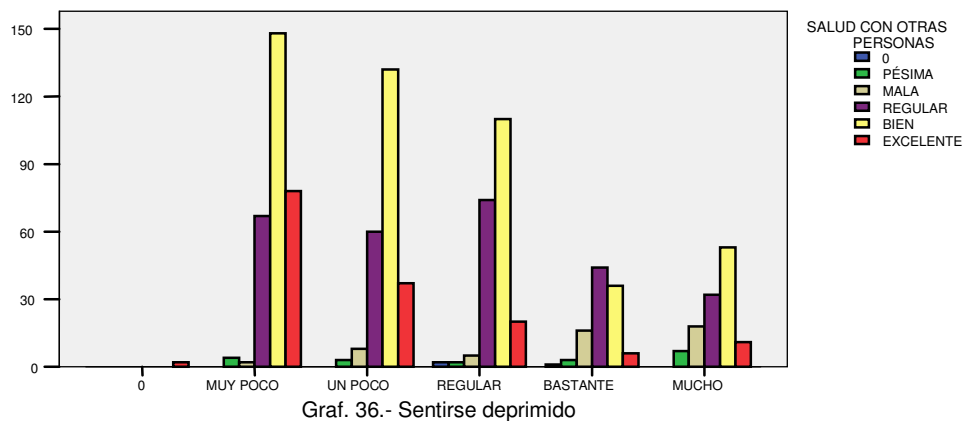
De igual manera, se muestra en la *Gráfica 35* que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse deprimidos, son la mayor cantidad de personas que sintieron mucho de tensión o estrés, sin embargo se muestra un nivel alto de respuesta al sentirse regularmente tenso con el estar muy poco, un poco y regularmente deprimido.



Asimismo se considero la variable: “¿Se ha sentido deprimido?” en relación con “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?”. Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.000) y “**Spearman Correlation**” (.000) esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1*

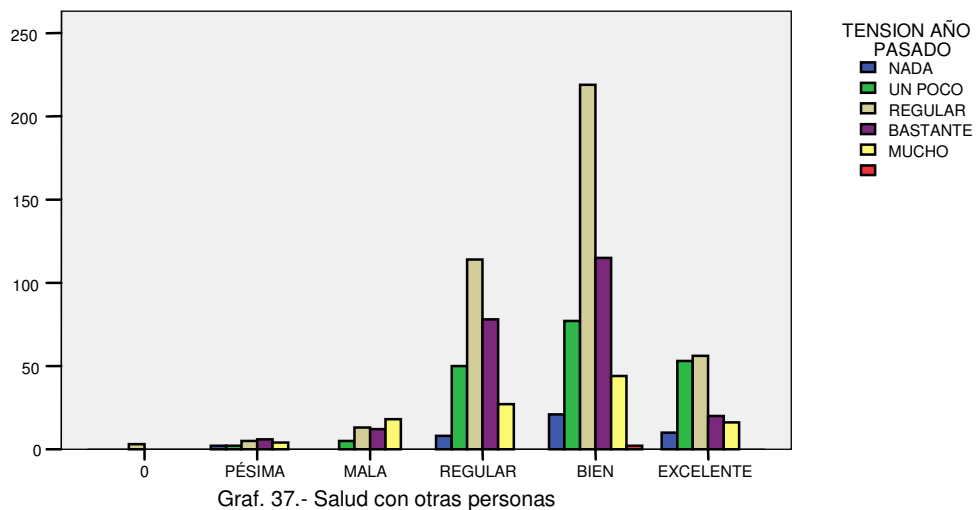
De igual manera, se muestra en la *Gráfica 36* que la mayor cantidad de personas que expresan muy poco o un poco sentirse deprimidos, son la mayor cantidad de personas que sintieron excelente, buena y regular salud.



Y por último y en relación a las categorías ESTRÉS GLOBAL (EG) y SALUD TOTAL (ST) La correlación de las variables “¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?” y “¿E l año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?”. Atendiendo a los datos de los valores estadísticos de “**Chi-Square**” (.000) se muestra que existen diferencias significativas con datos denotados \*el sentirse con salud en relación con \*tensión total.

Respecto a los datos de “**Pearson' s R**”(0.000) y “**Spearman Correlation**” (.000) Esto corrobora la afirmación de una correlación negativa significativa entre las variables mencionadas. *Tabla 1*

De igual manera, se muestra en la *Gráfica 37* que la mayor cantidad de personas que expresan sentirse con regular, buena o excelente salud, son la mayor cantidad de personas que no manifiestan el sentir mucho de tensión o estrés.



## Capítulo VI

### ANÁLISIS DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hoy por hoy, la salud implicada en lo biológico y lo psicológico justifica la existencia de la psicología de la salud y su búsqueda de verdades funcionales para todos aquellos los que pertenecemos a este mundo.

Como ya también se mencionó anteriormente nuestra labor aquí, es como psicólogos, y en este caso, en lo específico a la Salud es la investigación; de esta forma se justifica que existe el interés de continuar exponiendo puntos en relación con cuestiones como Salud, Psicología, Calidad de vida y, en este caso, el mundo de las creencias y cogniciones en relación con los mismos.

Retomando los datos contenidos en este trabajo de tesis, mostraré con justificantes teóricos y con resultados estadísticos de las correlaciones detectadas como las creencias sustentadas en cogniciones que modulan una buena o mala calidad de vida en los participantes de la misma; evidentemente esto hace posible pensar que con la muestra utilizada para esta investigación se definen conclusiones más amplias que pueden pertenecer a otras muestras similares.

Primeramente expondré datos efectuados, los cuales muestran el tipo de correlación que existe entre las variables respectivas; serán mostradas al orden que están en la tabla estadística las cuales se encuentran así, simplemente con la intención de sintetizar los datos para poder así, posteriormente, exponer mis conclusiones en relación con las mismas.

