



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

**“CREENCIAS Y HÀBITOS SALUDABLES PARA LA
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

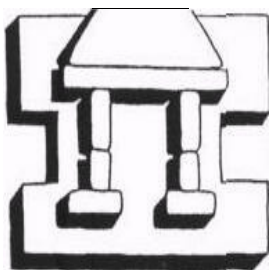
ILIANA ZARAGOZA BAÑUELOS

ASESORES:

MTRO. ENRIQUE BERNABÉ CORTES VÀZQUEZ

MTRA. ESTHER MARÍA MARISELA RAMÍREZ GUERRERO

LIC. YASMIN DE JESÚS ARRIAGA ABAD





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.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1	
Salud y enfermedad	5
1.1 Evolución del concepto de salud y del concepto de enfermedad	5
1.2 Definición del concepto salud	7
1.3 Definición del concepto enfermedad	8
1.3.1 Enfermedad como hecho psicológico	9
1.3.2 Enfermedad como hecho biográfico	10
1.3.3 Enfermedad como hecho social	11
1.4 Factores que influyen en la enfermedad	11
CAPITULO 2	
Psicología de la Salud	15
2.1 Origen y evolución de la Psicología de la Salud	15
2.2 Definición de la Psicología de la salud	16
2.3 Relación con otras disciplinas	17
2.4 Algunos espacios de aplicación de la Psicología de la Salud	19
CAPITULO 3	
Creencias, actitudes, hábitos de salud y Prevención	22
3.1 Definición de Creencia y Actitud	22
3.1.1 Creencia	22
3.1.2 Creencia y actitud	22
3.1.3 Habito Saludable	24
3.2 Definición de prevención	25
3.3 Tipos de prevención	27
3.3.1 Primaria	27
3.3.2 Secundaria	28

3.3.3 Terciaria	28
3.4 Factores que influyen en la prevención	28
3.4.1 Actitudes y pautas culturales	29
3.4.2 Dificultades para los hábitos saludables	29
3.4.3 La estructura del sistema sanitario	30
3.4.4 Cambio de actitud como estrategia de prevención	30
3.5 Creencias de salud	32
3.6 Hábitos saludables	33
3.7 Factores que pueden influir en las creencias y hábitos saludables	35
CAPITULO 4	
Enfermedades crónicas	38
4.1 Definición	38
4.2 Como se adquieren	38
4.3 Como afectan	39
CAPITULO 5	
Método	41
5.1 Pregunta de investigación	41
5.2 Objetivos	41
5.3 Hipótesis	41
5.4 Sujetos	42
5.5 Escenario	42
5.6 Definición de variables	43
5.7 Materiales e Instrumentos	43
5.8 Procedimiento	44
5.9 Fases	44
CAPITULO 6	
Análisis de Datos	45
6.1 Datos Generales de la Población	46
6.2 Creencias y Actitudes	50
6.3 Hábitos de Salud	56
6.4 Prevención	66

6.5 Enfermedad Crónicas	75
CAPITULO 7	
Resultados	84
CAPITULO 8	
Discusión y Conclusiones	96
REFERENCIAS	103
ANEXO	106

RESUMEN

La presente investigación fue de tipo no experimental descriptiva de diseño transversal, tuvo como objetivo: Por medio de la descripción de las creencias, actitudes y hábitos de la población estudiada se establece una relación con la prevención de enfermedades, tomando en cuenta a las crónicas, para implementar el fomento y mantenimiento de la salud. La muestra fue de 966 sujetos de ambos géneros y de edades que iban desde los 17 hasta los 77 años de edad, pacientes de consulta externa e interna de los centros : Hospital MIG, Hospital Español, Hospital Juárez, Hospital 1º de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI y prestadores del sector salud. Se partió de las variables creencias, actitudes y hábitos como dependientes y genero como independiente. La obtención de los datos se realizo por medio del Instrumento "Funcionamiento de Salud" (Ramírez y Cortes, 2000), el cual consta de 69 reactivos divididos en 5 categorías. Para el análisis de datos se utilizo la prueba estadística X^2 por medio del programa computarizado SPSS versión 10.0. el 55.5 % de la población fue del género femenino y el 44.5% fue del género masculino, además se encontró que muchos consideran tener una salud adecuada para su edad, género y condición social y pocas presentan alguna enfermedad crónica. Existe un mediano índice de preocupación e importancia por la salud mostrando que hay información sobre los conceptos de salud y enfermedad pero todavía existen confusiones al diferenciar alguno de los dos y describirlos adecuadamente. Se tiene creencias y hábitos de salud dentro de la población estudiada que pueden fomentar la prevención de algún tipo de enfermedad, ya sea crónica o no, pero el conocimiento de los métodos de prevención, refiriéndonos a conductas o hábitos específicos no siempre ayuda a que se realicen de manera óptima.

INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad ha sido un tema que con el paso del tiempo ha evolucionado hasta constituirse como parte fundamental de la vida social y económica. A lo largo de la historia estos conceptos se han intentado explicar de diferentes formas dependiendo de la cultura el avance de la sociedad y la ciencia, dejando de lado el enfoque únicamente biológico y orgánico abriéndole así las puertas a otros enfoques que son parte indispensable del estudio de la salud y sus diferentes fenómenos correlacionados.

En la actualidad no se puede mencionar a la salud o a la enfermedad sin tomar en cuenta una serie de factores que integran las definiciones que las han mejorado y complementado a lo largo de la historia, algunas de ellas son la sociedad, la geografía, y la Psicología, entre otras.

Específicamente en lo que refiere a la Psicología siempre ha estado estrechamente vinculada con el mantenimiento y/o mejora del estado de salud, sobre todo lo relacionado a lo mental, pero en las últimas décadas se ha abierto un campo especializado que se enfoca en la salud para su promoción y mantenimiento, como ya se había mencionado, y en la prevención y tratamiento de enfermedades. Esta disciplina además participa en la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas que ayuden al sistema de salud y a la formación de políticas de la misma. Esta es la Psicología de la salud

La Psicología de la salud esta enfocada a tratar a la enfermedad y a la salud no solo como un hecho biológico, sino social, psicológico y económico que puede determinar el estado de un ser humano, es por esto que abarca estas diferentes áreas para un mejor entendimiento, mantenimiento y tratamiento de la salud.

Es bien sabido que las creencias, actitudes y conductas o hábitos pueden afectar a la salud o enfermedad. ¿Y por que empezar con las creencias? También las creencias acerca de la salud y la enfermedad han pasado por un proceso evolutivo, que va de lo

mágico-religioso a uno religioso, y mas tarde a un proceso científico objetivo. Es por esto que autores como Álvarez (2002) consideran que esta característica de las creencias forman parte e impregnan la organización social y la ideología de un momento histórico determinado.

Es evidente que a partir de nuestras creencias tenemos una conducta relacionada con la misma, es decir, si creemos que los excesos en bebidas alcohólicas o en dietas inadecuadas son mas satisfactorias y no nos causaran un daño inmediato, es probable que nuestras conductas se realicen de esa manera propiciando la aparición de algún malestar o enfermedad a mediano o a largo plazo. con frecuencia tales conductas están enraizadas en valores culturales o necesidades y expectativas personales que en cualquiera de los casos no se pueden cambiar con facilidad (Phares, 1999).

Aunque esto ha sido un obstáculo se busca no solo curar la enfermedad para obtener nuevamente un estado de salud, sino prevenirla para que esta no aparezca o para evitar una nueva recaída o avance de la misma a partir de los conocimientos que se han generado a través de los años de este enfoque multifactorial de la salud y enfermedad. por lo que se han buscado métodos alternos para lograr una promoción adecuada y convincente de la salud.

Esto se ha fomentado a partir de la detección de un considerable aumento de la población que presenta alguna enfermedad crónico degenerativa en nuestro país, cifras que crecen año con año y que han fomentado la prevención a nivel secundario, pero seria mas eficiente si pudiera implementarse una prevención a nivel primario para cubrir las necesidades de la población.

Este trabajo pretende mostrar de manera generalizada lo ya mencionado y la importancia que tiene desde una definición adecuada del concepto de salud, información sobre una parte de la población del área metropolitana de la Ciudad de México, hasta una pequeña propuesta para mejorar la prevención primaria.

En el capítulo uno se hablara sobre los conceptos salud y enfermedad y su evolución a través de la historia medica, psicología y multidisciplinaria que ahora es. Factores en los que pueden influir para los individuos.

En el segundo capítulo se hará un recorrido sobre el origen de la Psicología de la salud como disciplina teórica-práctica y de investigación. Su relación con otras disciplinas que radican en su epistemología además de sus áreas de aplicación. Pues es muy joven como área de concentración en general y sobre todo en nuestro país.

El capítulo tres refiere a las creencias, actitudes, hábitos de salud y negativos y prevención, sus definiciones, condicionantes y dificultades para su aplicación en el área de la medicina y salud.

Posteriormente se presentan a las enfermedades crónicas en un pequeño capítulo solo descriptivo y con datos relevantes como su definición, modos de adquisición y de que manera afectan al individuo o a las personas que lo rodean hablando más específicamente de la familia.

La descripción de objetivos se encuentran en el método, así como los detalles de cómo se llevo a cabo la investigación con todos los datos relacionados a la población y el instrumento empleado para la realización del mismo y las fases servidas.

En el capítulo seis se presenta el análisis paramétrico de datos que se compararon, aquí se muestran las tablas y graficas obtenidas por medio de la prueba χ^2 y coeficiente de Contingencia de Person y así efectuar una relación entre variables. Las cuales fueron previamente seleccionadas del instrumento de evaluación utilizado

En seguida se desarrollan los resultados derivados de este análisis, en el que se hace mas detenidamente una ilustración de los datos obtenidos por las tablas y graficas antes presentadas.

Por ultimo el capítulo ocho se refiere a la discusión y conclusiones de la presente investigación en la que también se presenta una pequeña propuesta y datos que podrían ser relevantes para una futura investigación más a profundidad sobre el tema utilizado.

CAPITULO 1

SALUD Y ENFERMEDAD

La opinión común, la mas intuitiva o inmediata, es que salud y enfermedad son conceptos o entidades opuestas, pero simétricas y claramente diferenciadas. Una de las consecuencias de esta forma de ver las cosas implica considerar a la salud como algo ya dado en si y ajeno a la enfermedad y al individuo que la presenta. En contraposición estaría la que sostiene que la diferencia no puede establecerse más que en términos relativos o comparativos y teniendo en cuenta factores de interacción y de exigencias adaptativas.

Salud y enfermedad son vistos, en primer lugar como estados dentro de un continuo y, en segundo lugar, como procesos naturales que pueden ser evaluados en términos de éxito o fracaso en cuanto a asegurar el ajuste adaptativo (Penzo, 1990).

1.1 Evolución del Concepto de Salud y del Concepto de Enfermedad

Las representaciones populares sobre salud y enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad, entendida como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que surgen, mientras que la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad, o al menos así lo declaraba la OMS en el año de 1987. Este tipo de definición popular no solo habla sobre la disposición del sujeto sobre su cuerpo, sino que también lleva implícitamente la valoración sobre lo que puede considerarse como la actividad “normal” que se espera del propio sujeto en un contexto familiar o económico determinado (Morales, 1999)

En concreto la valoración de la enfermedad, es entendida como un estado o situación en el que la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales

debido a las molestias que sufre mientras que la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad únicamente.

La evolución del discurso sobre la salud y la enfermedad, que ha sido el de la medicina, cambió por el componente biológico, haciéndose este el predominante. En el siglo XIX se produjeron notables avances en el estudio del cuerpo, de su anatomía y su fisiología, debido a que se pudo contar con recursos novedosos (como por ejemplo, los microscopios) para realizar mejores observaciones. Esos estudios condujeron a avanzar en la caracterización de la enfermedad, ya que se estableció que toda enfermedad suponía la existencia de una lesión subyacente comprobable.

Sin embargo otras perspectivas fueron demostrando que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad (reflejándose en la aparición de ciertos daños morfológicos e incluso ciertas disfunciones). Por eso hoy puede decirse que las definiciones de salud y enfermedad requieren de una aproximación que dé cuenta de su complejidad. Ya que van estrechamente unidas (Oblitas, 2003).

Muchas de las definiciones de salud se postulan prácticamente como sinónimo de bienestar, concepto que tiene muy poco valor operativo, con mucha dificultad para traducirlo en indicadores de uso generalizado y que será siempre condicionado a la representación que le de la sociedad.

Esta definición pudo haber tenido como antecedente a Sigerist, quien en los años ´40 expresó: “pensamos en la salud como una condición física y mental. Es decir, un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; teniendo control pleno de sus facultades físicas y mentales, pudiendo adaptarse a los cambios ambientales y contribuye al bienestar de la sociedad”, con esto se puede decir que la salud no es en esencia la ausencia de la enfermedad. (citado en Zas, 2005)

Esta definición ha sido criticada desde diferentes perspectivas. Una es la de Miton Terris (1992) (citado en Morales, 1999), que la considera imperfecta en varios aspectos, proponiendo que se elimine la palabra “completo”, debido a que la salud no es absoluta, y es uno de los que propone que la palabra enfermedad (*disease*) se reemplace por dolencia (*illness*). Dice que la salud no solo se debe de definir en términos subjetivos.

Dada la complejidad de las variables involucradas en el concepto se han propuesto diferentes tipos de definición, algunas de las cuales se expresan a continuación considerándose estas como representativas.

1.2 **Definición del Concepto Salud**

Históricamente el concepto de salud ha sido considerado como una noción negativa. Hasta muy recientemente, la salud era la mera ausencia de enfermedad, de forma que, desde esta perspectiva, una persona solo puede estar en algunos de estos dos extremos: ya sea saludable o enfermo (Godoy, 1993 en Simond, 1999).

Ya se ha comentado que en épocas recientes y de manera pragmática vemos con frecuencia que el concepto de salud tiende a expresarse de manera sencilla y a traducirse operativamente como la ausencia de enfermedad y/o discapacidad. Esto tanto en la literatura especializada como en la práctica. (Esquivel y López, 2001)

Se dice que estar sano es no estar enfermo, pero esta afirmación es insuficiente y además incierta. Por ejemplo, un sujeto puede no considerarse enfermo y tener una alteración estructural. Es por eso que la siguiente definición no solo abarca un área específica que determine un estado saludable.

Salud: Estado completo de bienestar físico, mental y social y no significa solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (OMS, citado en Oblitas 2004)

Así tenemos un concepto positivo de salud basado en un estado de bienestar, que posibilita un normal desarrollo de las capacidades y adaptación del individuo al medio ambiente. Aunque un sujeto sea portador de una anomalía mientras ésta no implique una alteración del estado de bienestar, no se considera que exista una alteración de su salud

(Llor, Abad, García y Nieto, 1998). Este concepto de salud es un concepto social fundamental y no un concepto biológico tradicional.

Llor, Abad, García y Nieto, (1998) afirman que si se admite el anterior concepto de salud podemos definir mejor la enfermedad diciendo que es una desviación del estado de salud; y si se considera al ser humano como un ser biopsicosocial el estado de salud y enfermedad va a tener siempre unos aspectos distintos: biológicos, psicológicos y sociales.

En cuanto a las complejidades del concepto de enfermedad presentaremos también algunas de las más representativas.

1.3 Definición del concepto enfermedad

El concepto de enfermedad, por desarrollo y por historia, pertenece al campo de estudio de la biomedicina, es decir, de las disciplinas científicas, básicas y aplicadas, que se ocupan del organismo hasta el nivel de lo fisiológico. Sin embargo estos conceptos no se han quedado estáticos, sino que han ido e irán evolucionando a lo largo de la historia de la medicina. Los cambios que experimentan se originaban a partir de nuevos conocimientos y, sobre todo, de la formulación y aceptación de nuevos modelos. A lo largo de este proceso evolutivo, algunas entidades nosológicas en enfermedades se han desglosado en otras, algunas han sido descubiertas y entidades que se consideraron competencia de otros campos de estudio han pasado a ser de dominio médico, es decir se han convertido en enfermedades (alcoholismo, epilepsia) o han dejado de considerarse como tal (homosexualidad) (Penzo, 1990), al adentrarse a otras áreas para poder dar una atención óptima de algunos casos que no solo son ocasionadas en lo fisiológico.

De manera más específica en el sentido tradicional consideramos la enfermedad como un fenómeno objetivo que se caracteriza por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico, y por ello según criterios distintos: unas veces consideramos la enfermedad como anomalía anatómica o morfológica; otras, como anomalías fisiológicas. El diagnóstico por tanto se realiza comparando los signos y síntomas de una enfermedad con los conocimientos que sobre el funcionamiento del organismo humano se tienen. Sin embargo, en muchos casos los sujetos experimentan dolencias que entran a formar parte

de los fenómenos subjetivos y, aunque no son considerados propiamente como enfermedad, quien las padece se siente enfermo y exige por tanto que se le trate como tal (Llor, Abad, García y Nieto, 1998). A estas se les ha denominado problemas de percepción clínica o paraclínica de una alteración biofisiológica, psíquica o social. (López 2003).

Estos criterios nos sirven para definir una situación de enfermedad o, lo que es lo mismo, para considerar al sujeto que la padece como enfermo. Por ejemplo, hay culturas en las que una anomalía anatómica como una polidactilia¹ puede no ser considerada como enfermedad en sí, y por lo tanto vivir de una forma normal sin tener conciencia de la enfermedad. Es por eso que Llor, Abad, García y Nieto (1998) especifican el concepto de enfermedad no como un hecho puramente biológico, sino como un hecho psicológico, biográfico y social.

Dado que se consideran diferentes elementos tanto biológicos, sociales y psicológicos, subjetivos esta definición puede abarcar amplia y eficientemente lo que ahora supone la enfermedad.