Todas estas correlaciones, especificadas por variables y sus datos estadísticos respectivos se encuentran en la *Tabla 1*, señalada continuamente en el capítulo anterior.

De las 37 correlaciones que se efectuaron en esta investigación se obtuvo aproximadamente el 70% de correlaciones significativas, “positivas o negativas” con un valor menor a (.05); de estas correlaciones podríamos comenzar a mencionar las siguientes

De la subcategoría “Autoayuda AA” en relación con la subcategoría “Salud total ST” solo se consideró la variable *evitar tensión* en relación con *salud total*, tomando en cuenta los resultados del capítulo anterior se muestra una correlación positiva muy significativa lo

cual nos hace decir que mientras más se evita el estar tenso o estresado, más salud existe o más saludable se siente.

De la subcategoría “Cambios de estado de animo CA” en relación con la subcategoría “Salud total ST” se consideró la variable *sentirse deprimido* en relación con *salud total* y con la subcategoría y a la vez variable *tensión total*; del primer caso los datos nos hacen decir que mientras más se experimenta depresión, menos saludable se siente; esto es porque en esta correlación las variables muestran una correlación negativa, por el contrario, en el caso restante se muestra una correlación positiva lo cual nos hace decir que mientras más se siente depresión, más tensión y estrés se puede manifestar.

A continuación tomaré en cuenta de la categoría *CREENCIAS Y ACTITUDES SALUDABLES* la subcategoría “Autoeficiencia EA” en relación con las ya mencionadas variables de *salud total* y *tensión total*, de las variables siguientes, primeramente se puede decir que sí se es bueno para cuidar la salud, más salud se siente, ya que de estas variables la correlación estadística fue positivamente significativa; del mismo modo, con una correlación positiva se dice que mientras más conocimientos de salud existen, más probable es sentirse estar saludable; además, mientras más capacidad se siente para cuidar su propia salud más saludable se puede estar. Ahora bien, de esta misma subcategoría relacionada con la *salud total* se tomarán en cuenta variables, pero con la variable *tensión total*, de lo cual primeramente comento que sus correlaciones respectivas resultaron negativas; por lo tanto hace decir que mientras más conocimientos se pueden tener sobre salud, menos tensión se siente; del mismo modo, mientras más conocimientos se tienen para atender sus propias enfermedades menos tensión se puede manifestar, además, y afirmando lo anterior mientras más bueno se siente alguien para cuidar su salud, menos tensión puede existir y esto, a su vez, lleva a más salud biológica y psicológica.

De esta misma categoría y tomando en cuenta las variables de la subcategoría “Hipocondría HI” en relación con la variable *tensión total* y siendo correlaciones significativamente positivas se puede decir que el sentirse vulnerable a contraer enfermedades puede provocar mayor tensión o estrés; del mismo modo, mientras más preocupación exista por la salud,

más tensión se puede sentir y mientras más se siente alguien padecer enfermedades, con frecuencia más tensión se manifiesta.

De esta misma categoría y tomando en cuenta la variable de la subcategoría “Valores de Salud VL” en relación con la misma variable *tensión total* y siendo una correlación significativamente positiva, se dice que mientras más se siente que es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida, más tensión se puede experimentar.

Asimismo, de la subcategoría “Vigilancia Salud VS” y correlación con *tensión total* estadísticamente como negativamente significativas se dice que mientras más pendiente se está de las reacciones del cuerpo, menos tensión puede existir; al igual que mientras más atención y cuidados existen en relación con la propia salud, menos tensión puede manifestarse; del mismo modo, mientras más se siente el atender el rendimiento del cuerpo, menos tensión puede haber y mientras más es posible sentirse capaz de anticipar los problemas de salud menos tensión se siente tener.

Por último, tomando en cuenta la subcategoría “Total afrontamiento HA” en relación con la *salud total*, siendo estas correlaciones significativamente positivas, se dice que mientras más se intenta o se trata de solucionar los problemas cuando se puede estar bajo estrés o tensión, más salud puede haber; asimismo, mientras más puede mantenerse la calma en condiciones estresantes, más salud produce; al igual que mientras más se intenta sentirse mejor de condiciones estresantes, más salud existe; por otro lado, afirmando, mientras más se procura controlar la situación, más salud puede resultar. Del mismo modo, mientras más se intenta saber y conocer mejor la situación que provoca la sensación estresante, más salud puede resultar, por tanto, mientras más se aceptan los sentimientos más salud se siente.

La última correlación que se toma en cuenta en esta parte, es con la intención de sintetizar con las dos variables de correlación constante a las subcategorías anteriormente mencionadas, las cuales pueden decir como correlación significativamente negativa que mientras más salud biológica se siente, menos tensión existe, de tal forma existe más salud psicológica.

Haciendo referencia de los datos mencionados se puede, primeramente, comentar de manera veraz que la salud psicológica y psicosocial mucho refieren a las condiciones del buen o mal estado biológico del individuo, y tomando en cuenta a Struve, (1981), se agrega

la idea ancestral de los griegos de ‘Mente sana en cuerpo sano’ haciendo factible, a su vez, las consideraciones ancestrales de las creencias de salud existentes en la actualidad. Es en lo actual en donde vemos ciertamente que todas las creencias tomadas en cuenta en esta investigación, que serán analizadas enseguida, son creencias que afirman que la salud existe tanto en sentido biológico, como psicológico; es decir, en medida de no haber salud psicológica no existe una salud biológica, y de manera inversa.