1.3.1 *Enfermedad Como Hecho Psicológico*

Todas las enfermedades tienen características genéricas, es decir, iguales para cualquier enfermedad; y unas características específicas que derivan de la naturaleza concreta de la enfermedad de que se trate. Hay que tomar en cuenta que no es lo mismo una enfermedad leve a una considerada como grave, y la individualidad biológica y psicológica del considerado como enfermo además de la edad y de otras circunstancias de la vida. Llor, Abad, García y Nieto (1998) proponen como características genéricas las siguientes:

Donde en lo personal resaltamos los factores psicológicos.

1. Invalidez. La situación de enfermedad puede producir en el enfermo algún grado o *sensación de invalidez* ya que se encuentra ante la imposibilidad de desarrollar una actividad normal.

¹ Malformación congénita que se caracteriza por la existencia de más de 5 dedos en una o varias extremidades (Diccionario Enciclopédico Grijalbo, 1990)

2. Malestar. Siempre existen unos *pensamientos de malestar* en forma de dolor, sufrimiento o molestia.
3. Amenaza. La enfermedad tiene un componente de amenaza, en el *sentido psicológico de muerte*, bien de muerte biológica o de biográfica, puesto que la enfermedad impide realizar ciertas acciones a futuro.
4. Cenestésica. Todos tenemos sensaciones cenestésicas normales que en general pasan inadvertidas y no son en ningún caso motivo de preocupación. En la enfermedad, la cenestesia, es decir, la información que recibimos de nuestro cuerpo, pasa a ocupar un primer plano en nuestra atención *de manera alterada debido a nuestras creencias*, y por tanto la corporalidad y el funcionamiento corporal pasan a ser el centro de preocupación del sujeto.
5. Soledad. Se manifiesta en dos sentidos: en primer lugar porque todas las vivencias de malestar tanto psicológico como biológico son intransferibles a los demás; *el paciente esta solo con su enfermedad y su malestar*. En segundo lugar porque el enfermo deja de participar en actividades sociales que desempeñaba cotidianamente en su rol normal, como trabajar, relacionarse con los demás, etc.
6. Dentro de estas características genéricas el enfermo presenta:
 - a) Ansiedad: entendida como miedo falseado, es decir, existe una tendencia en el enfermo a interpretar la realidad de forma ansiosa, incluyendo la interpretación de la enfermedad de forma poco objetiva.
 - b) Dependencia: esta se manifiesta con respecto al medio en el sentido mas claro de establecer cauces nuevos o remodelación de los antiguos en cuanto a las relaciones, sobre todo en el medio familiar. Esta puede generarse de la misma manera a medicamentos o atención

1.3.2 Enfermedad Como Hecho Biográfico

La enfermedad surge en un momento concreto de la vida de un sujeto, que además posee una personalidad propia. La misma enfermedad en dos sujetos distintos tiene un curso, una importancia y una repercusión distintos. Cada uno vive su enfermedad de una forma diferente según el momento de su vida en la que aparece (una fractura de fémur no tiene el mismo significado para una persona de veinte años que para una de ochenta).

Este hecho hace que la enfermedad tenga un significado distinto para cada individuo. Significado que puede condicionar en muchas ocasiones la propia aparición de la enfermedad, pero siempre la evolución e importancia de la misma.

1.3.3 Enfermedad Como Hecho Social

En cuanto a hecho social, la enfermedad es fundamentalmente un fenómeno de desviación de la norma que sitúa al que la padece en un estatus peculiar y que le obliga a unos comportamientos específicos: el rol de enfermo. Frente a este personaje social que es el enfermo, en todas las culturas ha surgido otro personaje complementario, que es el sanador (chaman, mago, curandero, médico, enfermera, personas de la familia, etc.).

Cuando el sujeto considera a la enfermedad como indeseable y quiera su curación tendrá que aceptar su enfermedad, y por ende, las limitaciones impuestas por la misma. Así mismo se espera que busque ayuda competente y acceda a las intervenciones y siga las instrucciones terapéuticas.

Frente a estas obligaciones, el sujeto tiene reconocidos unos derechos, que son la expresión de responsabilidades de su rol habitual y el derecho al cuidado, protección social y ayuda técnica eficaz.

Pero no solo el enfermo tiene derechos y obligaciones sociales, complementariamente el sanador debe tener una competencia técnica para poder ser reconocido socialmente y poder intervenir como tal en la curación del sujeto. Así mismo, podrá penetrar en la intimidad física y psicológica de sus pacientes.

1.4 Factores que influyen en la enfermedad

Son cinco los factores² básicos que Esquivel y López (2001) reconocen que influyen de manera directa o indirecta en el hecho de que algunas personas sean o estén sanas y otras enfermas.

² Los autores los denominan condicionantes de la salud

El primero de ellos es la estructura genética que nos conforma, factor esencial que dará una mayor probabilidad determinante en la capacidad de respuesta de un organismo a los factores externos que condicionan el medio ambiente, los estilos de vida y la capacidad de respuesta. A esto se refiere no únicamente a los factores que por genética heredamos tales como la hipertensión arterial o la diabetes mellitus, sino que también está la estructura básica o cimientos de la condición biológica y emocional, sus antecedentes familiares como el alcoholismo, la salud de la madre durante el embarazo, su estado nutricional y más de 4,000 diferentes alteraciones que predeterminan la susceptibilidad de poder llegar a tener cualquiera de estos padecimientos..

El segundo factor sería el medio ambiente geográfico y de contaminación al que nos encontramos expuestos y que condiciona un número conocido e importante de alteraciones a la salud biológica y emocional del ser humano, que incluye desde enfermedades infecciosas y parasitarias hasta las graves lesiones producidas por la contaminación del aire, el agua, la tierra y el ambiente social y psicológico en el que habitamos.

El tercer condicionante lo integran los elementos culturales, sociales, económicos y educativos que conforman cada uno de los rincones de nuestro país. Hábitos y conductas³ conformadas por tradiciones ancestrales, estructura familiar, ocupación y trabajo, arte y diversiones, riesgos laborales, acceso y tipo de educación, símbolos de prestigio, estructura social de poder, migración, normas y valores, expectativas de vida, apoyo o no a quienes viven en desventaja social, económica, física, emocional, diferencias sociales, adaptación a los diferentes estilos sociales, medios de comunicación, marketing, comercialización, asistencia social, etc. Todo esto condiciona la voluntad individual de actuar.

El cuarto factor que influye en la salud es quizás el mas importante en la medida en que depende de la decisión y voluntad personal, el estilo de vida individual, la medida unitaria cuya suma integra a los grupos sociales pero que incide directamente en la realización de conductas, hábitos o actos aislados que pueden poner en peligro la salud e inclusive la vida de una persona: regulada por principios tales como la autoestima, el respeto a sí mismo. Es el “estilo de vida”, blanco de quienes buscan imponer formas de vida apoyadas

³ Estos dos temas serán desarrollados más a profundidad en capítulos siguientes

en lo aparente y superficial, en lo transitorio y egoísta y fundamentalmente en la adquisición de hábitos que termina generalmente en actividades de alto riesgo tanto biológico como psicológico y social, adicciones como el tabaquismo, alcoholismo y el consumo de otras drogas; la adopción de otros hábitos alimenticios en busca de modas que afectan el organismo. Este estilo de vida tiene que ver con la posición social, con el grado de escolaridad y sobre todo por lo aprendido en nuestro círculo familiar y social que sea considerado como buen o mal hábito para nuestra salud.

El quinto factor se ha radicado en sus servicios de asistenciales de salud; a esto se refiere a su disponibilidad, acceso, calidad de atención brindada, bien sea por el nivel de preparación de su personal humano o por el tipo de equipo y recursos materiales con los que cuentan los responsables de proporcionar los servicios preventivos de vacunación, de vigilancia epidemiológica, de cuidado a la mujer embarazada y a los niños, los ancianos y de quienes padecen alguna forma de limitación biológica o psicológica⁴. Son desde luego, los responsables de atender situaciones de urgencias individuales o de grupo ante desastres naturales o accidentes, de establecer diagnósticos oportunos y correctos, tratamientos adecuados y todas las actividades que tradicionalmente conocemos .

Es muy importante considerar que la salud de las poblaciones no depende sólo del desarrollo científico, médico u organizacional de sus sistemas de salud, se ha demostrado que la prevención es la gran estrategia que ha permitido a pueblos desarrollados y medianamente desarrollados tener hoy una esperanza de vida al nacer de 70 o mas años (Esquivel y López, 2001). Esta última afirmación sería interesante evaluarla más detenidamente en un trabajo futuro, ya que las campañas de prevención por lo general suponen el uso de vacunas, las cuales son muy pocas considerando el amplio rango de enfermedades existentes, y por otro lado las campañas en el nivel masivo, que han demostrado muy poca eficiencia. De tal manera que existe una alta posibilidad de que el aumento en la esperanza de vida actual, se deba más a los servicios de atención medica que se dirigen a la cura.

⁴ Estos autores como muchos otros consideran que el nivel preventivo, tanto de México como de otros países, esta por debajo de las necesidades de muchas de las sociedades del mundo.

Aunque es bien sabido que las instituciones que se han implementado para la “salud” están más ubicadas en el control de la enfermedad en vez de dirigirse a la conservación de un estado de salud

CAPITULO 2

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

2.1 Origen y evolución de la Psicología de la Salud

Como procesos y/o estados humanos, la distinción entre salud biológica y psíquica es más histórica y didáctica que real, ya que el organismo es una unidad funcional y la salud (y la enfermedad) involucra importantes variables somáticas y psicosociales, estando la salud (y la enfermedad) biológica y psicológica muy relacionadas, como lo demuestra ya de una forma inequívoca el importantísimo papel que los aspectos comportamentales tienen en la promoción y mantenimiento de la salud y en la predisposición, generación exacerbación o recuperación de la enfermedad (crónica o aguda), las cada vez mejor conocidas relaciones entre estrés, depresión, ansiedad y otras emociones negativas y ciertos trastornos psicosomáticos o psico-fisiológicos, o, en la otra dirección, las tremendas consecuencias cognitivas, afectivas, emocionales, motivacionales y psicosociales de la enfermedad biológica (Simond, 1999).

Es por eso que aunque la consideración o el reconocimiento formal de la psicología como disciplina o profesión de la salud es un suceso de nuestros días, es bien cierto que la conexión entre psicología y salud ha existido desde las primeras etapas del desarrollo de la Psicología como disciplina.

La Psicología siempre ha estado estrechamente vinculada con la salud, especialmente la mental, pero problemas tradicionalmente considerados como biomédicos empezaron a estrecharse con la psicología, ya que la salud se empezó a tratar también desde lo psicológico, en cuanto a contribución a lo biológico. Mediante la utilización de procedimientos de terapia / modificación de conducta (relajación, desensibilización, autocontrol, biofeedback, etc), se abordó una mayor importancia en los factores comportamentales de la génesis de precipitación, exacerbación, mantenimiento / alivio, o eliminación de la enfermedad biológica (Godoy, 1993 en Simond, 1999)

Así el reciente reconocimiento del psicólogo como profesional de la salud se debe a profundas y potentes relaciones entre la Psicología como disciplina científica y como profesión con la salud y las alteraciones de la misma, a las que la Psicología ha servido fructíferamente, generando modelos conceptuales y estrategias concretas de actuación para la promoción de la salud y la evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación de muchos problemas de enfermedad en las que las principales (a veces únicas) contribuciones se han hecho desde la Psicología. (Buela, y Casal, 1998)

2.2 Definición de Psicología de la Salud

La psicología de la salud es un área específica dentro de la psicología que incluye la práctica, investigación y enseñanza relacionada con la salud (Phares, 1999) la cual es una disciplina nueva en nuestro país que ha ido creciendo con gran impacto.

Después de revisar con detenimiento las diferentes definiciones que ha tenido la psicología de la salud en su corta historia la siguiente parece ser la más puntual y completa que hay hasta el momento es por eso que fue de mi elección para considerarse como tal y fue realizada con Joseph Matarazo (1980) con revisiones y ligeras modificaciones por la APA en 1980 quedando la siguiente forma:

Para Matarazo (1980) Psicología de la Salud es “la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud”.

Así mismo es muy importante lo mencionado por Buela-Casal, Caballo y Sierra (1996) quienes hacen referencia a que la Psicología de la Salud realiza estudios de las causas (conductuales y sociales) de la salud y la enfermedad

Además la Psicología de la Salud propone como base central al modelo biopsicosocial, en el cual se involucra al individuo en los diferentes planos de desarrollo en los que se encuentra. Este modelo engloba al individuo en su totalidad, ya que toma en cuenta en un

mismo nivel a los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad, así como en la prevención de esta y el mantenimiento de la salud (Ballester, 1999).

Para el surgimiento de la Psicología de la Salud se tuvo que pasar por diferentes áreas antes de que se formara esta. El área de mayor vinculación con la Psicología de la Salud es la Psicología Clínica, Al ser multidisciplinaria lleva consigo fundamentos propiamente dicho con otras disciplinas que también son fundamentales para la salud, es por eso que se exponen en el siguiente capítulo, tomando en cuenta que no necesariamente todas tengan que llevar a cabo las mismas funciones de la Psicología de la Salud.

2.3 Relación con otras disciplinas

Las actuales relaciones, que con los años se harán mas estrechas, entre Psicología y salud generan un conjunto de disciplinas, muchas veces difícilmente distinguibles entre si, salvo por su histórica preferencia de objeto: Medicina comportamental, Salud comportamental, Medicina psicosomática, Psicología médica, Psicología experimental, Psicología clínica, Sociología médica, Antropología médica, Medicina preventiva y Educación para la salud.

En los siguientes apartados se explica un poco los atributos de cada una de las disciplinas ya mencionadas para entender mejor sus contribuciones

Medicina comportamental	Un campo interdisciplinario que aplica las teorías y las técnicas de las ciencias conductuales para el tratamiento y la prevención de la enfermedad.
Salud comportamental	Un campo interdisciplinario que se focaliza conductualmente promoviendo buenos hábitos de salud y previniendo la enfermedad entre los que actualmente gozan de buena salud.

Medicina psicosomática	Es una aproximación a la enfermedad que se basa en la hipótesis y observación de que los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades.
Psicología médica	Abarca todos los conocimientos de la psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación psicológica o psicoterapia
Psicología experimental	Su objeto de estudio son las bases fisiológicas de los procesos psicológicos.
Psicología clínica	Un campo que tiene como objetivo el estudio, diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos, trastornos psicológicos o la conducta anormal.
Sociología médica	La especialidad dentro de la sociología que estudia los aspectos sociales de la salud y la enfermedad.
Antropología médica	La especialidad dentro de la antropología que estudia los aspectos culturales de la salud y la enfermedad
Medicina preventiva	Se ocupa de impedir en el individuo, familia o grupos de población, la aparición, desarrollo y prolongación de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, manteniendo y promoviendo la salud por el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación, así como evitando y limitando las invalídeses que aquellos

	pueden ocasionar.
Educación para la Salud	Un proceso cuyas dimensiones intelectuales, psicológicas y sociales se relacionan con actividades que incrementan las capacidades de las personas para tomar decisiones bien informadas que afectan a su bienestar personal, familiar y comunitario.

. (Becoña, Oblitas, y Vázquez, 2000)

2.4 Algunos espacios de aplicación de la Psicología de la Salud

El campo de aplicación de la psicología de la salud es actualmente extenso y con tendencia a un crecimiento acelerado conforme se elaboran nuevas concepciones de la salud y de alteraciones de la misma y se abren nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (Godoy, 1993 en Simond, 1999).

Para Carboles (1993) la psicología de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente biológicos o médicos con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad (citado en Oblitas, 2000).

Por otro lado, y a manera de delimitación, Godoy hace un listado con fines orientativos de lo que son las principales áreas en las que la Psicología de la Salud es aplicada, dividiéndolas en cinco grandes grupos:

- a) Evaluación, tratamiento y rehabilitación de trastornos específicos, principalmentecardiovasculares, del sistema nervioso central, neuromusculares, gastrointestinales, excretores, respiratorios, dermatológicos, renales, oftalmológicos

- y visuales, endocrinos, inmunitarios, ginecológicos, sexuales, alimentarios, orofaciales, del lenguaje, habla y voz, del sueño y la activación, adicciones, dolor crónico o cáncer, entre otros.
- b) Análisis y mejora del sistema sanitario y atención sanitarios, potenciación de la actuación sanitaria de los profesionales de la salud, o actuaciones encaminadas a la preparación de pacientes para la hospitalización y las intervenciones sanitarias, la mejora de las relaciones profesional-usuario de la red sanitaria y la mejora de adherencia a los tratamientos médicos, fundamentalmente.
 - c) Promoción y acrecentamiento de la salud, centrada fundamentalmente en la educación sanitaria, el control de variables actitudomotivacionales y afectivo-emocionales, la generación de hábitos y estilos de vida saludables, el aprendizaje de competencias y habilidades básicas, y actuaciones encaminadas a mejorar la salubridad ambiental.
 - d) Prevención, basada fundamentalmente, en el control de variables actitudomotivacionales y afectivo-emocionales de riesgo, en la modificación de las conductas y hábitos de riesgo, en la modificación de las condiciones patógenas o insalubres del medio, en la detección e intervención precoz ante los problemas y en la disminución de las secuelas o consecuencias de la enfermedad, así como en la prevención de recaídas.
 - e) Otras, principalmente las dirigidas a la formación de profesionales y para profesionales y a tareas de gestión.
 - f) Programación de planes de intervención, prevención, estrategias, etc; ya sea de manera individual, grupal o comunitaria.

(citado en Simond, 1999)

Es importante tomar en cuenta que para poder lograr una mejor intervención de la psicología de la salud en estas áreas es necesario recordar que el fundamento de la psicología se centra en conductas hábitos y estilos de vida, ya que estos pueden afectar tanto la salud como la enfermedad. Con frecuencia, tales conductas están profundamente

enraizadas en valores culturales o necesidades y expectativas personales. En cualquier caso, no se les puede modificar con facilidad (Phares, 1999).

Si la creencia de que los factores conductuales contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud (Matarazzo, 1984) sería elemental tomar en cuenta estos factores.

CAPITULO 3

CREENCIAS, HÁBITOS SALUDABLES Y PREVENCIÓN

3.1 Definición de Creencia, Actitud y Habito saludable

3.1.1 Creencia

Las creencias no solo existen en lo individual, sino que también son compartidas por los individuos que integran un grupo o clase social. Las ideologías son sistemas colectivos de creencias que se mantienen porque sirven a ciertos intereses de grupo o de clase, es decir, se puede tener un tipo especial de actitud duradera que se refiere regularmente a objetivos más que a un objeto en particular. (Villoro, 1982)

Málaga (2001) dice que las creencias se caracterizan por tener un elemento cognoscitivo y afectivo y, por ser individuales y que otras personas pueden calificar una misma creencia como verdadera o falsa al margen del valor de certeza que le otorgue el que las posee.

De manera mas explicita se puede decir que un componente importante de las creencias son sus características cognoscitivo-afectivo. El aspecto cognoscitivo se refieren a que los individuos saben o creen saber respecto a algo. Por su parte, el componente afectivo se refiere al grado de importancia de la creencia en particular a lo apropiada que le parezca un individuo, o ambas cosas.

3.1.2 Creencia y Actitud

Para algunos autores (Villoro,1982) es difícil distinguir la creencia como disposición, de otras disposiciones, sin tener que acudir de nuevo a la creencia como una cualidad indefinible. Por lo que caracterizan a la creencia dentro de un conjunto de estados

intermedios que explican los comportamientos de un sujeto. Ese conjunto es llamado actitud.

Ese concepto se introdujo en psicología al presentarse el problema de tener que aceptar una preparación o disposición a la acción, previa a ésta, que la anticipe y explique. Thomas y Znaniecki (1918) lo definieron como: “un estado mental del individuo dirigido hacia un valor”. Se concibió como un proceso en que el sujeto está dirigido hacia un objeto de relevancia social y que determina las respuestas de ese sujeto: algo que tiene mucho que ver con la acción social proyectiva, dirigida intencionalmente y no instintiva. La actitud se refiere solo a disposiciones adquiridas por el individuo perteneciente a un medio social determinado. Esta definición tiende a dirigirse en función de la dirección favorable o desfavorable del individuo hacia el objeto o circunstancia (citado en Villoro, 1982).

Mientras la actitud se refiere a la disposición de favorable o adversa hacia un objeto o circunstancia objetiva, la creencia se refiere a la verdad o falsedad de las propiedades que le atribuyo. Es por eso que las creencias y actitudes van de la mano, Allport lo señala diciendo que comúnmente se encuentran los dos aspectos siempre juntos.

Ya que, según Villoro (1982), toda creencia tiene tres componentes: cognitivo, afectivo-valorativo y conativo. Podría definirse a la actitud como una organización relativamente duradera de creencias sobre un objeto o situación, la actitud sería pues un síndrome de creencias o, una organización de creencias en trono aun foco, que explicaría la consistencia de las conductas de ese ámbito.

Las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar la salud. Al ser ideas que en un determinado momento se conjeturaron y se formaron ocupando un espacio y energía, se han materializado dentro de los conceptos aún más arraigados (Gómez, 2003).

Las creencias y practicas para evitar enfermarse (amuletos, talismanes, hechizos, etc.) han existido desde los tiempos mas primitivos, y persisten aún en muchas culturas, estas son pruebas del interés por conservar la salud como un bien preciado desde siempre; por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas (Málaga, 2001)

Sin embargo, cuando un hombre nota una inconsistencia en sus creencias, puede adoptar otra, esto W. J. McGuire (1966) lo llama consistencia cognitiva, la cual dice que “si un individuo se enfrenta a una inconsistencia entre sus creencias puede responder de muy distintas manera. Una de ellas es desechar la o las creencias en conflicto, por justificada que estuviere, solo si considera que esta pudiera afectarle de alguna manera, por otra que le convenga mas en ese momento, por ejemplo: si algún individuo creyera que el comer en exceso no perjudica a la salud y posteriormente le trajera problemas , esa persona podría cambiar su creencia. (Villoro, 1982)

Las investigaciones sobre la relación entre cambio de actitud y cambio de conducta han demostrado resultados dispares. Los intentos de prevenir la enfermedad basados en el cambio de actitud también han constatado esos efectos contradictorios. Es por eso que Amigo y cols (1998) afirman que se puede influir, en cierta medida, en las conductas o hábitos de salud a través del cambio de actitud, sin embargo esto es más probable bajo ciertas circunstancias. Es decir, las actitudes tendrán una mayor influencia sobre la conducta cuando se adquiere a través de una experiencia directa, cuando son fácilmente accesibles y son relevantes y tienen interés para la persona. Además el cambio de actitud tendrá más efecto sobre la conducta cuando es consistente o, al menos, no entra en contradicción con las normas prevalentes.

3.1.3 Hábito Saludable

Los hábitos para conservar la salud son conductas relacionadas con la propia salud que se encuentran firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio comportamental del individuo. Se ponen en funcionamiento de forma automática y sin tener una clara conciencia de ello (como por ejemplo la higiene personal). Al ser conductas aprendidas se adquieren, se mantienen y se extinguen siguiendo las leyes de Aprendizaje (Hernández, 2003, citado en Zas, 2005).

Estas conductas o hábitos de salud son conductas de las que parte un individuo cuando goza de buena salud, con el propósito de prevenir la enfermedad. Estas incluyen un amplio abanico de conductas, desde dejar de fumar, perder peso, hacer ejercicio, hasta comer adecuadamente. El concepto de conducta de salud contempla esfuerzos en reducir

los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales (Oblitas, 2000).

En el momento en que aparecen algunos síntomas inesperados, muchas personas deciden iniciar un cambio en ciertas conductas para contrarrestar la enfermedad. Muchas veces los síntomas se suelen considerar como una señal de un problema biológico, y los cambios de hábitos constituyen una manera de reducir el riesgo percibido. Sin embargo, la influencia de estos síntomas suele ser sólo transitorio, ya que se retoma el hábito no saludable en cuanto el síntoma ha desaparecido.

3.2 Definición de Prevención

La historia de la prevención y de los conceptos relacionados con ella es mas bien extensa, ya que en ocasiones se puede tener la impresión de que la prevención no solo constituye un invento de los últimos años, sino también una panacea para la solución de todos los problemas concretos de la promoción de la salud y de la calidad de vida. Sin embargo no tiene que ser necesariamente así, pues la enfermedad, independientemente de la voluntad humana, siempre ha existido. (Busuela, Fernández, Carrasco, 1997)

Hoy en día se puede confundir a la promoción de la salud con la prevención, ya que resultaría difícil encontrar una estrategia de prevención que al mismo tiempo no estuviese al servicio de la promoción de la salud y viceversa, todas aquellas intervenciones que se orientan a potenciar la salud sirven, en mayor o menor medida, para prevenir la enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998) aunque esto solamente es especialmente evidente en la llamada prevención primaria (la cual se desarrollará posteriormente junto con las definiciones de la prevención secundaria y terciaria)

Busuela, Fernández y Carrasco (1997) parten del supuesto de que la prevención comienza cuando el ser humano se hace conciente de la inevitabilidad de la enfermedad, del sufrimiento, del dolor y de la muerte y comienza a articular prácticas mágico-religiosas o de cualquier otro tipo para la promoción de la salud y de la calidad de vida y, por tanto, de la prevención de la enfermedad. Se ha comprobado que siempre que existe un tratamiento, sea cual sea, para una determinada enfermedad, se busca una estrategia alternativa de prevención de la misma para impedir su surgimiento en otro sujeto o la reaparición en el mismo individuo.

Aunque para que sea más creíble dentro del campo de investigación-acción debe considerarse como una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial (o sociocomunitario) que trate de utilizar los principios teóricos y tecnológicos de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulte útil para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud biológica y mental y de la calidad de vida a nivel comunitario, tanto a corto como a largo plazo.

Es por ello que el psicólogo como profesional del ámbito de la salud, principalmente se enfoca a la prevención y promoción de la salud, en el que se recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria. Experto en el tratamiento de las emociones y relaciones humanas, tiene la labor de favorecer las respuestas adaptativas de la persona, ante las distintas situaciones relacionadas con la enfermedad y a proporcionar asesoramiento y tratamiento psicológico en todos aquellos casos en los que aparezcan problemas psicológicos,. Sus funciones preventivas promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes socio sanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

La prevención como tal es importante, especialmente en los campos en que el tratamiento es difícil y obtiene unos resultados escasos. Véase el problema de las adicciones, de los trastornos cardiovasculares, del dolor o enfermedad crónica, etc. Además ha sido tradicionalmente aplicada en la terapia conductual, puesto que siempre ha estado interesado no sólo por las conductas problemáticas sino por las áreas de competencia del paciente, tratando de mejorar sus recursos y potenciando su capacidad de respuesta ante todo tipo de situaciones problemáticas. Este interés por lo positivo, como forma de

prevención es adecuado. Sin embargo, el tratar de violentar (exagerar) la idea de prevención puede no ser tan positivo. En todo caso, no resulta posible diferenciar entre Psicología Clínica y Psicología de la Salud, en atención al interés por la prevención (Botella, 1996).

Para poder realizar estas actividades, los psicólogos de la salud se basan en procedimientos, técnicas e instrumentos que tiene un primer encuadre clasificador que viene determinado por el momento de la intervención. La intervención psicología ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene (Ardilla, 2000). Una clasificación de dichos momentos se ofrece a continuación.

3.3 Tipos de Prevención

El tema de prevención está en la orden del día: prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria. Se afirma que la prevención es la alternativa mas adecuada en los programas gubernamentales de salud, en todos los países del mundo. La prevención primaria es preferible a la prevención secundaria, ya que esta se aplica cuando se ha percibido ya un problema y que la terciaria, la cual tiene que ver con la rehabilitación. (Oblitas, 2000)

De manera general la prevención primaria se refiere a las medidas tomadas para prevenir la aparición de la enfermedad en personas; la prevención secundaria se refiere a los esfuerzos necesarios que se realizan para detener el progreso de la enfermedad una vez que ésta se ha iniciado y, finalmente, la prevención terciaria, que incluye los procedimientos de tratamiento y rehabilitación de aquellas enfermedades que ya han mostrado sintomatología clínica (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

3.3.1 Primaria

El objetivo de la prevención primaria es brindar atención a todos los grupos poblacionales. Para Oblitas (2000) es preciso organizar al sistema de salud y lograr accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional. Por tanto, la atención en salud debe ser: 1) accesible, 2) suficiente, 3) eficiente, 4) racional, 5) continua, 6) oportuna y 7) personalizada.

Sin embargo, la prevención primaria posee una serie de dificultades (hablando de la promoción social) a diferencia de la secundaria o terciaria, ya que al no haberse presentado un síntoma o problema es difícil comprobar su importancia y su necesidad. Además este tipo de prevención (al igual que los otros tipos) están fuertemente asociados con importantes factores culturales, relacionados con prejuicios, estereotipos, tendencias históricas, etc. (Oblitas, 2000).

3.3.2 Secundaria

Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria, se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

3.3.3 Terciaria

Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objetivo de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación.

3.4 Factores que influyen en la prevención

El campo de acción del psicólogo de la salud es muy amplio y muy variado. Una de sus principales funciones es difundir la prevención de la enfermedad, dando a conocer a los individuos los posibles focos de riesgo en los que se pueden encontrar. Esta tarea es difícil debido al entorno en que cada uno se desarrolla y los diferentes patrones culturales con los que cuenta, pero no por ello deja de ser importante.

La prevención de la enfermedad englobaría aquellas intervenciones cuyo objetivo es el de la reducción o eliminación de aquellos comportamientos que se pueden calificar como de riesgo para el desarrollo de algún tipo de enfermedad, para lo que se utiliza el término de

eliminación de hábitos de salud negativos, tales como fumar, beber alcohol, estrés, mala dieta, etc. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998)

Aun cuando en la actualidad se disponen de una gran cantidad de información sobre lo que se puede hacer para mantenerse saludable, y muchas personas, de hecho, se adhieren a conductas de prevención, existe algunos obstáculos que limitan notablemente la generalización de las mismas al conjunto de la población. Estos podrían agruparse de la siguiente manera:

3.4.1 Actitudes y Pautas Culturales:

Dentro de la cultura occidental la salud se considera como uno de nuestros valores mas preciados, aunque existen otros valores que también ocupan una posición muy alta dentro de nuestra jerarquía cultural y que entran en contradicción con el de la salud. Tener éxito, vivir cómodamente o experimentar sensaciones muy fuertes son algunas de las motivaciones que se oponen, en muchos casos, al comportamiento saludable.

Otra actitud que dificulta la prevención es la equiparación que se hace de la buena vida y hábitos poco saludables, por ejemplo, los alimentos mas apetitosos son los de alto contenido en colesterol o el sedentarismo es más reconfortante que un moderado ejercicio físico. Este sobreentendido hace olvidar que, al igual que aprendemos a disfrutar de un tipo de alimentación o de una pauta de actividad física, también se puede aprender a disfrutar de otros hábitos más sanos.

Sin embargo no hay que olvidar que existen enormes intereses económicos sobre el actual estilo de vida, como son el consumir bebidas alcohólicas o fumar. Batallar contra estas enormes campañas publicitarias que se dedican a mantener este tipo de hábitos es una gran dificultad para la práctica de la prevención.

3.4.2 Dificultades para los Hábitos Saludables.

Muchas de las conductas que pueden ser perjudicables para la salud (fumar, beber alcohol en exceso, prácticas sexuales poco seguras, etc.) llevan casi siempre una gratificación inmediata que las refuerza positivamente. Los hábitos de salud, por el contrario, suponen casi siempre una demora de la gratificación. por lo que, cuando ambos

tipos de conducta entran en contradicción, existe una menor probabilidad de ocurrencia de las conductas saludables. A este retraso en la gratificación habría que añadirle que dichos hábitos tan solo reducen la posibilidad de enfermar en términos de probabilidad relativa.

Además en muchas conductas de riesgo no existen señales anticipatorias o estímulos discriminativos de los problemas que pueden acarrear. por el contrario el hecho de nunca haber tenido un síntoma o una recaída grave cuando se practican continuamente hábitos poco saludables, podría proporcionar la sensación de una cierta invulnerabilidad ante alguna enfermedad que se produzca por dichos hábitos.

3.4.3 La estructura del Sistema Sanitario

La propia estructura de nuestro sistema sanitario supone una dificultad añadida para la práctica de la prevención. Desarrollado desde el modelo biomédico, su objetivo primordial es el tratamiento y la curación de la enfermedad, por lo que los profesionales de la salud son entrenados, fundamentalmente, para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades específicas. Incluso hay mas prestigio en este sentido que en los esfuerzos por lograr una prevención de enfermedades, es mucho menos reforzado que el curar enfermedades.

Añadido a esto el tratamiento bloquea el camino de la prevención, ya que la relación personal entre médico y enfermos puede tener notable influencia en la adhesión a las recomendaciones médicas, pero la dependencia de este tipo de contactos no favorece la aparición de la práctica preventiva.

3.4.4 Cambio de actitud como Estrategia de Prevención

Según Amigo, Fernández y Pérez (1998) este tipo de teorías plantea que el cambio de actitudes y creencias constituye un prerrequisito de la modificación de conductas. Claro esta que para estimular conductas de prevención requiere convencer a la población de susceptibilidad a determinadas enfermedades, entre ellas las crónicas. Estos autores proponen diversos métodos de prevención a fin de crear un cambio real en la conducta,

por ejemplo se hace mención de : 1) Campañas informativas, 2) Apelación al miedo y 3) Cambio de actitud y cambio de conducta.

En el primero de los casos se trata de motivar a las personas para que realicen ejercicio físico y consuman una dieta balanceada, pero para poder hacerlo esas personas tendrían que conocer el papel que desempeña el ejercicio y la dieta en la salud y darse cuenta de su importancia. Para lograrlo la campaña informativa, según McGuire (1969), tendría que poseer cinco procesos diferentes:

- Atención de la audiencia, lo cual es difícil ya que se tendría que dar enormes cantidades de información continuamente
- Comprensión de la misma, ó sea que debe ser en términos comprensibles para la audiencia a quien se dirige.
- Aceptación de las propuestas que se plantean.
- Retención de las propuestas.
- Acción a través de la cual las personas se implican en el cambio hacia conductas más saludables.

La efectividad del mensaje depende mucho de quien lo presenta, asimismo, los mensajes son mas efectivos si se presentan a través de comunicadores que resultan atractivos personalmente para el publico, seguros en la transmisión del mensaje y son percibidos en cierta medida por la audiencia como similares a ella. Los mensajes deben ser claros y concisos y no demasiado complejos. El tipo de argumento dependerá de la audiencia a quien se dirija el mensaje.

En el segundo punto se hace referencia a que la gente aceptaría mejor la información y cambiaría sus actitudes y conductas si provoca cierto miedo y aprehensión. Esto es muy viable en el campo de la salud puesto que el objetivo del cambio de los hábitos de riesgo es evitar futuras enfermedades y discapacidades. El mensaje debe convencer a las personas de que las consecuencias por malos hábitos son reales y no son exentos de afectarles.

Por último y más importante esta el cambio de actitud y cambio de conducta. Sobre todo tomando en cuenta las posturas primarias y secundarias de la prevención. Las

investigaciones sobre la relación entre estos son muy variadas, ya que aunque se considera que para un cambio real están muy relacionados, en otros casos no es significativo. Los intentos de prevenir la enfermedad basados en el cambio de actitud también han constatado esos efectos contradictorios. Se puede influir, en cierta medida, en las conductas de salud a través del cambio de actitud; sin embargo, esto es más probable bajo ciertas circunstancias, en general parece que las actitudes tendrán una mayor influencia sobre la conducta cuando se adquieren a través de una experiencia directa, cuando son fácilmente accesibles y son relevantes y tienen interés para la persona (Fazio, 1989). Además, el cambio de actitud tendrá mas efecto sobre la conducta cuando es consistente, o al menos, no entra en contradicción con las normas prevalentes. (citado en Amigo, Fernández y Pérez, 1998)

3.5 Creencias de salud.

La disposición de una persona para adoptar una conducta de salud está en función de dos factores:

- la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad
- y la severidad percibida de las consecuencias de la enfermedad.