Por otra parte, dentro de este marco de la calidad en salud biológica a partir de la salud psicológica y en medida de poder eliminar los factores estresantes, se ve apoyado en los resultados de esta investigación que el evitar el estrés minimiza problemas de salud; si bien cabe mencionar, estos factores estresantes generalmente vienen de creencias disfuncionales, de emociones erróneas y de pensamientos, en general, que mal conducen a problemas ya vistos en reacciones del cuerpo, Domínguez (1998) menciona la existencia de disciplinas especializadas en este tipo de situaciones. La psiconeuroinmunología especializada en las respuestas psicobiológicas es, probablemente, la disciplina más eficiente en este tipo de investigación, la cual provee a la psicología de la salud de los elementos teóricos para poder trabajar la salud ‘mental’ en beneficio de la salud ‘física’.

Las emociones, ya comprobado y mencionado por Grau Abalo J. (1998), Bayés R., (2000), y Goleman D. (1998) son un determinante fundamental que ejerce influencia en la salud, y no dicho como que las emociones dañen el cuerpo; sino que estas emociones pueden provocar rasgos estresantes que a su vez van directamente a cambios físicos ya muy bien definidos, como el asma, la artritis, dolores de cabeza hasta problemas cardiacos. Goleman D. (1998), y Lazarus R. (1988)

Dentro del campo de la investigación en relación con los problemas cardiacos, se descubrió por Goleman D. (1998), que las actitudes optimistas y pesimistas fundadas en las creencias y cogniciones Lau Richard R. (1997) de los sujetos encuestados repercutieron en un mayor número de muertes, es decir, los sujetos pesimistas se inclinaban más a padecer de problemas de salud conducentes a morir, esto coincide con los datos de esta investigación en donde se muestra una correlación negativamente significativa en donde se dice que mientras más factores depresivos existen menos salud biológica se siente, y por posibilidades lógicas es más probable llegar a finales fatales.

Esto a su vez hace coincidir la correlación entre el estar deprimido y estar estresado, lo cual muestra ser positivamente significativa, es decir, la depresión (emociones) provoca a su vez estrés psicológico.

Si bien, la parte central de esta investigación basada en los aspectos cognitivos y creencias de salud-enfermedad y con la utilización de las correlaciones efectuadas en esta investigación de la categoría del instrumento Ramírez, M. y Cortés, (2000), precisamente llamada *creencias y actitudes saludables* hace concluir y estando especificado en el instrumento, que la Autoeficiencia del individuo resulta ser fundamental en un sentido de salud conductual; es decir, las conductas de Autoeficiencia positivas (llegadas de creencias y cogniciones positivas) promueven mejor salud y menor tensión, esto a su vez se suma como Salud psicológica y biológica.

Asimismo, el ser bueno y sentirse capaz para el cuidado de su salud y el conducirse a tener conocimientos sobre salud nos resulto positivamente significativo en relación con tener también buena salud. A su vez, mientras más conocimientos sobre salud y para atender sus propias enfermedades existen, además de sentirse ser capaz o bueno para cuidar su propia salud, menos estrés y tensión se padece.

Retomando ligeramente lo comentado con anterioridad, en relación con las investigaciones de creencias optimistas y pesimistas, Goleman D. (1998), y como correlaciones significativamente positivas, se muestra en los resultados que el sentirse vulnerable a las enfermedades, preocuparse y creer ser propenso a padecer enfermedades frecuentemente, nos muestran ser variables significativas para incrementar estados tensos y estresados. De esto se puede comentar que además de ser creencias o actitudes pesimistas se pueden considerar realmente como dirían Ellis, A. y Grieger, R. (1977), a estos últimos como ideas erróneas, pensamientos irracionales.

Por el contrario, se muestra en los resultados de la subcategoría “Vigilancia de la Salud”, estados tensos reducidos, en relación con las variables mencionadas como el estar pendiente de reacciones del cuerpo, estar atentos y cuidadosos del rendimiento del cuerpo y de su propia salud, además de, el sentirse capaz de prevenir los problemas relacionados con la salud. Esto reafirma lo dicho por Goleman D. (1998), en el sentido de que la actitud y creencias positivas y optimistas decrementan los niveles de estrés del individuo.



Igualmente, hablando de creencias y pensamientos positivos, el tratar de solucionar los problemas cuando se puede estar bajo estrés promueve estados de salud más elevados, a esto llamado ya en terapia cognitivo-conductual como la reestructuración de pensamientos erróneos Oblitas (2004) menciona que son técnicas o enfoques eficientes para el cambio de conductas de la salud. Al igual que mantener la calma, intentar sentirse mejor, procurar controlar la situación, aceptar sentimientos y saber o conocer mejor la situación que provoca estados estresantes. Este último, como lo dice Oblitas (2004) es inclusive parte fundamental de la intervención terapéutica en la terapia cognitivo-conductual.

Evidentemente, como lo dice el (C.O.P.) estas ideas, creencias, cogniciones, pensamientos, actitudes nocivas en la salud, han sido constantes al paso de la historia, de ello solo se puede decir que conforme a la época respectiva, solo se han modificado en el sentido de la posibilidad de ser creídas; es decir, las creencias en relación con la salud inicialmente se enfocaban a cuestiones de divinidades, evidentemente porque no había posibilidades de una reestructuración cognitiva, fundamentada en este beneficio implícito de recuperar la salud a partir de una disciplina dedicada a ello. Al paso del tiempo, en medida de los fenómenos socio-históricos, las posibilidades de fundamentarlo ahora en creencias religiosas, de culpas, pecados y castigos, se fueron desarrollando disciplinas dedicadas al manejo de la salud, primeramente biológica y posteriormente psicológica, en contra de estas malas creencias como que los enfermos mentales estaban poseídos por el demonio Rosen, (1985), gracias a esto la psicología de la salud, y la psicología clínica pueden insertarse en la corrección de ideas en muchos casos influenciadas por religiosidad en ambientes terapéuticos en este caso con TCC las cuales intentan en muchos casos educar, fomentar, inducir al individuo a conocer más funcionalmente su entorno y así de este modo adecuar su realidad a creencias funcionales y cogniciones positivas en medida de mejorar su calidad de vida en relación con la salud.

Ya hablando de calidad de vida la (UNESCO), (citado en Setién, 1993) define en 1976 ‘la Calidad de Vida’ como un concepto más general y más amplio que el nivel de vida o el bienestar, los cuales son percibidos como condiciones de la Calidad de Vida; es decir, no solo se relevan los elementos de bienestar económico y se agregan a éste a una multidimensionalidad ya que comprende múltiples facetas, las cuales, al ser evaluadas, necesitan ser explicadas claramente.

Al respecto pudiera agregar que, evidentemente, existen condiciones económicas, sociales y biológicas (salud) para obtener una buena calidad de vida, sin embargo, cabe resaltar que en algunas ocasiones la salud no es necesariamente una prioridad para algunas familias o personas; el goce y la gratificación pueden ser metas igualmente importantes y algunas personas pueden entregarse a comportamiento riesgoso, aún estando plenamente concientes de las posibles consecuencias Poisin P. (1999).

Mallman (1975; citado en Setién, 1993), dice que la calidad de vida se refiere al nivel de satisfacción percibida en el individuo; es por ello que existe realmente una intención bien definida por parte de la psicología de la salud en fomentar, como ya se había mencionado antes, comportamientos saludables bajos de riesgos, y pensamientos (cogniciones) funcionales, independientemente de la población plácida en arriesgar sus condiciones de salud.

Por otra parte, estas creencias nocivas en relación con la salud, o mejor dicho en función al quehacer de la disciplina médica me hacen recordar que desde el renacimiento existe una creencia que ha tomado forma en los últimos años. El miedo y la desconfianza al sistema médico, al médico y a la medicación. Illich, 1978 cit. en Jaspers (1988), por causa de las terapias de electrochoques y la lobotomía utilizadas como métodos de cura para las enfermedades mentales técnicas muy usadas hasta relativamente hace muy poco tiempo, Jaspers, (1988), también medicamentos como la Talidomida usado como tranquilizante y cuyos efectos en mujeres en los primeros meses de gestación causó infinidad de malformaciones fetales. Esta creencia basada en la desconfianza se fundamenta en que muchos de los problemas de salud se deben al uso político de la salud, incluyendo en esto aspectos económicos como el beneficio de la industria farmacéutica; esto visto en el continuo fomento a la medicación viendo a las medicinas casi como remedios mágicos que curan de manera inesperada desde la impotencia hasta la depresión. Jaspers, (1988).

En relación a este justificante económico de la deficiencia en el campo de la salud pública también cabe mencionar que la calidad y condición de vida determinan la salud-enfermedad colectiva. Blanco (1994), refiere que ciertamente "la clase social de pertenencia determina, en un sentido general, las condiciones de existencia, la salud-enfermedad expresada según la clase social a la que pertenecen los individuos y depende, en gran medida, de sus particulares *condiciones de vida* y de trabajo". Es decir, la salud, ciertamente sí puede ser a

distintos niveles a partir del nivel social del individuo, ya que esto repercute de manera directa en varios sentidos, tales como, acceso a reestructurar y a construir ideas positivas de salud, comportamientos y facilidades sociales que lo promuevan, y afirmativamente, una serie de cogniciones, creencias y actitudes positivas no relacionadas directamente con la salud que promueven y solucionan problemas que indirectamente van a repercutir a corto, mediano y largo plazo en términos de salud.

Bayes, R. (2000) y García, (2002) mencionan que en medida de la deficiencia del sector salud en los niveles sociales no tan favorecidos, se provoca y se muestra una falta de adherencia al tratamiento, aunque esto no solo se justifica desde las mencionadas situaciones surgidas del Renacimiento sino también desde Hipócrates, con el incumplimiento de las indicaciones médicas. Ferrer, V.A. (1995).

Esta falta de adherencia es un punto más de trabajo en la disciplina médica y de la psicología de la salud, por su puesto que debiera de trabajarse con todos estos fundamentos de la TCC y quizás echando mano de lo necesario para que no solo en un plano individual, lo cual funciona muy bien con estas técnicas de reestructuración cognitiva, sino también en un sentido más colectivo sobre programas sociales de salud que inviten a la población a reestructurar sus ideas, creencias y/o cogniciones para poder así tener mejores niveles de salud, e inherente a ello mejor calidad de vida.

Ciertamente de manera más conclusiva, las creencias en los individuos al paso de la historia han sido las que promueven y desmeritan la calidad de vida en el individuo, desde una condición en lo individual y social. Es por ello que reafirmo la relevancia de la disciplina psicológica en conjunto con la medicina sustentada como “psicología de la salud” la cual en su área clínica tiene elementos como la TCC que funciona eficientemente en el manejo de tratamientos en relación con la salud, y mucho de ello en medida de poder contrarrestar las creencias que al paso del tiempo solo han dejado vestigios de salud mental en nuestras sociedades. Existen muy pocos caminos eficientes como el de la TCC en pro de la salud, es por ello que es preciso señalar que las investigaciones en torno a los problemas colectivos relativos a la calidad y condición de vida, como determinantes de la salud-enfermedad colectiva vistos desde las ciencias sociales siguen y deberían seguir en construcción tanto teórica como metodológica.

Ya que por esta línea de investigación social se pueden hacer aportaciones para la comprensión de los procesos de salud-enfermedad colectivos indispensables para la obtención de un estado de salud universal.