Pero la decisión de si se inicia una acción dependerá de la evaluación que se haga de las conductas de salud potenciales. Dichas conductas serán evaluadas desde el punto de vista de su relación coste-beneficio.

Una clase de creencia que puede influir decisivamente en la práctica de la salud son las relacionadas con la vulnerabilidad percibida por el propio sujeto. En general, las personas tienden a ver el futuro de su salud de un modo excesivamente optimista y poco realista. Cuando se evalúa la probabilidad de padecer una enfermedad en el futuro, la mayoría cree tener una probabilidad muy por debajo de la media de padecer alguna alteración biológica, todo lo cual constituye una importante barrea psicológica para modificar los hábitos saludables (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Para Oblitas (2004) las creencias sobre la salud influyen marcadamente sobre los hábitos de las personas. Cada cual construye un modelo explicativo acerca de la salud, de las

causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma, así como el concepto acerca de la forma en que se deben implementar los cambios. Una persona puede creer que mediante una dieta vegetariana y actividad física regular, puede evitar el riesgo de contraer cáncer, o bien que, independientemente del estilo de vida que se lleve, mediante estudios médicos periódicos se elimina el riesgo de padecer cierto tipo de enfermedad.

3.6 Hábitos Saludables.

Las acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias biológicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad es una creencias que durante siglos han conocido y cultivado todas las civilizaciones (Olguín y Sánchez, 2003).

En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud descubiertos a través de la investigación epidemiológica. De los más relevantes se pueden mencionar los siguientes:

1. *Practicar ejercicio físico:* realizar una actividad física (cualquier movimiento que da lugar a un gasto de energía) moderada con regularidad es una de las maneras más sencilla de mejorar la salud y mantenerse sano. Tiene el potencial de prevenir y controlar ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, la diabetes, la obesidad y la osteoporosis. Datos preliminares de un estudio de la OMS sobre los factores de riesgo, indican que la inactividad física, o el sedentarismo es una de las diez primeras causas mundiales de defunción y discapacidad. Más de dos millones de muertes anuales son atribuidas a la inactividad física. Entre el 60% y el 85 % de los adultos de países de todo el mundo no realiza suficiente actividad para favorecer la salud.
2. *Nutrición adecuada:* los hábitos alimentarios de las personas en sociedades desarrolladas han pasado desde los estragos de la deficiencia dietéticas de principios de siglos a los estragos derivados de exceso en las últimas décadas. Una nutrición adecuada es importante para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia, por ejemplo la diabetes y la caries dental. (Becoña, Oblitas y Vázquez, 2000)

3. *Higiene personal*: la higiene es otro elemento importante que debe tomarse en cuenta en un estado saludable, éstas se refiere a reglas básicas como bañarse diariamente e higiene bucal. Es importante formular medidas higiénicas para cada contexto de la población, ya que las comunidades difieren en recursos, por ello las intervenciones debes ser conjuntas, el equipo de salud debe trabajar a la par para crear condiciones necesarias para la ejecución de las anteriores recomendaciones.
4. *Examen Médico periódico*: la finalidad de estas revisiones es prevenir o descubrir la enfermedad en forma temprana antes de producir síntomas, incluye visitas por lo menos cada año al medico general, al dentista, ginecólogo u otro especialista, no es necesario presentar algún síntoma para asistir a revisión.
5. *Evitar situaciones estresantes o sentimientos negativos*, aunque esto es muy difícil de identificar o controlar debido a la situación actual y las exigencias diarias, esto también es importante para tener una buena salud biológica y psicológica¹.
6. *Sexo seguro*: Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen infecciones de transmisión sexual (gonorrea y herpes). Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante las últimas cuatro décadas pueden tratarse eficazmente. Los hábitos o conductas saludables relacionadas con la sexualidad, no sólo incluyen utilización de métodos anticonceptivos y de protección (condón, pastillas orales, inyecciones, diafragma, dispositivo intrauterino), sino también la toma de decisiones en cuanto a la edad en la cual iniciar un vida sexual.
7. *Adoptar comportamientos de seguridad*: Las muertes por accidentes persisten como la tercera causa en los países desarrollados. La mayor parte de los accidentes podrían evitarse, pues la mayoría son ocasionados por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones. Aproximadamente de las dos terceras partes de las muertes son intencionadas.

¹ Esto lo escribí yo.

8. *Evitar el consumo de drogas*: uno de los tres problemas que más preocupan son las drogas. En la sociedad actual, el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, etcétera) y legales (alcohol y tabaco) es un fenómeno que ha adquirido gran importancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud y dan lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía, enfermedades cerebrovasculares, entre otras.

(Quintanar, 2005)

3.7 Factores que pueden influir en las Creencias, Actitudes y Hábitos Saludables

La estimación que hace una persona acerca de las consecuencias de poner en acción ciertas estrategias de autorregulación tiene que ver directamente con las expectativas de resultados que se tenga sobre poner en práctica algún hábito saludable o una creencia sobre alguna enfermedad.

Los siguientes cuatro puntos pueden ser unos determinantes para que una creencia o hábito se lleve a cabo para la mejora de la salud.

- *Las percepciones de riesgo*

Oblitas (2004) señala que esto incluye la sensación de vulnerabilidad y gravedad percibida de una enfermedad, elementos que poseen un notable valor motivacional en el proceso de toma de decisiones. En ocasiones, el optimismo de ciertas personas las conducen a subestimar los riesgos objetivos, y por tanto, a no poner en práctica ciertas conductas precautorias con el fin de evitar consecuencias nocivas para su salud.

- *La clase y el entorno sociales.*

Estos pueden ejercer una notable influencia sobre los hábitos de salud de una persona. Por ejemplo, el grupo de iguales puede ser notable condicionante para que los adolescentes comiencen a fumar, ya que si la mayoría ejerce esta conducta puede inducir a otros para que la imiten por aceptación o apego al grupo.

- *La percepción del síntoma*

En el momento que aparecen algunos síntomas inesperados muchas personas deciden iniciar un cambio en ciertas conductas de salud. En muchas ocasiones los síntomas pueden considerarse como una señal de un potencial problema físico, y los cambios que producen en las conductas de salud constituyen una manera de reducir el riesgo percibido. Sin embargo, la influencia de estos síntomas suele ser sólo transitoria, por ejemplo, un fumador suele retomar el consumo de tabaco una vez que la tos ha cesado. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998)

- *Los estados emocionales*

La ansiedad, el aburrimiento u otros estados suelen desencadenar conductas perjudiciales para la salud (comer en exceso, beber demasiado alcohol, fumar, sedentarismo, etc.). Según Leventhal et al. (1985) se ha comprobado que una alta actividad emocional interfiere con los hábitos saludables de una persona (citado en Oblitas, 2004).

Ahora bien, existen diferencias de comportamiento frente al proceso salud-enfermedad que no son causales sino que están en relación a actitudes diferentes presentes en los grupos biológicos y sociales de la población: grupos de edad, género, presión o trabajo, culturales, de educación, etcétera (San Martín, 1981 en Quintanar, 2005)

Por otra parte los factores personales que controlan los hábitos de salud se encuentra la auto percepción de síntomas, los factores emocionales y las creencias y actitudes. Otra y muy importante, como ya se menciona, serían los factores sociales que ejercen una gran influencia en la adquisición y el mantenimiento de los hábitos de salud.

Sin embargo las actitudes y creencias que los individuos tienen para su salud son diversas, y a veces equivocadas, dando como resultado el gran número de enfermedades crónicas que actualmente se encuentran dentro de los primeros índices de mortalidad en nuestro país.

Es por ello que, estando dentro de las principales causa de muerte en nuestro país, siendo que es una enfermedad que va en aumento y para la cual hay que tomar medias precisas me parece importante definirla como tal. Ya que cuenta con gran influencia en lo cultural y consecuencia de una gran cantidad de hábitos y actitudes negativas para la salud.

CAPITULO 4

ENFERMEDADES CRÓNICAS

4.1 Definición

El considerable incremento sobre el control de muchas enfermedades infecciosas conocidas ha traído consigo una notable disminución en su tasa de mortalidad pero, a la vez, ha provocado una situación que posee una serie de importantes consecuencias, relevantes para el problema de calidad de vida entendida desde un punto de vista sanitario y la importancia de la enfermedad crónica en nuestros días (Buendía 1999).

Las *enfermedades crónicas*, se llaman así, porque se van desarrollando poco a poco y de manera silenciosa, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes, que hagan suponer que se están desarrollando.

Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría detectadas a tiempo son controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo. Aunque algunos autores como Jiménez (2001) las llamen “aquel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación del modo de vida del paciente y que es probable que persista durante largo tiempo”.

4.2 Como se adquieren

Una vez que se percibe una amenaza a nuestro bienestar psicológico o físico (real o imaginada) se ponen en marcha varios mecanismos fisiológicos. Por un lado, debido a la activación del sistema nervioso simpático, se liberan las hormonas llamadas adrenalina y noradrenalina, cuya función es preparar al organismo para la huida o lucha ante una amenaza (aumenta el metabolismo, el ritmo cardiaco y la frecuencia respiratoria, aumenta

la sudoración, mejora el flujo de oxígeno en los músculos vitales, etc.), es lo que solemos llamar ansiedad o nerviosismo. Cuando esta respuesta se vuelve crónica puede tener efectos perjudiciales en el organismo (Muñoz, 2005 citado en Zas). Es por esto que gran parte de la psicología de la salud (sin mencionar que toda) se centra fundamentalmente a las enfermedades crónicas

Hay situaciones que favorecen la aparición de la enfermedad: así, las situaciones de pérdida en general, bien de un ser querido, de un trabajo, o incluso de la estima personal, pueden conducir a un deterioro de la auto imagen y un aumento de los sentimientos depresivos y como consecuencia desencadenar la enfermedad. Existe pues una relación entre los acontecimientos vitales y la aparición de enfermedades. Toda situación de estrés vital favorece la aparición de la enfermedad (Llor, Abad, García y Nieto, 1998).

4.3 Como afectan

La enfermedades crónicas (y terminales) son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida¹ de los sujetos que las padecen con consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de una cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida (Oblitas, 2004).

El proceso de la enfermedad, su expresión clínica y sintomatología, daños y discapacidades que se derivan, repuesta afectiva del individuo y de su entorno familiar, son algunos de los elementos que deberían ser tomados en consideración a la hora de ofrecer una imagen de la enfermedad crónica y representan fuentes importantes de variación en repuesta a la misma entidad nosológica.

A partir de que aumentan de manera notoria las enfermedades crónicas en nuestro país empieza una conciencia hacia las mismas, su tratamiento para llevar una mejor calidad de vida para los que las padecen y la prevención para evitar acrecentamientos todavía mayores en la población actual y la que está por venir.

¹ Según la OMS esta se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona, y no solo la ausencia de síntomas o de afección determinada.

Es por esto que, en conjunto con la Psicología de la Salud y otros estudios se consideran a las creencias y hábitos como parte fundamental en la lucha contra éstos padecimientos, Álvarez (2002) propone tres puntos (basado en Janz y Becker, 1984) para determinar la importancia de estos factores de la siguiente manera:

1. Conceptualizar las creencias como elementos relevantes para la interpretación de las conductas de los individuos en lo referente a la salud y la enfermedad.
2. A partir del modelo que se ha implementado para este objetivo se ha demostrado, o se intenta demostrar que existe una fuerte relación entre la percepción de adquirir alguna enfermedad y las conductas preventivas.
3. El modelo presenta una congruencia entre las actitudes, creencias del sujeto y su conducta. Sin embargo es un hecho conocido por la Psicología que no es una relación perfecta y que varía dependiendo de la situación por lo que hay que profundizar en ellos.

Es por ello que, tomando en cuenta todo lo anterior, la investigación se dirigió bajo los siguientes objetivos y pregunta mostradas a continuación.

CAPITULO 5

MÉTODO

5.1 Pregunta de investigación

¿Dependiendo de las creencias actitudes y hábitos de las personas se tiene una mayor salud o mayor predisposición a la enfermedad?

5.2 Objetivos

- General:

Por medio de la descripción de las creencias, actitudes y hábitos de la población estudiada se establece una relación con la prevención de enfermedades, tomando en cuenta a las crónicas, para implementar el fomento y mantenimiento de la salud.

- Específicos:

1. Hacer un reconocimiento de la salud y enfermedad a partir de su desarrollo y comprender mejor el concepto.
2. Analizar la importancia de la psicología de la salud para una mejor comprensión en este ámbito, tomando en cuenta su evolución.
3. Tomar en cuenta factores que influyen en las creencias, actitudes y hábitos negativos y de salud, para explicar la adquisición de los mismos
4. Determinar si existe una prevención real en la población que vive en la zona metropolitana de la ciudad de México.
5. Evaluar la influencia de los factores antes mencionados para una mayor probabilidad de aparición de alguna enfermedad crónica.

5.3 Hipótesis

Aunque la investigación que se realizó es no experimental, descriptiva y explicativa se formulo la siguiente hipótesis tomando en cuenta que los datos se van a considerar por si

mismos, y solo se utilizaría para intentar dar una propuesta al final del mismo. Así se considero que la hipótesis de este trabajo seria: Dependiendo de las creencias y los hábitos saludables entonces se pueden establecer programas de prevención de la enfermedad en general

5.4 Sujetos

Se tomo una muestra no probabilística de 966 sujetos, de una edad de 17 a 77 años y ambos sexos.

La población se obtuvo de:

- Usuarios del Sistema Salud. Pacientes de consulta externa e interna de los centros : Hospital MIG, Hospital Español, Hospital Juárez, Hospital 1º de Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI
- Comunidades. Sujetos pertenecientes a una agrupación sin importar el sexo ni el nivel socioeconómico
- Familias. Conformadas por padres, madres e hijos.
- En instituciones (sector salud). Prestadores de servicios enfermeras, técnicos, etc. Administradores y profesionales, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

5.5 Escenario

- Sector salud: salas de espera para consulta externa de los Hospitales antes mencionados.
- Comunidades: Sociedad de Colonos del Fraccionamiento Bosques de Aragón S.C. y Sociedad de Colonos de Lindavista S.C.
- Familias: se solicito la participación de las familias cuyos hijos asisten a los colegios: Escuela Primaria “Thomas Alva Edison” A.C., Secundaria “Colegio Cultural México” A.C. y Escuela Nacional Preparatoria N° 7 “Justo Sierra” UNAM
- Instituciones: profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

5.6 Definición de variables

- Genero
- Creencias y Hábitos de salud

5.7 Materiales e Instrumentos

- Materiales
 - Formatos de instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud” (Ramírez y Cortes, 200)
 - Bolígrafos

- Instrumentos

Se utilizaron las escalas elaboradas por Ramírez y Cortés (2000)

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

La confiabilidad del instrumento se obtuvo a partir de un estudio piloto empleado en una prueba Test-Retest (la cual consiste en aplicar el instrumento a población específica y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de cierto periodo de tiempo, para evaluar la confiabilidad entre ambos resultados). Se utilizó un intervalo de tres semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos; tanto hombres como mujeres, todos usuarios de cualquier servicio de salud, ya sea público o privado. El rango de edad fue entre 17 a 77 años.

El instrumento se aplicó en las salas de espera en hospitales públicos y privados, con un promedio de aplicación de 20 minutos de manera grupal o individual; cabe mencionar que durante la aplicación se encontraban los investigadores. Se obtuvo una confiabilidad Test-Retest mayor a 70 en la mayoría de las escalas. Lo anterior mostró que el instrumento mencionado es confiable para su aplicación en la población.

Para esta investigación se utilizaron los siguientes reactivos de cada escala:

ESCALA	REACTIVOS
Creencias y Actitudes de Salud	47, 50, 51, 52, 55, 58, 62, 67, 69
Hábitos de Salud	4, 18, 19, 22, 24, 25, 26, 33, 34, 35, 36,
Prevención	28, 30, 32, 38, 64, 65
Enfermedad crónica	39, 40, 41, 42, 54

5.8 Procedimiento

Diseño de investigación

La investigación fue descriptiva, no experimental y se realizó un análisis no paramétrico de los datos.

5.9 Fases

1. Aplicación de instrumento: Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones antes mencionadas (Sector Salud, Comunidades, Instituciones y Escuelas), con el previo consentimiento institucional y personal de cada individuo. En algunos casos (Hospitales Públicos) se administrara grupalmente ya que en algunas salas de espera se encontraron hasta 25 pacientes al mismo tiempo, lo anterior dependió del número de sujetos encontrados y su disponibilidad en aceptación y tiempo. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían. El tiempo estimado para responder el instrumento fue de 20 minutos y se aplico una sola vez para cada sujeto.
2. Captura de datos: los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS, versión 10.0.
3. Análisis de datos: Se obtuvo la frecuencia de cada reactivo. Se utilizó una prueba no paramétrica (χ^2 y Coeficiente e Contingencia) para relación entre cada variable (VI y VD).

CAPITULO 6

ANÁLISIS DE DATOS

Para la realización de éste se llevó a cabo un análisis no paramétrico de datos, en el cual se utilizó la prueba X^2 y el coeficiente de Contingencia de Pearson para determinar la relación entre las variables y categorías, tomando como nivel de significancia 0.05 ya que la prueba estadística evalúa hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

Del instrumento utilizado se seleccionaron los reactivos relacionados con las creencias y actitudes saludables; hábitos saludables, prevención y enfermedad crónica; las cuales se relacionaron con la variables de género.