Por esto, considero que el planteamiento del proceso de salud-enfermedad como un problema no está en la construcción teórica-metodológica que los autores pudieran plantear, sino que para analizar el objeto de estudio ‘la determinación de la salud-enfermedad a través de la calidad y condiciones de vida’ se viaja a través de una red interminable de teorías, de conceptos y categorías sociales; tomándolas así de otras ciencias como la epidemiología, la salud pública, la antropología, la psicología, la biología, etc.

La dificultad no está en explicar la determinación de la salud-enfermedad de manera teórica a través del paso de lo biológico a lo social, sino cómo operacionalizarlas, es decir, como llevar dichas teorías a la realidad y con resultados factibles. Toda la teorización y sus variables para diagnosticar y determinar los procesos de salud-enfermedad colectivos en un mundo donde la injusticia social es preeminente, el desarrollo de la Medicina Social y la Psicología de la Salud como parte de las ciencias médicas o sociales, podrá contribuir a definir mejor los marcos referenciales sobre los cuales la sociedad moderna conquistará mejores niveles, condiciones, calidad y estilos de vida y, por ende de salud.

Al paso de esta investigación, y con el objetivo de tener elementos que promuevan los mejores niveles, condiciones y estilos de vida, se hace uso de instrumentos eficientes como el utilizado en la presente, del cual se puede comentar que se obtuvieron resultados vastos y eficientes en donde se detectan claramente las variables que modulan la calidad de vida fundamentando éstas en la idea de ser cogniciones llevadas como creencias de salud-enfermedad, lo cual sustenta la relación entre la calidad de vida dentro de un marco de salud y el área cognitiva del individuo.

## REFERENCIAS

- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine*. Nueva Cork. Norton.
- Álvaro, J. L. (1996). *Torregrosa J.R Psicología Social Aplicada*. “Psicología social de la salud, psicología social ambiental, psicología social en la educación, psicología social de las relaciones intergrupales, psicología social del tiempo libre”. España Ed. McGraw Hill.
- Amigo Vázquez I, Fernández C, Pérez M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Madrid. Editorial Martínez Roca.
- Barros, M., Plata R. E. (2002). Proyecto Escuelas de Enfermería de la CICAD en Reducción de la Demanda de Drogas, Integración Social y Promoción de la salud en América Latina. In: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. *Memorias "Salud Integral y Substancias Psicoactivas"*. Bogotá (Colombia). Abril 2002.
- Bayés, R. (2000). Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: S. Yubero S, Larrañaga E. (eds.) *SIDA: Una visión multidisciplinar*. Castilla-La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Bayes, R. (1988). *Modulación psicológica de la respuesta inmunológica*. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter Vol.4, Cáp. 1 pág.7-29.

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Health Educ. Monogr. Cáp. 2 pág. 10-24.
- Becoña, E., Vázquez, F.L. y Oblitas, L. A. (2000). Psicología de la Salud; Antecedentes, Desarrollo, estado actual y perspectivas. En: L. A. Oblitas y E. Becoña (Eds.). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdés.
- Beneit, P. J. (1994). Conductas de salud. En: Latorre JM, Beneit PJ. *Psicología de la salud*. 3ª ed. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- Benowitz, N. (1988). Safety and toxicity of nicotine. Social and economic aspects of reduction of tobacco smoking by use of alternative delivery systems (ANDS). San Francisco (CA); September 1988.
- Bishop. G. D. (1997). *Health psychology: Integrating mind and body*. Singapore: Allyn y Bacon.
- Blanco Gil, J y Orlando Sáenz (1994). *Espacio Urbano y Salud*, Colección Fin de Milenio, Serie Medicina Social, Universidad de Guadalajara, México.
- Blanco Gil, J. et.al., (1997). Calidad de vida, p.153-193. Docto fotocopiado. En: Eibenschutz, R (coord.) *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la ciudad de México*, tomo I, Economía y Sociedad en la Metrópoli, UAM-X, Gpo. Editorial Porrúa, México.
- Bowling, A. (1995). *What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life*. Social Science and Medicine, 41,1447-1462.

Brown, I., Renwick, R. et al. (1996). The centrality of quality of life in health promotion and rehabilitation. In R. Renwick, et.al. (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation (3-13)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Caballo, V. (1986). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.

Caballo, Vicente E. (1991) *La terapia racional emotiva: una conversación con Albert Ellis* en *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*. Ed. Siglo XXI España. Sexta parte, Cap. XX pp. 475-487.

Coe, R. M., (1984). *Sociología de la medicina* Alianza, Madrid.

Colegio Oficial de Psicólogos. C.O.P. (2005). Disponible en:  
<http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica.htm>.

Cotler, y Guerra, (1976) *Evaluación de habilidades sociales*. México: Siglo XXI.

Coulanges, F., (1983). *La ciudad antigua*. Porrúa, México.

Day, H y Jankey. S (1996). Lessons from the literature: Toward a holistic model of quality of life. In R. Renwick, et.al.(Eds.), **Quality of life in health promotion and rehabilitation (39-62)**. Thousand Oaks, CA: Sage.

De Gortari, E., (1980). **La ciencia en la historia de México**. Grijalbo, México.

De la Fuente, R. (1961). *Los especialistas y la salud mental*. Gaceta Médica de México No. 11, Cap 4.

- Domínguez TB, Montes J. (1998). *Psicoimmunología: Procesos psicológicos, inmunosupresión y efectos en la salud*. México D.F.: Facultad de Psicología UNAM.
- Donker, F.J. (1991) *Medicina conductual y psicología de la salud*. En: G. Buela-Casal y V.E. Caballo (comps), K. *Manual de Psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.
- Ebrahim, S (1995). **Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement**. In: Social Science and Medicine, Vol. 41, No. 10, pp. 1383-1394.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1977). *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Enciclopedia Encarta (2000) *Historia de la Salud*.
- Fernández Del Valle J. (1996). *Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida*. En: Buela G, Caballo V, Sierra JC (eds). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.
- Ferrer VA. (1995). *Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados*. Rev. Psicol.. Salud Vol. 7(1):35-61.
- Fineberg H. (1988). *Education to prevent AIDS: prospects and obstacles*. Science; 239: 592-596.
- Fishbein M, Ajzen I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley Publishing.



Flórez L, Hernández L. (1998). *Evaluación del estilo de vida*. Bogotá: Boletín Electrónico Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

Foucault, M., (1990) *La vida de los hombre infames*. La piqueta, Madrid.

Foucault, M., (1991). *Saber y verdad*. La piqueta, Madrid.

Foucault, M., (1990). *Un dialogo sobre el poder*. Alianza, Madrid.

García D, Ortiz Muñoz J. (2002). *Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. (Revisión teórica)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

García, R. (1997) *Evaluación Psicológica: Fundamentos básicos*. España: Promolibros P.113.

Gernet, L., (1981). *Antropología de la gracia antigua*.

Goldfried, Marvin R. (1995). *Aplicación de la reestructuración racional a los trastornos de ansiedad en De la terapia cognitivo conductual a la psicoterapia de integración*. Ed. Desclée de Brouwer. España. pp. 91-108.

Goleman D. (1998). *La inteligencia emocional*. 3ra. Ed. Buenos Aires: Javier Vergara Editor SA.

Gómez Sancho M. (1998). *Cómo dar malas noticias en medicina*. Madrid: Arian S.A.

Gómez, D. y Saburido, X. (1996). *Salud y prevención: Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*. Universidad de Santiago de Compostela. España, Cap. 9.

Gómez, M. Sabhe, y E. (2000) *Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la comunidad.* Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://www.usal.es/inicio/investigación/invesinicio/calidad.html>.

Gomis, J., (1993). *Calvino, una vida por la reforma.* Planeta, Barcelona.

Graham, D.T., Ster, J.A. y Winokur, G. (1958). Experimental investigation of the specificity hypothesis in psychosomatic disease. *Psychosomatic Medicine, Cap 20.*

Grau Abalo J. (1998). *Estrés, salud y enfermedad.* Material docente para la Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP.

Grau J, Chacón M. (2001). *La muerte y las actitudes ante la muerte. Una revisión.* La Habana: INOR.

Grau, J. y González, U. (1998). *Ética, Calidad de Vida y Salud.* Revista de Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones. Nueva Época. Cuba.

Gutiérrez Estévez, M., (1988). *Mito y ritual en América.* Alhambra, Madrid.

Hale, J. R., (1986). *La Europa del renacimiento.* Siglo XXI, Madrid.

Helman C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença.* 2ª ed. Porto Alegre(RS): Artes Médicas.

Hochbaum GM. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study.* Washington, D.C.: US Government Printing Office, PHS publicación Nª 572.

Jaspers, K., (1988). *La práctica médica en la era tecnológica.* Gedisa, Madrid.

- Kamen, H., (1992). *El siglo de hierro*. Alianza, Madrid.
- Kaplan, R.M. y Anderson, J.P. (1996). The general health policy model: An integrated approach. In B. Spilker (Ed.), **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials** (309-322). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Kelly, J. (1987). *Entrenamiento de las habilidades*. España: Descleé de Brower.
- Kirscht JP. (1974). *The health belief model and illness behavior*. Health Educ Monogr; Cap.2: 387-408.
- Lau Richard R. (1997). Cognitive representations of health and illness. En: **Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants**. New York: Plenum Press: 51-67.
- Lazarus R. (1988). *Vulnerabilidad y resistencia individuales al estrés psíquico*. En: **Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud**. Kalimo R, El Batawi, Cooper M. Ginebra: OMS.
- Leidy, N.K. (1994). **Functional status and the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical framework**. Nursing Research, 43, 196-202.
- Linn, S.J. & Garske, J.P. (1988). Psicoterapias Contemporáneas: Modelos y Métodos. Cap 8. Bilbao: Desclee de Brower.
- Macía A., Mendez C. Y Olivares., (1996). Intervención conductual en contextos comunitarios. “Intervención comportamental y prevención”. México Edit. Pirámide. Cap. 1.
- Man, G., (1989). *El renacimiento*. Esparsa-Calpe, Madrid.

- Meeberg, G.A. (1993). **Quality of life: A concept analysis.** Journal of Advanced Nursing, 18, 32-38.
- Mollat, M., (1988). *Pobres, humildes y miserables en la edad media.* FCE, México.
- Montaño D, Danuta Kasprzk, Taplin S. (1997). The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. En: *Health Behavior and Health Education.* 2 ed. San Francisco: Jossey- Bass Publishers: 85-111.
- Morales Calatayud F. (1997). *Introducción a la psicología de la salud.* Hermosillo: Ed. UNISON.
- Moreno, B. Ximénez, D. (1996) *Evaluación de la Calidad de Vida.* En Buela Casal, Caballo, J. (EDS) *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de Salud, S. XXI; España.*
- Mount, B.M. & Cohen, S.R. (1995). **Quality of life in the face of life-threatening illness: What should we be measuring?** Current Oncology, 2, 121-125.
- Murillo, M. (1996). *La Calidad de Vida en el enfermo neoplástico.* En González, B., Ordóñez., A., Feliz, J. Zamora, P y Espinosa, E. (EDS), (1996) *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer.* España: Panamericana.
- Oblitas, L. (2004) *Conductas de la salud en Psicología de la Salud y Calidad de Vida.* Cap.3. Ed. Internacional Thomson Editores, México.
- Organización Panamericana de la Salud, (1994). **Condiciones de Salud en las Américas,** Vol. I, No. 549.