Cuando la correlación resulto ser significativa, los resultados se presentaron en tablas de contingencia con tabulación cruzada, ya que cada una contiene dos variables y a su vez cada variable está dividida en más de tres categorías (opciones de respuesta). Así mismo, se presentará la grafica correspondiente para mostrar claramente las diferencias en la frecuencia.

El instrumento se dividió en tres áreas por lo que los resultados se dividen en las siguientes categorías y subcategorías:

- Datos generales de la población

- Creencias y actitudes de salud
 - a) Actitud con mi salud
 - b) Creencias sobre la importancia de la salud
 - c) Confianza en sistema de salud

- Hábitos positivos y negativos
 - a) Hábitos Positivos

- b) Hábitos Negativos
 - Prevención
 - a) Autocuidado
 - b) Valores de salud
 - c) Correlación de ítems Prevención y Enfermedad Crónica
 - Enfermedad crónica
 - a) Situación de salud
 - b) Correlación entre ítems ss y Enfermedad crónica
 - c) Enfermedad crónica

6.1 Datos Generales De La Población

GENERO			
		Frequency	Percent
Valid	Masculino	449	44.9
	Femenino	549	54.9
	Total	998	99.8

Tabla 1. Porcentaje y frecuencia de hombres y mujeres de la muestra

Se puede observar que el numero de mujeres ($n= 549$) es mayor al de hombres ($n= 449$), además de el porcentaje obtenido por cada uno

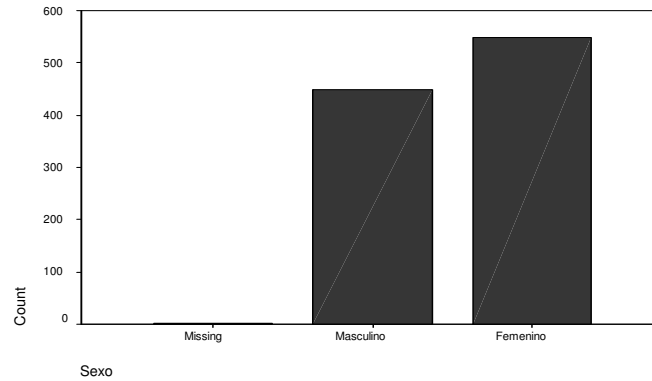


Fig. 1 Frecuencia de hombres y mujeres de la muestra

La figura muestra que la muestra tomada para la realización del estudio esta conformada en su mayoría por mujeres (54.9%), dejando a los hombres con un porcentaje menor (49.9%). La diferencia entre ambos géneros es notable, ya que 100 sujetos hacen la diferencia entre uno y otro

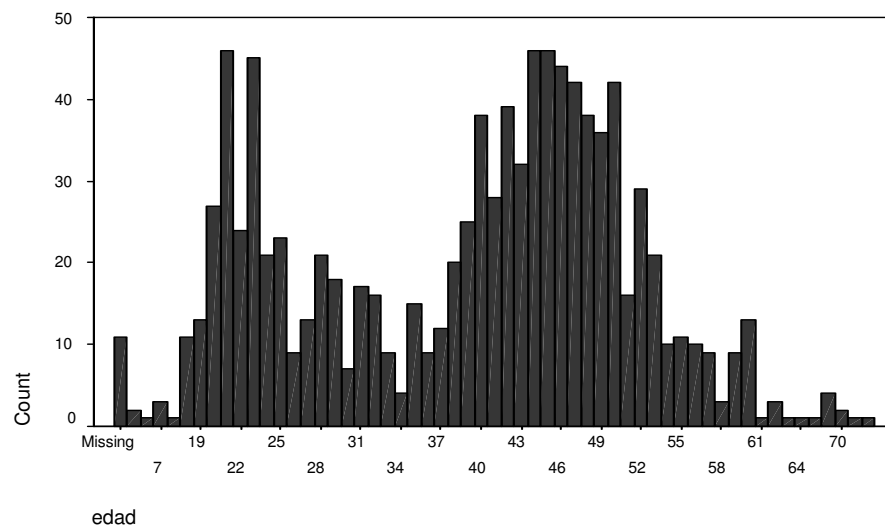


Fig. 2 Frecuencias de edad de los sujetos de la muestra

Se puede observar que los rangos de edad van desde los 17 hasta los 77 años, siendo mas predominantes los de 21, 23, 44- 47 y 50; así mismo un numero muy reducido de sujetos se encontró entre los 17-19 y 61-77 años de edad, aunque también el grupo de 38-53 es de alta frecuencia

ESCOLARIDAD			
		Frequency	Percent
Valid	PRIMARIA	156	15.6
	SECUNDARIA	135	13.5
	PREPARATORIA	167	16.7
	CARRERA TECNICA	187	18.7
	PROFESIONAL	334	33.4
	NINGUNA	18	1.8
	Total	997	99.7
Total		1000	100.0

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje del grado escolar de la muestra

Se observa el grado escolar de los sujetos utilizados en la prueba estadística, así como el porcentaje que cada uno ocupa dentro de la población total., reportando que un 98.2% de la muestra cuenta con un grado escolar y solo un 1.8% no lo tiene

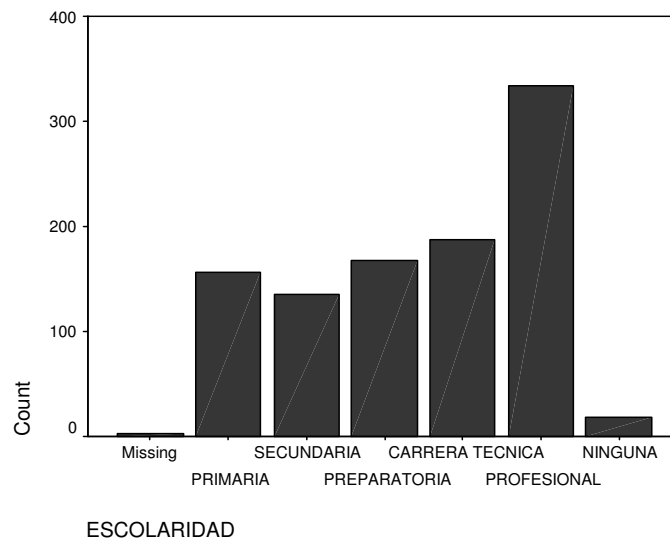


Fig. 3 Grado escolar de los participantes

Esta grafica muestra que los mayoría de los sujetos cuentan con conocimiento académico. El grado escolar con mayor frecuencia es el profesional con 34.4%, la carrera técnica, preparatoria, secundaria y primaria tienen un porcentaje semejante, aunque pocos fueron los que no contaban con ninguna de estas preparaciones

ESCOLARIDAD / GENERO								
		Escolaridad						Total
		PRIMARIA	SECUN DARIA	PREPAR ATORIA	CARRERA TECNICA	PROFESI ONAL	NINGUNA	
Genero	Masculino	55	61	93	67	168	4	448
	Femenino	101	74	74	120	166	14	549
Total		156	135	167	187	334	18	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27.618	5	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.164			.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.049	.032	-1.535	.125

Tabla 3. Frecuencia de las variables escolaridad y genero.

Se muestran las frecuencias de cada respuesta para la correlación de escolaridad y genero, la cual según la prueba χ^2 tienen una sig.=.000, lo cual indican que están estrechamente relacionadas

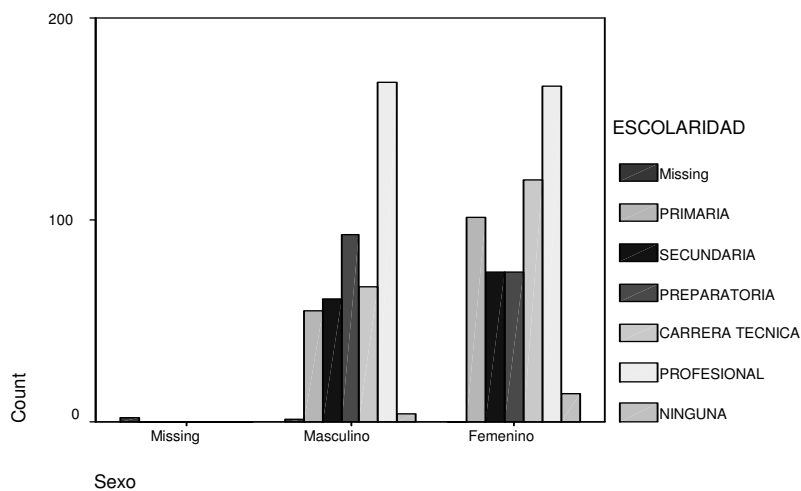


Fig. 4 Frecuencia de las variables escolaridad y genero

En la grafica se puede observar que para ambos géneros la escolaridad mas alta es la profesional. En el caso de las mujeres esta seguida por carrera técnica, primaria y en igual numero secundaria y preparatoria. Por el contrario los hombres muestran un mayor numero en preparatoria seguido de carrera técnica, secundaria y primaria

6.2 Creencias Y Actitudes

a) Creencias sobre la importancia de la salud

BUENA SALUD PARA SER PRODUCTIVO Y FELIZ / GENERO							
Buena salud para ser productivo							Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Genero	Masculino	23	7	41	39	337	448
	Femenino	18	28	47	58	397	548
Total		41	35	88	97	734	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.339	5	.020

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.115			.020
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.028	.032	-.878	.380

Tabla 4. Frecuencia de ambos géneros sobre es importante tener buena salud para ser productivo y feliz

En esta tabla se encuentra que las variables genero y tener buena salud para ser productivo y feliz están estadísticamente relacionadas con una sig.= 0.020, según los datos obtenidos por la prueba χ^2 . También se muestra la frecuencia obtenida para cada opción de respuesta.

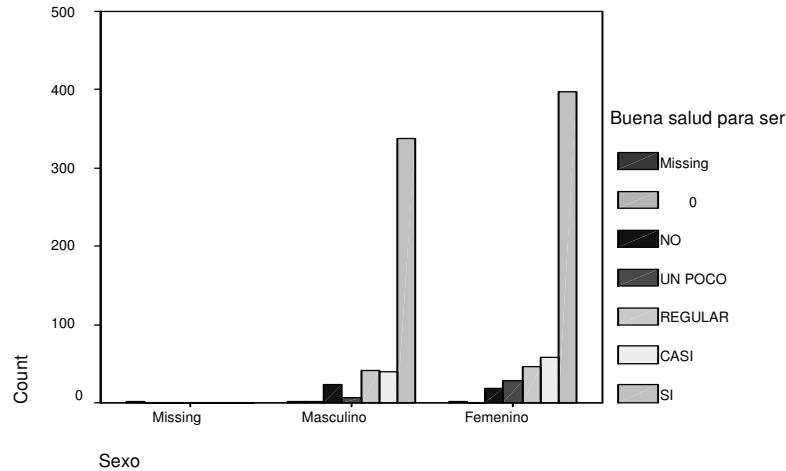


Fig. 5 Frecuencia de las opciones de respuesta emitidas por ambos géneros.

Se puede observar que tanto para las mujeres como los hombres es importante tener buena salud para ser productivo y feliz, ya que sus opciones de respuesta se ubican en “sí” como mayoría notable, seguidos de “casi”, “regular”, “un poco” y “no”; aunque esta última respuesta es mas notoria en los hombres que en la mujeres.

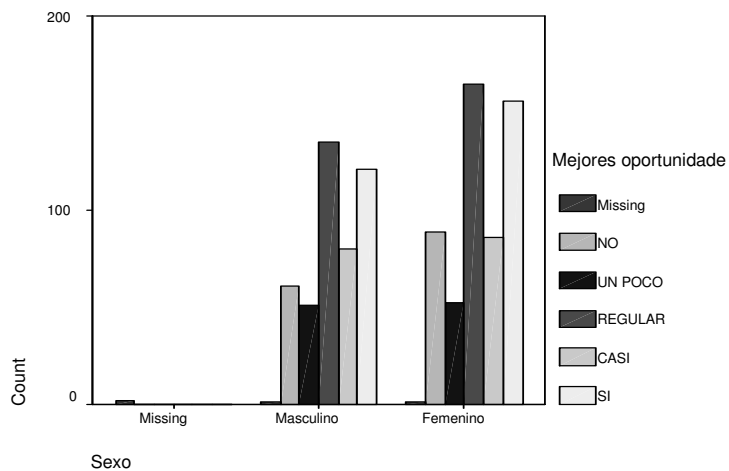


Fig. 6 Muestra de las opciones de respuesta emitidas por el genero masculino y femenino sobre mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad.

Las opciones de respuesta de hombres y mujeres es parecida, para ambos “regular” es la opción con “mayoría” y “un poco” es minoría, sin embargo las mujeres tienen un numero similar en el caso de las repuestas “no” y “casi” a diferencia de los hombres. Es por esto

que no existe relación estadística entre estas variables, ya que la diferencia entre las frecuencias de las opciones de respuesta son mínimas.

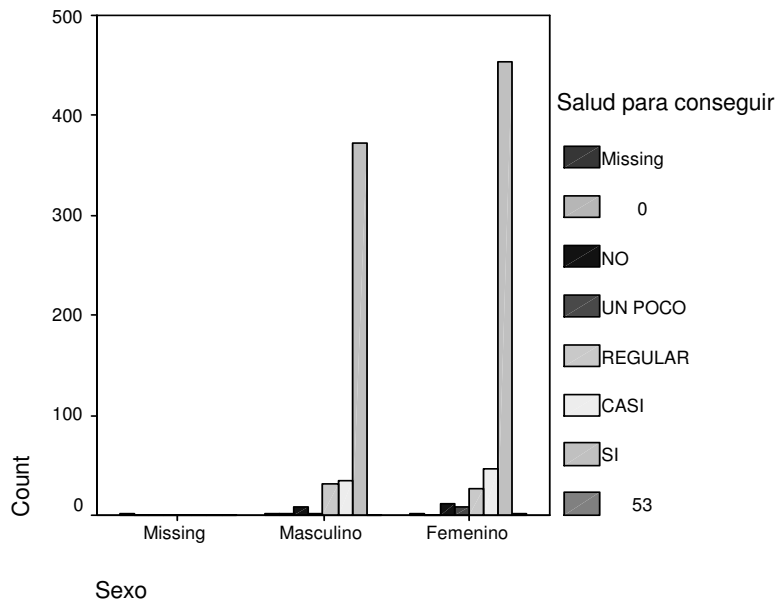


Fig. 7 Frecuencia de es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida y ambos géneros

La población de genero masculino y femenino considera que la salud para conseguir propósitos en la vida se encuentran dentro de la respuesta regular. Al ser una respuesta intermedia seguida de una minoría de "casi" da a suponer que los sujetos creen que la salud es importante pero no están totalmente de acuerdo con ello como para creer que su salud es necesaria para lograr sus propósitos.

b) *Actitud con mi salud*

ATENDER Y CUIDAR MI SALUD / GENERO							
						Total	
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Sexo	Masculino	14	62	153	76	139	448
	Femenino	31	102	174	87	154	548
Total		45	164	327	163	293	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13.129	5	.022

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.114			.022
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.061	.031	-1.912	.056

Tabla 5. Respuesta del genero masculino y femenino para la atención y cuidado de la salud.

Se realizo una comparación entre las variables genero y atender y cuidar mi salud. Se muestran las frecuencias que cada respuesta obtuvo, así como el resultado de la prueba χ^2 la cual arrojó una sig.=0.022, por lo que se puede decir que ambas variables están relacionadas estadísticamente.

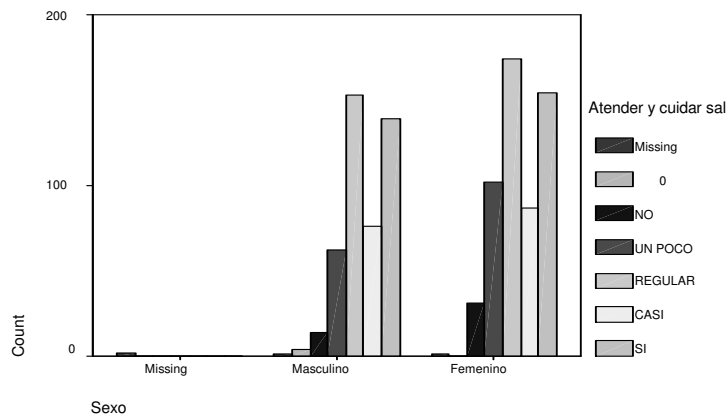


Fig. 8 Frecuencia para atender y cuidar la salud del genero masculino y femenino

Se puede observar que para ambos géneros tienen el mismo patrón de respuesta. Los dos se ubicaron en la opción "regular" y ay un gran porcentaje de sujetos que respondieron que "si" atienden y cuidan su salud.

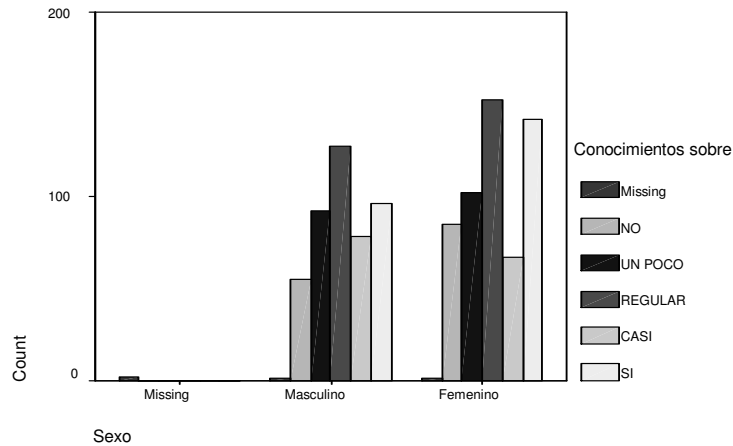


Fig. 9 Frecuencia Sobre Cuento Con Los Conocimientos Para Cuidar Mi Salud

Las variables de genero y conocimientos sobre la salud no muestran relación estadística de acuerdo a los resultados proporcionados a la prueba χ^2 . Es por ello que en la grafica se pede observar que la respuesta en la que un mayor numero de sujetos estuvieron de acuerdo fue en la de regular .

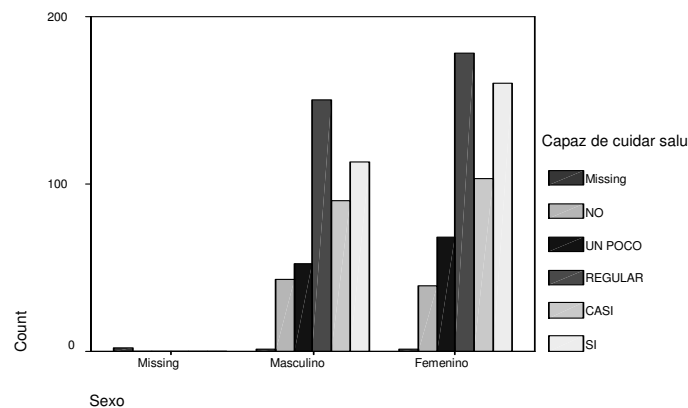


Fig. 10 Relación Entre Soy Capaz De Cuidar Mi Salud Y El Genero Masculino Y Femenino

El patrón de respuesta para ambos géneros se muestra muy similar, ya que concuerdan en tener "regular" capacidad para el cuidado de su salud, seguido de la respuesta "si", "casi", "un poco" y "no". Por lo que no hay relación estadística entre los géneros.

c) *Confianza en sistema de salud*

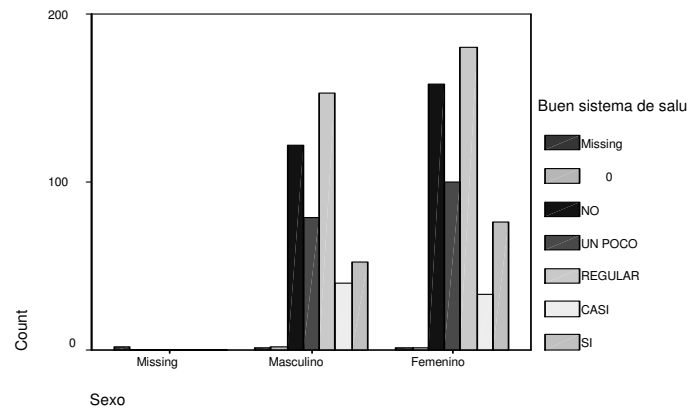


Fig. 11 Frecuencia de es bueno el sistema de salud en mi país por ambos géneros

Con lo que respecta a las variables de género y buen sistema de salud se puede observar que los sujetos dieron como respuesta “no” y “regular” en la mayoría de los casos, seguidos de “un poco”, “si” y “casi”; una minoría fue quien contesto que “no”, tal y como se muestra en la grafica, por lo que no hay relación estadística entre ambas.

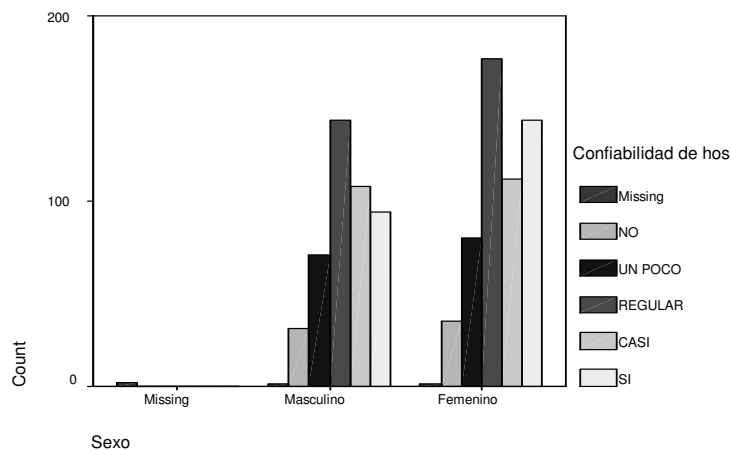


Fig. 12 Muestra las frecuencias para cada una de las respuestas de hombres y mujeres

En la grafica se muestra que ambos géneros con respecto a la pregunta sobre la confiabilidad en hospitales y médicos ubicaron sus patrones de respuesta en “regular”. Aunque para las mujeres la respuesta “si” fue también elevada a diferencia de los hombres, quienes consideran la respuesta “casi”.

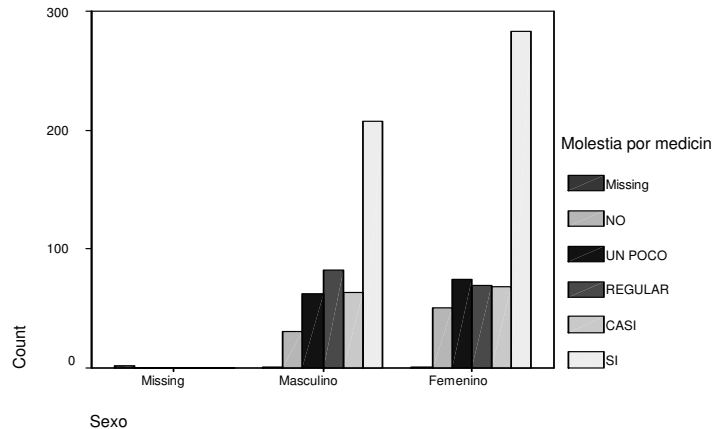


Fig. 13 Muestra la frecuencia de me molesta lo mal que se encuentra la medicina en mi país con relación a ambos Géneros.

Esta representación indica que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres ya que ambos contestaron que “si” sienten molestia por como se encuentra la medicina en su país como mayoría y “no” como minoría; seguidos de “regular” en el caso de los hombres y “un poco” en las mujeres.

6.3 Hábitos De Salud

a) Hábitos Positivos

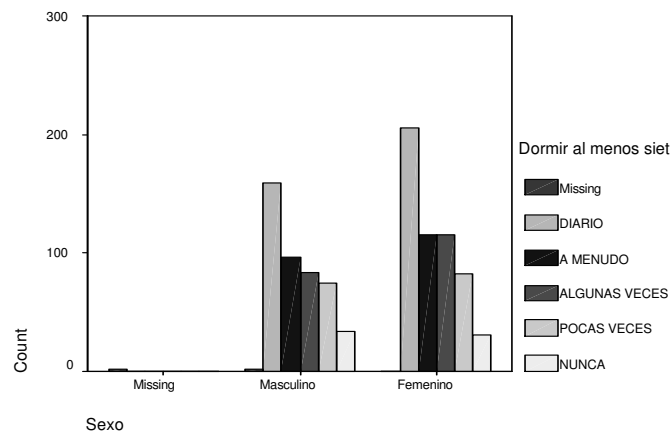


Fig. 14 Frecuencias de las opciones de respuesta emitidas por los géneros masculino y femenino

Los datos obtenidos por la prueba χ^2 muestran que no existe relación estadística entre las variables genero y dormir al menos siete horas al día ya que la mayoría de los sujetos de

ambos sexos se inclinaron por la respuesta de “diario” y aunque en menor frecuencia también destaco la respuesta “a menudo” y “algunas veces” siendo un poco mas marcado en el caso de las mujeres.

INGERIR ALIMENTOS NUTRITIVOS / GENERO							
Ingerir alimentos nutritivos							Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Genero	Masculino	113	166	121	39	6	448
	Femenino	168	231	106	36	8	549
Total		281	397	227	75	14	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15.734	5	.008

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.125			.008
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.088	.032	-2.788	.005

Tabla 6. Correlación de la variables ingerir alimentos nutritivos con género

El género y el reactivo ingerir alimentos nutritivos se encuentran relacionados significativamente, debido a que la prueba χ^2 arrojó una sig.=.008, por lo que las diferencias son significativas. Se observa además que ambos géneros a menudo llevan a cabo este hábito.

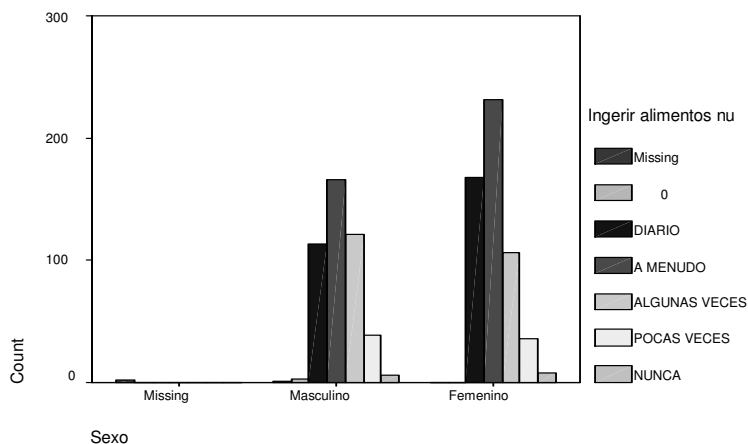


Fig. 15 Muestra las opciones de respuesta de los dos géneros.

En la figura se observa las diferencias entre las opciones de respuestas de los dos géneros. Se tiene que tanto hombres como mujeres consideran la respuesta a menudo como mayoría y nunca como minoría, sin embargo las mujeres presentan la diferencia de que su siguiente respuesta con altos puntajes es “diario”, seguida de “algunas veces”. En el caso de los hombres es “algunas veces” seguida de la respuesta “diario”

GÉNERO / CAMINAR A DIARIO								
Caminar a diario								Total
		0	DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Género	Masculino		149	82	100	93	24	448
	Femenino	2	108	101	138	129	71	549
Total		2	257	183	238	222	95	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.807	5	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.186			.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.163	.031	5.211	.000

Tabla 7. Indica las respuestas del género masculino y femenino

Al determinar los valores de la prueba X^2 , arrojó una sig.=0.000, lo cual indica que la variable género y caminar a diario tienen diferencias significativas, mostrando que existe una relación estadística entre ellas.

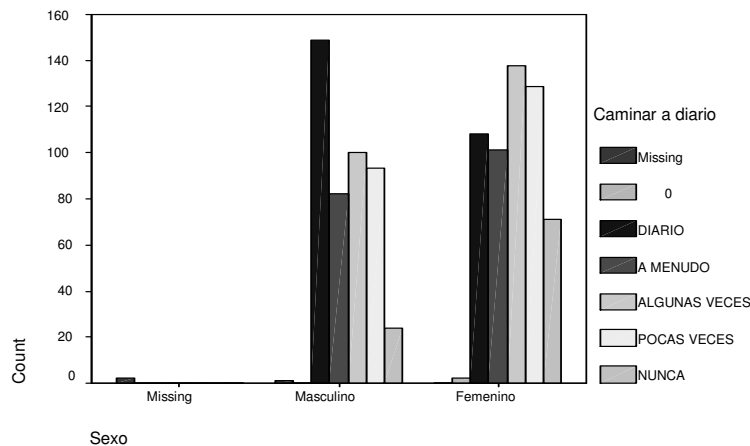


Fig. 16 frecuencias de ambos géneros y caminar a diario.

Se observa una gran diferencia entre las respuestas de ambos géneros. Por un lado el genero masculino afirma tener el hábito de caminar a diario. En el caso de las mujeres la respuestas con mayor puntaje fueron las de “algunas veces” y “pocas veces”, además es notoria la respuesta “nunca” pues también es un porcentaje significativo

EVITAR TENSION / GÉNERO							
Evitar tensión							Total
		NO	PROBABLEME NTE NO	REGULAR	PROBABLEME NTE SI	SI	
Género	Masculino	62	28	53	89	217	449
	Femenino	63	47	94	118	227	549
Total		125	75	147	207	444	998

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.631	4	.031

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.103			.031
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.054	.032	-1.716	.087

Tabla 8. Valores que se obtuvieron del análisis estadístico para el género y evitar tensión

La tabla presenta las repuestas de los géneros y la variable evitar tensión, a las cuales se les aplico la prueba χ^2 y se obtuvo que existe una relación entre ambas variables porque se tiene una sig.=.031, lo que indica que hubo diferencias significativas ente las frecuencias de cada opción de respuesta en ambos géneros.

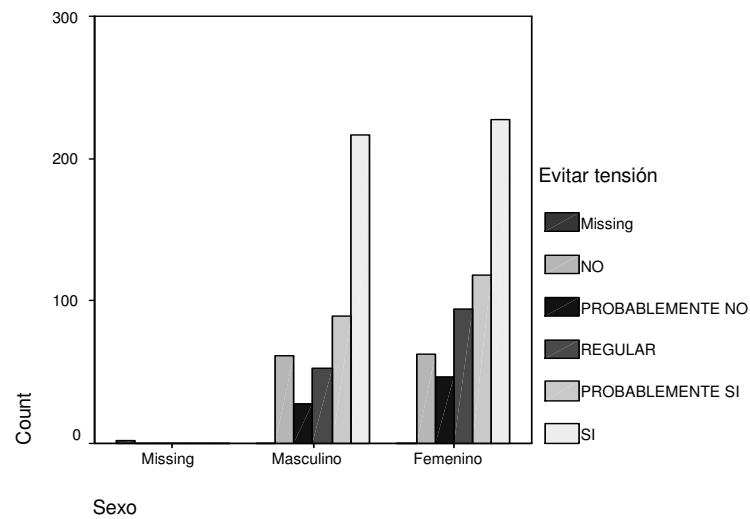


Fig. 17 Muestra los valores de los dos géneros para el reactivo evitar tensión

Las diferencias significativas entre las frecuencias de las opciones de respuesta se observan en las opciones “probablemente no” y “regular”, ya que las opciones de “si” y “no” son muy parecidas para ambos géneros

b) Hábitos negativos

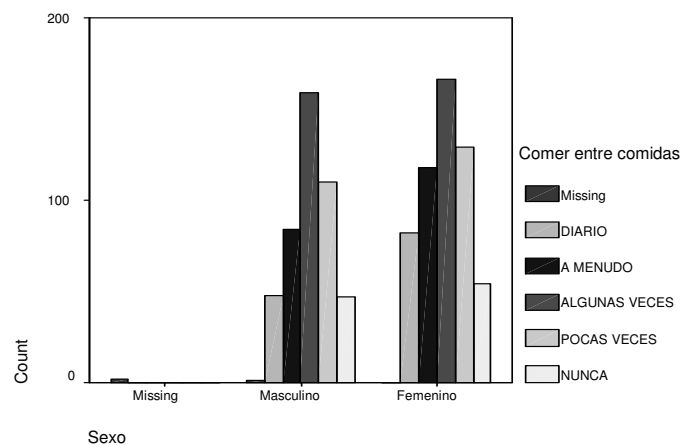


Fig. 18 Frecuencias aportadas por los géneros y el reactivo comer entre comidas

En los casos del género masculino y femenino se puede apreciar que los patrones de respuesta son muy similares, por lo que se puede considerar que hay diferencias significativas, no obstante se puede apreciar que en el caso de las mujeres la respuesta “diario” es más predominante que en el caso de los hombres.

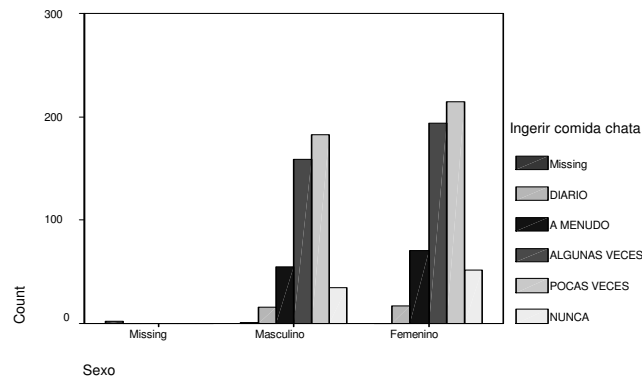


Fig. 19 Muestra las frecuencias de respuesta de los géneros masculino y femenino

Ingerir comida chatarra y la variable género no tienen ninguna relación estadística, es por ello que no se presenta la tabla correspondiente. Existen diferencias escasas en la opción de respuesta “nunca”, ya que es más notoria en el caso de las mujeres a comparación de los hombres.

TOMAR CERVEZA / GENERO							
							Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Genero	Masculino	11	58	139	148	92	448
	Femenino	13	23	79	154	279	549
Total		24	81	218	302	371	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	118.160	5	.000

		Value	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.326		.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.327	10.922	.000

Tabla 9. Indica la frecuencia de tomar cerveza y el género masculino y femenino

Al determinar los valores de la prueba χ^2 , arrojó una sig.=.000, lo cual indica que la variable género y tomar cerveza tienen diferencias significativas, mostrando que existe una relación estadística entre estas.

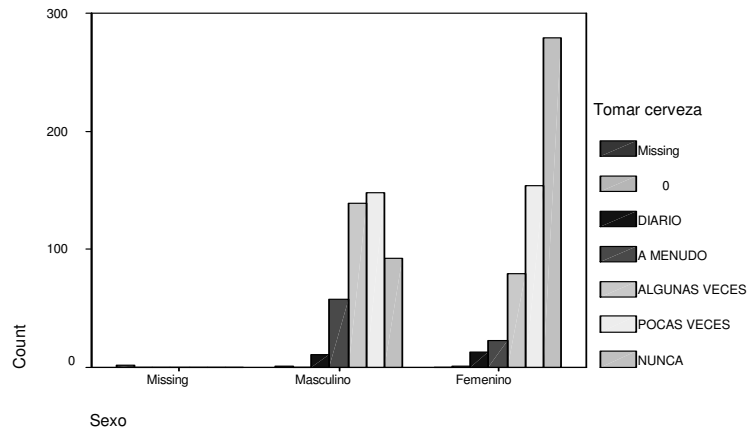


Fig. 20 Frecuencia de tomar cerveza del género masculino y femenino.

Se observa una gran diferencia entre las repuestas de ambos géneros, pues en el caso de las mujeres la respuesta “nunca” fue la que obtuvo una mayor frecuencia, seguido de pocas veces y algunas veces con una notable disminución; a comparación de los hombres los cuales tienen como respuestas mayoritarias a “pocas veces” y “algunas veces”, seguidos de “nunca” y “a menudo” con pocas diferencias entre estas..