- Padilla, G.V., Grant, M.M., et al., (1996). Quality of life-Cancer. In B. Spilker (Ed.), **Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials**, (301-308). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Páez, D. y P. Insúa, (1991). “Cognición social: procesamiento de la información y representación del mundo social”, en Agustín Echebarría, *Psicología social sociocognitiva*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Petit, P., (1982). *Historia de la antigüedad*. Labor, Barcelona.
- Phares, E.J. (1999). Evaluación conductual en *Psicología Clínica: Conceptos, métodos y práctica*. Cap. 9. México: El manual moderno.
- Pires Stuart T. (1997). Respuesta psicológica del paciente con cáncer tras la comunicación del diagnóstico (disertación). La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Poisin P. (1999). *Aspectos relacionados con la salud y los estilos de vida: significados atribuidos por el vulgo a la salud y a las conductas saludables*. In: *Salud y enfermedad*. Universidad de Antioquia. Salud y enfermedad. Medellín-Colombia.
- Poss, J. E. (2001). Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing the health belief model and the theory of reasoned action. *Adv Nurs Sci*; 23: 1-15.
- Pullen C, Noble S, Fiandt K. (2001). Determinants of health-promoting lifestyle behaviors in rural older women. *Family and Community Health*; 24: 49-73.
- Ramírez, G. (1998). *Propuesta de un modelo de Calidad de Vida: las apreciaciones subjetivas desde un enfoque psicosocial en las amas de casa*. Tesis de Psicología no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Edo, de Mex, México.

- Ramírez, M. y Cortés, (2000). “Funcionamiento de Salud” *Instrumento de evaluación sobre calidad de vida*
- Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1980). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
- Rodríguez J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Marín J. (1995). *Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas*. En: *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Ed. Síntesis:144-60.
- Rodríguez Marín J. (1995). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En: *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Ed. Síntesis.
- Rodríguez Marín J., (1991). Psicología social y psicología de la salud. “Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad”, Barcelona PPU.
- Rodríguez, M. y Márquez, S. (1994) *Solución de problemas y toma de decisiones*. México: Manual Moderno.
- Roemer, M. I., (1980). *Perspectiva mundial de los sistemas de Salud*. Siglo XXI, México.
- Rosen, G., (1985). *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI, México.
- Rosenstock I, Strecher V. (1997). The Health Belief Model. En: *Health Behavior and Health Education*. 2 ed. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.
- Rosenstock IM. (1990). The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (editores). *Health behavior and*

- health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers. p. 39-62.
- Roth E. (1990). *Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual*. Rev Latinoam Psicol; 22: 38-57.
- Sank, L. y Shafer, C. (1991). *Manual del terapeuta de terapia cognitivo-conductual*. España: Descleé de Brower.
- Setién, M. (1993). *Indicadores Sociales de Calidad de Vida. Un sistema de Medición aplicado al país Vasco*. España, Siglo XXI.
- Shivelbusch, W., (1995). *Historia de los estimulantes*. Anagrama, Barcelona.
- Sigerist, H. E., (1987). *Civilización y enfermedad*, FCE, México.
- Stone (1999). *Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo*. La Habana: Ed. Científico Técnica.
- Struve, V. V., (1991). *Historia de la antigua Grecia*, Aral, Madrid.
- Tarcotte, P. (1982) *Calidad de Vida en el Trabajo: Antiestés y Creatividad*. México Trillas.
- Weinberger M, Greene JY, Mamlin JJ, et al. (1981). Health beliefs and smoking behavior. Am J Public Health; 71: 1253-1255.
- Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. **Health Psychol**; 17: 290-299.
- Wolpe. J. (1980). **Práctica de la terapia de la conducta**. México: Trillas.