CONSUMIR TABACO / GENERO							
Consumir tabaco							Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Genero	Masculino	99	34	41	67	207	448
	Femenino	67	34	29	56	363	549
Total		166	68	70	123	570	997
		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	Pearson Chi-Square	42.105	4	.000			
		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.		
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.201			.000		
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.198	.031	6.382	.000		

Tabla 10. Frecuencia de el genero con consumir tabaco

La prueba χ^2 arrojó una sig=.000, indicando que el genero y consumir tabaco son dos variables que tienen una relación estadística y que las diferencias entre estas son significativas

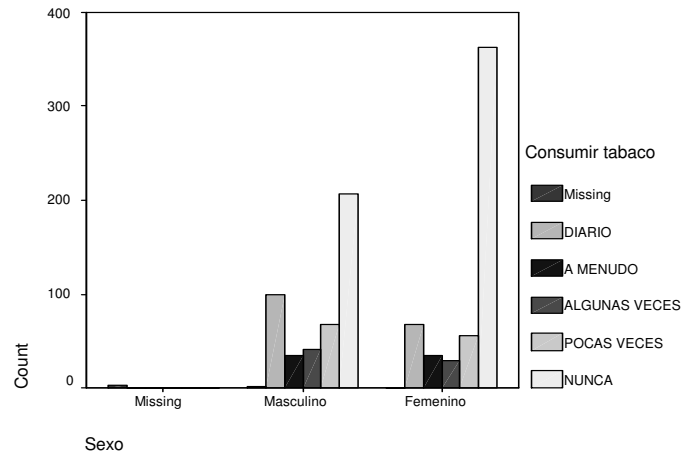


Fig. 21 Frecuencia del genero para consumir tabaco

El habito negativo de consumir tabaco “nunca” lo realizan como mayoría ambos géneros, aunque es mas notoria la diferencia en el caso de las mujeres ya que su frecuencia de “diario” es mucho menor a comparación con la de los hombres, seguida de “pocas veces” en ambos casos. Las diferencias significativas se observan en las cinco opciones de respuesta.

TOMAR VINO / GENERO							
Tomar vino							Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Género	Masculino	10	23	105	193	117	448
	Femenino	6	21	85	179	258	549
Total		16	44	190	372	375	997
		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	Pearson Chi-Square	46.990	4	.000			
		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.		
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.212			.000		
Ordinal by Ordinal	Spearman	.203	.031	6.524	.000		

Tabla 11. Puntajes obtenidos de la aplicación de la prueba χ^2

Se indica una sig.=.000 obtenida de la aplicación de la prueba χ^2 al relacionar las variables genero y tomar vino, por lo tanto existen relaciones significativas entre las opciones de respuesta.

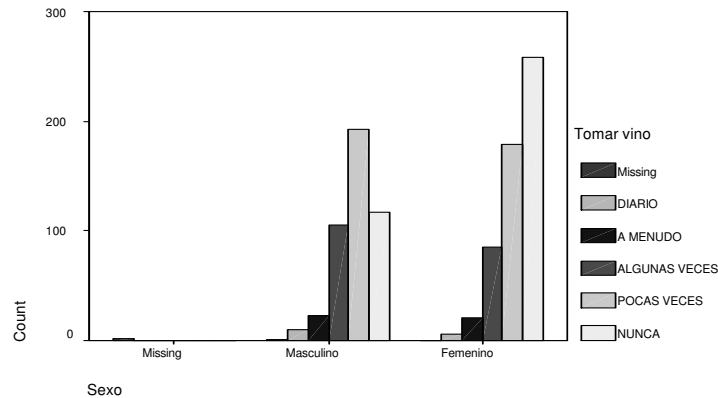


Fig. 22 Relación entre tomar vino y el genero

Se observan las diferencias significativas entre hombres y mujeres en las opciones de respuesta. En el caso de las mujeres “nunca” es su opción con mayor frecuencia, en el caso de los hombres es “pocas veces” es la que tuvo mayor puntaje, aunque para ambos casos las opciones de “diario y “ a menudo” tienen un muy bajo índice de respuesta.

TOMAR TEQUILA / GENERO							
		Tomar tequila					Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Genero	Masculino	10	40	126	180	92	448
	Femenino	7	27	92	157	266	549
Total		17	67	218	337	358	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	85.136	4	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.280			.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.272	.030	8.926	.000

Tabla 12. Relación de tomar tequila con el genero masculino y femenino.

Se determino que el genero y el tomar tequila tiene una relación estadística, pues la prueba χ^2 arrojó una sig.=.000. además se pueden observar los puntajes obtenidos en a cada una de las opciones de respuesta de ambos géneros.

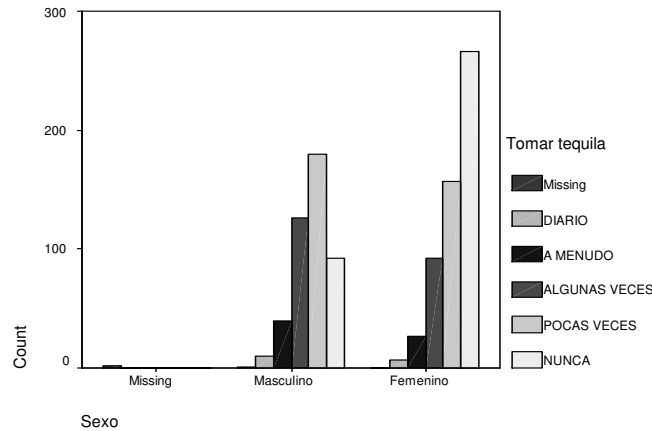


Fig. 23 Puntajes emitidos por los géneros masculino y femenino respecto a la variable tomar tequila.

Se observa que los hombres tienden a beber tequila “pocas veces” como mayoría, aunque “algunas veces” y “nunca” también son significativos. Al contrario de las mujeres quienes afirman que “nunca” lo hacen como mayoría, seguido de “pocas veces” y “algunas veces”. En ambos casos a menudo y diario son minoría por lo que su patrón de respuesta es muy similar.

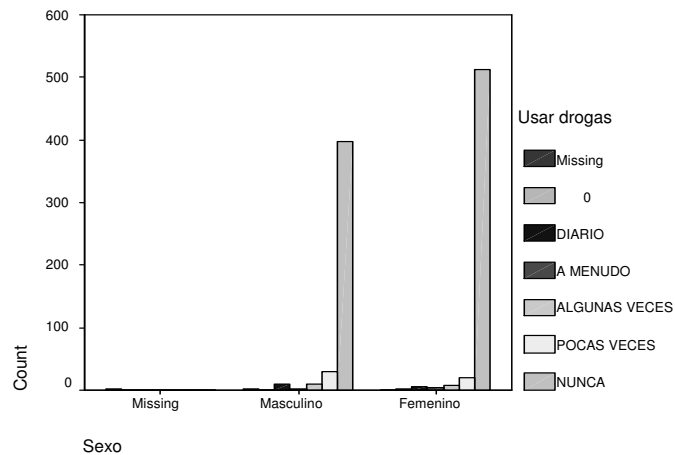


Fig. 24 Frecuencias obtenidas al relacionar las variables genero y usar drogas.

Es evidente que solo un porcentaje muy pequeño de la población encuestada consume drogas “diario”, “a menudo”, “algunas veces” o incluso “pocas veces”; “nunca” es la opción de respuesta mas sobresaliente tanto para hombres como para mujeres, por lo que no

existen diferencias significativas debido a que las respuesta son muy similares entre los géneros.

6.4 Prevención

a) *Autocuidado*

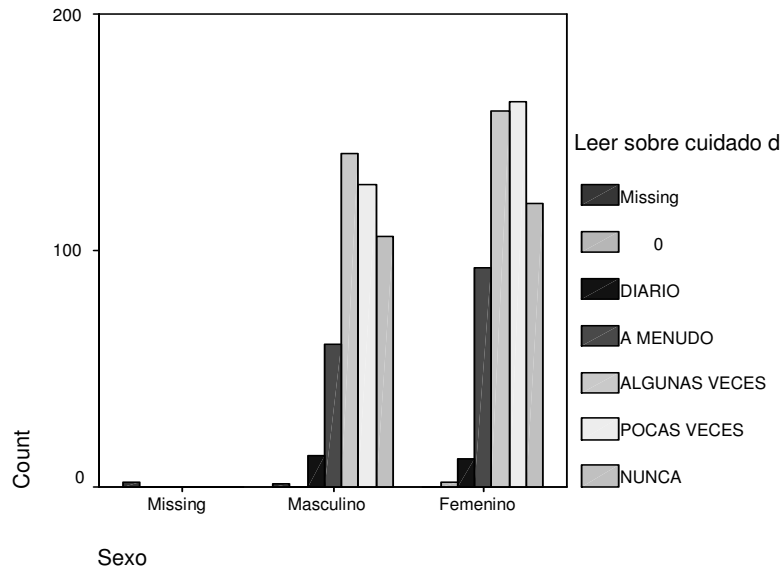


Fig. 25 Frecuencia de las variables leer sobre el cuidado de la salud y el genero

En la gráfica se puede observar que en el caso de hombres y mujeres no hay gran diferencia en sus opciones de respuesta, aunque solo se muestra una diferencia en las opciones “algunas veces” y “pocas veces”, ya que en el caso de los hombres la primera muestra una mayor aceptación por esta respuesta que por algunas veces a diferencia de las mujeres que es el caso contrario.

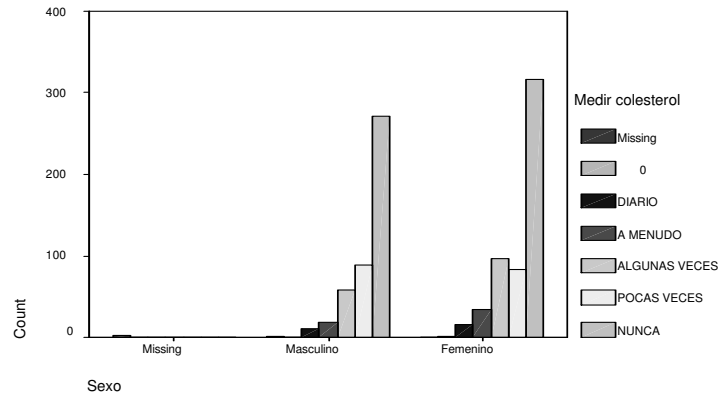


Fig. 26 Frecuencia de medir el colesterol y los géneros masculino y femenino

Se muestra que tanto para hombres como para mujeres no se mide el colesterol “nunca”, y solo una pequeña parte de la población encuestada lo realiza “pocas veces” o “algunas veces”, como se muestra, lo que indica que son muy pocas las personas que toman esta medida preventiva para evitar enfermedades que tengan que ver con niveles de colesterol altos.

REALIZAR EJERCICIO CON FUERZA Y ENERGÍA / GENERO							
Realizar ejercicio							Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Genero	Masculino	65	80	135	88	79	448
	Femenino	38	71	126	137	177	549
Total		103	151	261	225	256	997
		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
Pearson Chi-Square		47.366	5	.000			
		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.		
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.213			.000		
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.209	.031	6.728	.000		

Tabla 13. Muestra la relación de realizar ejercicio con el genero

Los datos obtenidos muestran que hay una diferencia significativa entre los géneros masculino y femenino de .000 con la pregunta de si se realiza ejercicio con fuerza y

energía. Siendo los hombres quienes lo realizan con mayor frecuencia tal y como muestran los puntajes.

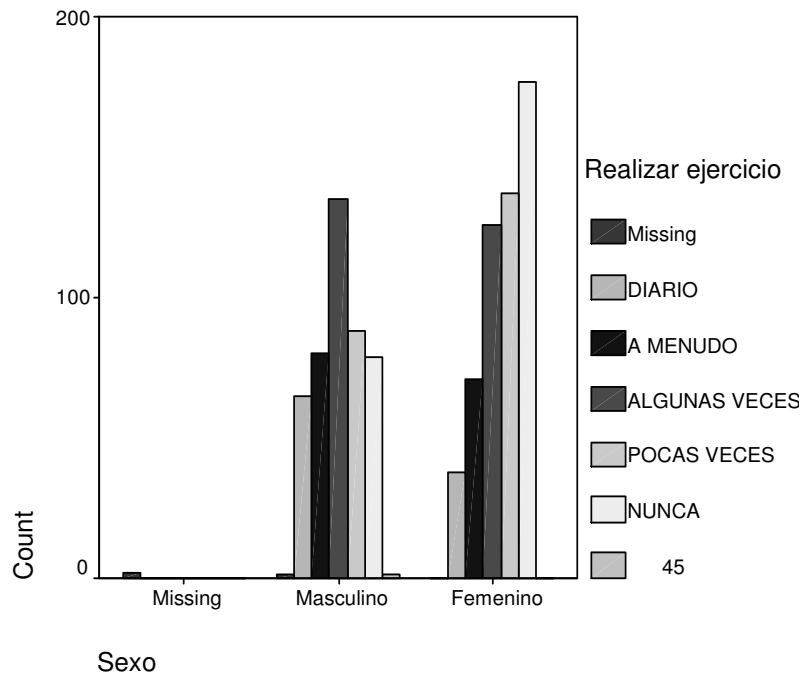


Fig. 27 Frecuencia de realizar ejercicio con los géneros masculino y femenino

La figura nos muestra que hay una gran cantidad de mujeres que “nunca” realizan ejercicio estando en menor porcentaje las que lo realizan a “diario”, sin embargo los hombres lo hacen de manera regular ya que su opción de respuesta con mayor puntaje fue la de “algunas veces”. Aunque diario, al igual que en el caso de las mujeres, también es la opción con menor puntaje.

USAR CINTURÓN DE SEGURIDAD / GENERO							
Usar cinturón de seguridad							Total
		DIARIO	A MENUDO	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	NUNCA	
Genero	Masculino	168	112	64	28	76	448
	Femenino	168	108	87	50	136	549
Total		336	220	151	78	212	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16.702	4	.002

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.128			.002
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.117	.031	3.708	.000

Tabla 14. Muestra los puntajes emitidos por los hombres y mujeres para el reactivo usar el cinturón de seguridad.

La tabla nos presenta una diferencia significativa entre hombres y mujeres, ya que de la prueba χ^2 se obtuvo una sig.=.002; además de mostrar los puntajes obtenidos en cada una de las opciones de respuesta emitidos.

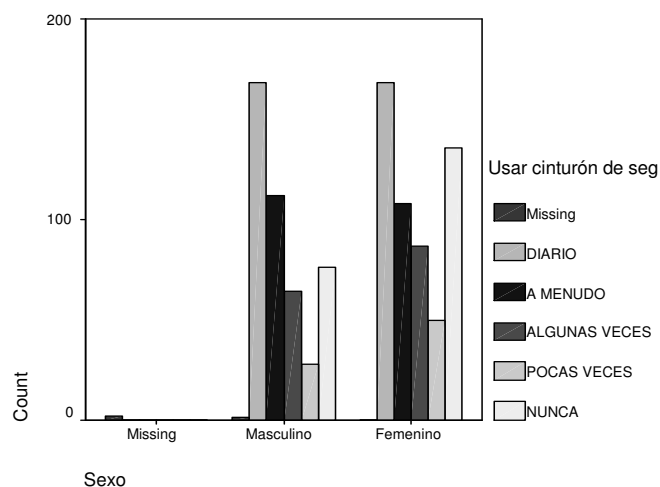


Fig. 28 Relación entre el género y usar el cinturón de seguridad

En las frecuencias obtenidas se puede observar que en ambos casos el usar el cinturón diario fue notablemente la opción que más utilizan los sujetos estudiados, aunque ay una

notable diferencia en el caso de las mujeres, debido a que sus puntajes de “nunca usar el cinturón también son altos en comparación de los hombres.

b) Valores de salud

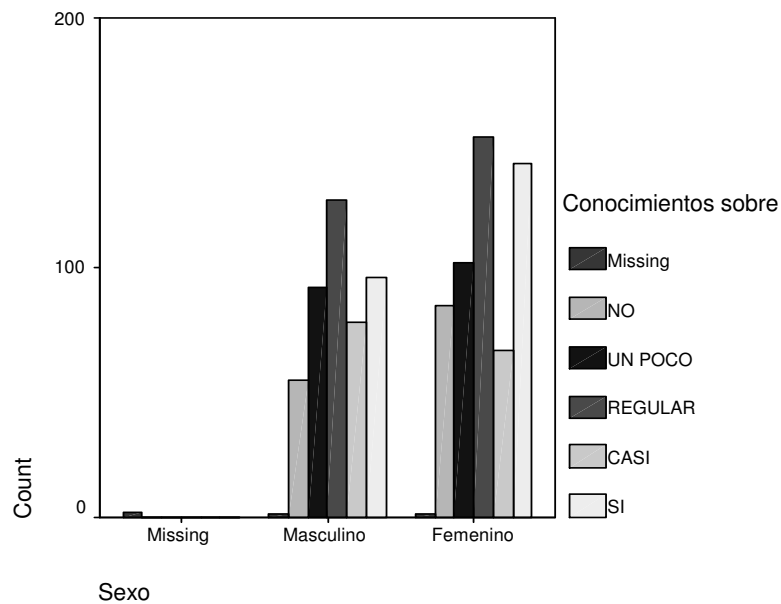


Fig. 29 Frecuencias emitidas por hombres y mujeres para el ítem conocimientos sobre la salud.

En la grafica se puede observar que no hay diferencia significativas entre las opciones de respuesta de los géneros masculino y femenino, ya que para ambos la respuesta regular es la de mayor puntaje, solo habría diferencia en que un gran porcentaje de mujeres considera que si cuenta con los conocimientos necesarios sobre salud a diferencia de los hombres.