## ANEXOS

No.	Variable 1	Variable 2	X <sup>2</sup>	gl	Pearson	Value	Spearman	Value
1	Evitar tensión	Salud total	.000	20	.000	.115	.000	.118
2	Evitar tensión	Tensión total	.000	20	.685	.013	.383	-.028
3	Sentirse deprimido	Tensión total	.000	25	.000	.291	.000	.321
4	Sentirse deprimido	Salud total	.000	25	.000	-.286	.000	-.279
5	Bueno para cuidar salud	Salud total	.000	20	.000	.245	.000	.259
6	Conocimientos sobre salud	Salud total	.000	20	.003	.095	.000	.113
7	Conocimientos para atender propias enfermedades	Salud total	.000	25	.273	.035	.023	.072
8	Capaz de cuidar salud	Salud total	.000	20	.000	.198	.000	.220
9	Conocimientos sobre salud	Tensión total	.003	20	.000	-.015	.000	-.013
10	Conocimientos para atender propias enfermedades	Tensión total	.022	25	.000	-.120	.000	-.126
11	Capaz de cuidar salud	Tensión total	.078	20	.014	-.078	.004	-.091
12	Bueno para cuidar salud	Tensión total	.005	20	.000	-.141	.000	-.150
13	Vulnerable a contraer enfermedades	Tensión total	.003	20	.012	.081	.012	.080
14	Preocupación por salud	Tensión total	.010	25	.016	.077	.034	.068
15	Mejores oportunidades que otras personas	Tensión total	.004	20	.174	-.043	.393	-.027
16	Enfermedad frecuente	Tensión total	.000	20	.000	.156	.000	.164
17	Estar satisfecho con la vida	Evitar tensión	.000	20	.941	.002	.193	.042
18	Insatisfecho con la vida	Evitar tensión	.050	24	.269	.035	.413	.026
19	Estar cerca de ideales	Evitar tensión	.020	20	.456	.024	.689	.013
20	Ánimo feliz	Evitar tensión	.001	20	.064	.059	.003	.095
21	Solucionar problemas	Salud total	.000	20	.000	.132	.000	.151
22	Mantener la calma	Salud total	.000	20	.000	.126	.000	.129
23	El sentirse mejor	Salud total	.000	20	.016	.077	.008	.085
24	Controlar la situación	Salud total	.000	20	.001	.103	.001	.102
25	Conocer mejor la situación	Salud total	.000	20	.010	.082	.010	.083
26	Aceptar sentimientos	Salud total	.001	20	.005	.089	.001	.104
27	Salud para vida feliz	Tensión total	.361	20	.430	.025	.888	.005
28	Salud para conseguir propósitos	Tensión total	.014	30	.007	.086	.005	.091
29	Cosas más importantes que salud	Tensión total	.033	25	.598	-.017	.785	-.009
30	Buena salud para ser productivo	Tensión total	.005	25	.396	.027	.297	.033
31	Pendiente de reacciones de cuerpo	Tensión total	.006	20	.002	-.101	.002	-.099
32	Objetivos para cuidar salud	Tensión total	.419	20	.799	.008	.676	-.013
33	Atender y cuidar salud	Tensión total	.000	25	.001	-.105	.000	-.128
34	Atender rendimiento de cuerpo	Tensión total	.023	20	.022	-.073	.011	-.081
35	Anticipar problemas de salud	Tensión total	.000	25	.021	-.074	.025	-.072
36	Dejar pasar el tiempo	Salud total	.474	25	.630	-.015	.637	-.015
37	Salud total	Tensión total	.000	25	.000	-.149	.000	-.166

**Tabla 1.-** Valores estadísticos tomados de las correlaciones respectivas entre variables de las categorías del instrumento.



**PERFIL PSICOLOGICO DE SALUD INTEGRAL**

**INSTRUCCIONES**

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque sus respuestas **con una cruz** en los cuadros numerados.  
Sus respuestas no se consideran como correctas o incorrectas,  
**LE SOLICITAMOS RESPONDA SIN PENSAR DEMASIADO Y CON LA MAYOR VERACIDAD.**

*Solo marque un número para cada respuesta*

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

*Le agradecemos su interés y cooperación*

Marque con una cruz

SEXO  masculino  femenino EDAD \_\_\_\_\_

¿Qué servicio médico utiliza?

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
----------	------------	--------------	-----------------	-------------	---------

**SALUD FISICA**

1.- La última vez que se enfermó, ¿cómo describiría su enfermedad? (marque un número)

1 media	2 moderada	3 seria	4 muy seria
---------	------------	---------	-------------

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

**Pésima    Mala    Regular    Bien    Excelente**  
**1            2            3            4            5**

2.	¿Como ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5
3.	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5

4. ¿Tiene una enfermedad crónica? (una enfermedad que haya durado más de seis meses) (marque si o no)

- 0. NO ---- vaya a la pregunta 6
- 1. SI ---- vaya a la pregunta 5

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

**Nada    Un poco    Regular    Mucho    Totalmente**  
**1            2            3            4            5**

5.	Si tiene una enfermedad crónica, ¿Qué tanto limita sus actividades? (Si no tiene una enfermedad crónica, no responda esta pregunta)	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---



34.	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5
35.	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5
36.	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5
37.	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5
38.	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5
39.	¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros?	1	2	3	4	5
40.	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5
41.	¿Usar el hilo dental?	1	2	3	4	5
42.	¿Usar cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5

¿Está de acuerdo con las siguientes afirmaciones?

**NO**      **Un poco**      **Regular**      **Casi**      **SI**  
**1**          **2**              **3**              **4**              **5**

43.	Atiendo y cuido mi salud	1	2	3	4	5
44.	Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud	1	2	3	4	5
45.	Es bueno el sistema de salud de mi país	1	2	3	4	5
46.	Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida	1	2	3	4	5
47.	Me enfermo muy frecuentemente	1	2	3	4	5
48.	Siempre confío en los doctores	1	2	3	4	5
49.	Sigo las instrucciones de los médicos aunque no entienda las razones	1	2	3	4	5
50.	Son confiables los hospitales y el personal médico para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
51.	Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud	1	2	3	4	5
52.	Soy más vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad	1	2	3	4	5
53.	Soy muy bueno para cuidar mi salud	1	2	3	4	5
54.	Tener buena salud es importante para una vida feliz	1	2	3	4	5
55.	Tengo los conocimientos adecuados para atender mis enfermedades	1	2	3	4	5
56.	Tengo objetivos para conservar mi salud	1	2	3	4	5
57.	Es deficiente el sistema de salud del país	1	2	3	4	5
58.	Me molesta ver lo mal que se encuentra la medicina en el sistema de salud	1	2	3	4	5
59.	Existen cosas más importantes que la salud	1	2	3	4	5

## SALUD PSICOSOCIAL

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**

1.	El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
2.	¿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**

3.	¿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**

4.	El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
5.	¿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**

6.	¿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**

7.	El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5
8.	¿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**

9.	¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos **adultos y solo considere el año pasado.**

**Muy poco    Un poco    Regular    Bastante    Muy a menudo**  
**1            2            3            4            5**

10.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5
11.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5
12.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5
13.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5



41.	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5
42.	¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5
43.	¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5
44.	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5
45.	¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5
46.	¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5
47.	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5
48.	¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5

*De nuevo agradecemos su interés y cooperación*