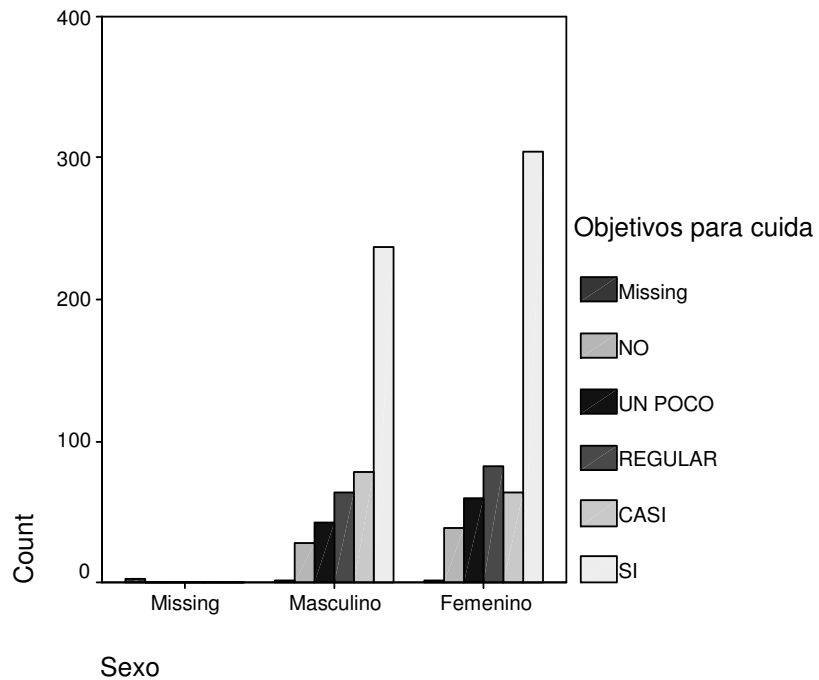


Fig. 30 Muestra la frecuencia sobre los objetivos que tienen ambos géneros para cuidar su salud

Tanto hombres como mujeres dicen tener objetivos para cuidar su salud en un porcentaje muy elevado, sin embargo, y aunque en menor número, hay quienes admiten no tener ningún objetivo para hacerlos. En el caso de las mujeres la respuesta que sigue a “sí” es “regular” a diferencia de los hombres, ya que la respuesta que seguiría para ellos es “casi”. Aunque un porcentaje notablemente mayor de la población toma en cuenta su salud, sigue habiendo personas que no la cuidan como se debería.

c) *Correlación de Ítems Sobre Prevención y Enfermedad Crónica*

REALIZAR EJERCICIO / ENFERMEDAD CRÓNICA							
		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
Realizar ejercicio	DIARIO	91	11			1	103
	A MENUDO	120	30		1		151
	ALGUNAS VECES	197	61	1		2	261
	POCAS VECES	176	47			1	224
	NUNCA	170	85	1			256
	45	1					1
Total		755	234	2	1	4	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35.645	20	.017

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.186			.017
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.127	.031	4.024	.000

Tabla 15. Muestra los puntajes obtenidos para los ítems realizar ejercicio y enfermedad crónica

Se realizó una comparación entre los ítems de realizar ejercicio todos los días y la presencia de alguna enfermedad crónica. en la tabla se muestra la frecuencia que se obtuvo en cada opción de respuesta, así como el resultado que arrojó la prueba χ^2 la cual al establecer la relación entre variables dio una sig.=.017 por lo que se puede decir que estas dos variables están relacionadas estadísticamente.

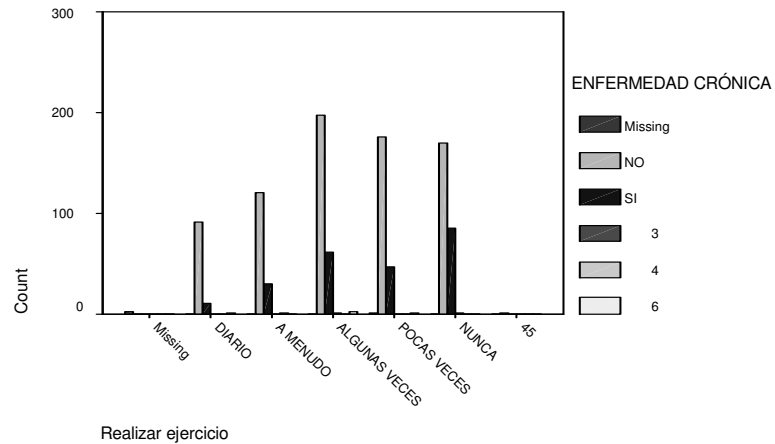


Fig. 31 Respuestas de la población al correlacionar enfermedad crónica y la realización de ejercicio diario

En la figura se puede observar que la opción “algunas veces” para la pregunta de si se realiza ejercicio todos los días fue la que obtuvo mayor puntaje en la muestra estudiada al hacer la correlación con la población que no presenta alguna enfermedad crónica, Sin embargo en la respuesta de “nunca” aparece un alto puntaje para las personas que si presentan alguna enfermedad crónica

INGERIR COMIDA CHATARRA / ENFERMEDAD CRÓNICA							
		ENFERMEDAD CRÓNICA					Total
		NO	SI	3	4	6	
Ingerir	DIARIO	20	12		1		33
	A MENUDO	96	27	1		2	126
Comida Chatarra	ALGUNAS VECES	280	71			1	352
	POCAS VECES	303	93	1		1	398
	NUNCA	56	31				87
Total		755	234	2	1	4	996
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)				

Tabla 16. Valores estadísticos de la correlación de ingerir comida chatarra y enfermedad crónica

De acuerdo con la prueba χ^2 se obtuvo una sig.=.000 por lo que ambas variables se encuentran estadísticamente relacionadas. También se muestran los puntajes que

arrojaron las diferentes opciones de respuesta de acuerdo con las variables “enfermedad crónica” e “ingerir comida chatarra”

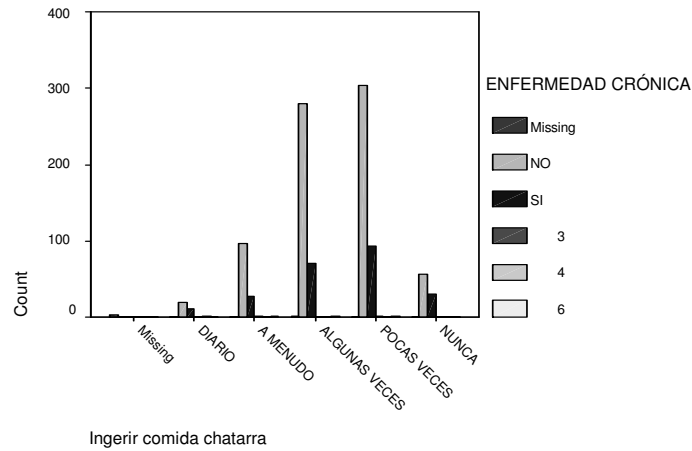


Fig. 32 Respuestas obtenidas de la correlación de dos variables.

Es muy notoria la diferencia de puntajes en las respuestas “algunas veces” y “pocas veces” para las personas que no presentan alguna enfermedad crónica, tomando en cuenta que fue muy poca la población que presenta enfermedad crónica también en estas opciones es donde mayor frecuencia hay de personas que si la presentan.

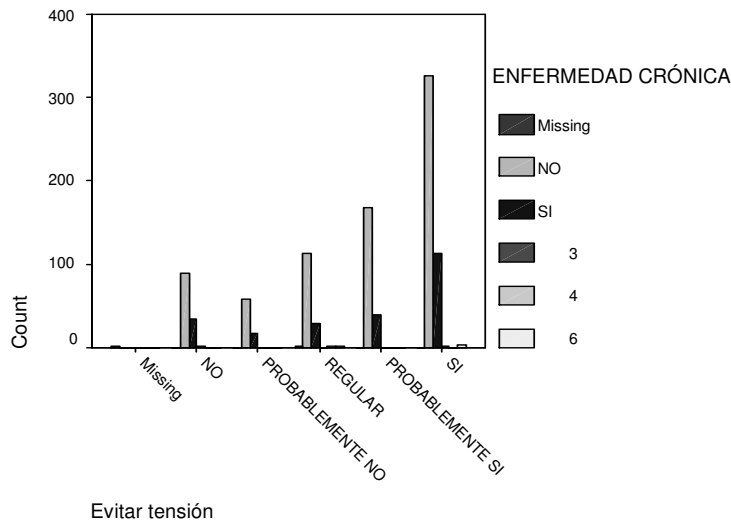


Fig. 33 Muestra las respuestas de la correlación entre evitar tensión y enfermedad crónica.

En la grafica se detalla los puntajes obtenidos para cada opción de respuesta y se puede observar que no existe una correlación entre las variables expuestas, la opción con mayor

aceptación fue la de “si” para los que no presentan una enfermedad crónica y “no” para los que si presentan enfermedad en mayor porcentaje después de la respuesta “si”.

6.5 Enfermedad Crónica

a) *Situación de salud*

ME ENFERMO MUY FRECUENTEMENTE / GENERO							
Enfermedad frecuente							Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Genero	Masculino	272	73	67	22	14	448
	Femenino	278	104	104	17	45	548
Total		550	177	171	39	59	996

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20.597	4	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.142			.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.105	.031	3.326	.001

Tabla 17. Respuestas de la pregunta me enfermo muy frecuentemente de ambos géneros

Se encontró que el genero y el ítem me enfermo muy frecuentemente son dos variables que se relacionan ($\chi^2 = 0.000$). En la tabla se muestran los valores obtenidos para el genero en cada una de las opciones de respuesta.

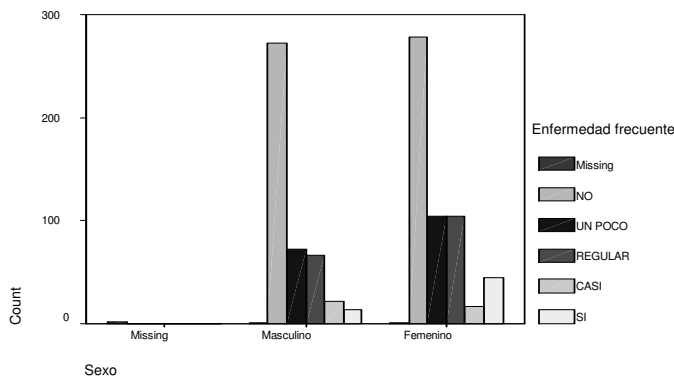


Fig. 34 Frecuencia de ambos géneros con respecto a la pregunta me enfermo muy frecuentemente.

Para hombres y mujeres el “no” enfermarse frecuentemente fue la opción de respuesta con mayor puntaje, en cambio las mujeres muestran, a diferencia de los hombres, un porcentaje mas elevado en las opciones “un poco” y “regular seguidos de la respuesta “si”. En el caso del genero masculino las respuestas van en descendencia del “no” hasta el “si” la cual tiene pocas respuestas por parte de ellos.

SALUD CON OTRAS PERSONAS / GENERO							
Salud con otras personas							Total
		PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
Genero	Masculino	4	10	117	228	89	448
	Femenino	15	40	163	258	70	549
Total		19	50	280	486	159	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	29.115	5	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.168			.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.146	.031	-4.658	.000

Tabla 18. Respuestas del genero masculino y femenino en relación a como consideran que esta su salud en comparación con la de otras personas.

Se presentan el numero de sujetos del genero masculino y femenino que contestaron a la pregunta “ como considera que esta su salud en comparación con la de otras personas de

su edad”. Así como el total de cada una de las opciones de respuesta. De igual forma se muestran los valores obtenidos por la prueba χ^2 dando una sig.= .000, correspondiendo a una relación entre ambas variables

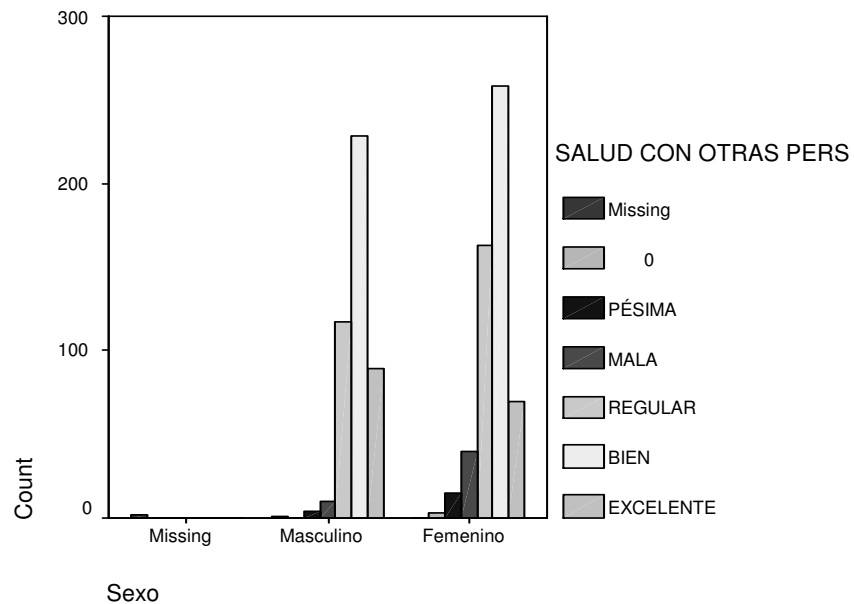


Fig. 35 Frecuencias de respuesta de los géneros masculino y femenino

En la grafica se puede observar que tanto en hombres como mujeres la opción de respuesta con mayor puntaje se encuentra ubicada en “bien”, no obstante en el caso de las mujeres la opción “regular” presenta números considerables seguido de “excelente” y “mala”, la cual presenta un porcentaje considerable. A diferencia los hombres se encuentran ubicados en las tres últimas opciones con un puntaje mínimo en las respuestas “pésima” y “mala”.

b) *Correlaciones Entre Ítems Sobre Prevención Y salud con otras personas*

EVITAR TENSIÓN / SALUD CON OTRAS PERSONAS								
Salud con otras personas								Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
Evitar tensión	NO		8	4	38	58	17	125
	PROBABLEMENTE NO	2	1	3	25	41	3	75
	REGULAR		1	11	52	63	19	146
	PROBABLEMENTE SI		2	7	57	115	26	207
	SI	1	7	25	108	209	94	444
Total		3	19	50	280	486	159	997

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	62.505	20	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.243			.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.115	.032	3.660	.000

Tabla 19. Valores de la prueba χ^2 con relación a evitar tensión y la salud en comparación con la de otras personas

El evitar tensión y la salud que se tiene en comparación de otras personas de la misma edad también son variables que se encuentran relacionadas estadísticamente de acuerdo a los resultados de la prueba χ^2 , donde la sig.=.000. Además de mostrar los puntajes obtenidos para cada opción de respuesta.

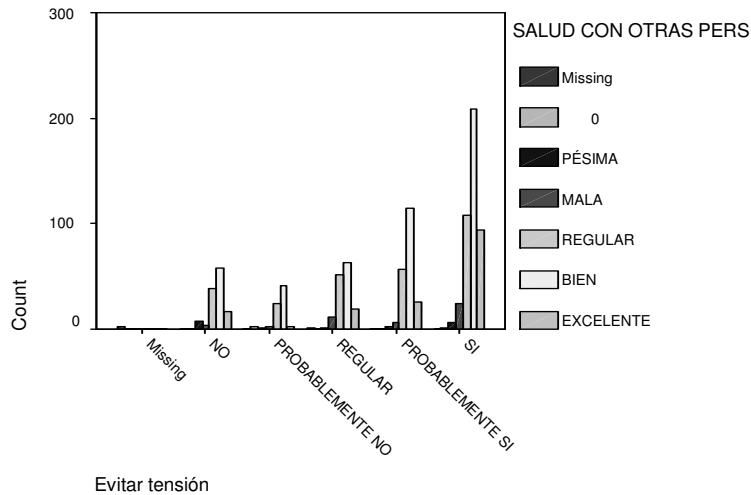


Fig. 36 Indica la frecuencia de la relación entre la salud correlación a otras personas y el evitar tensión

Se observan las diferencias entre las opciones de respuesta ya que la mayoría de las personas encuestadas dijeron tener una salud "bien" en comparación con la de otras personas al "si" evitar tensión, seguido de "probablemente" quien también muestra un puntaje alto en esta opción.

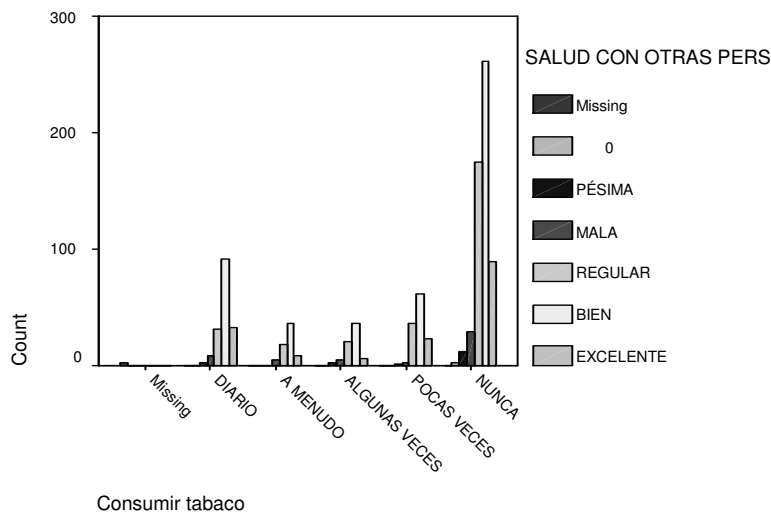


Fig. 37 Indica las frecuencias de consumir tabaco y la salud en comparación con otras personas

Al llevar a cabo el análisis estadístico, con la aplicación de la prueba χ^2 se observó que no existe una correlación entre estas dos variables. Las respuestas nos indican que la

mayoría de la población “nunca” consume tabaco y considera su estado de salud “bien”, no obstante hay una notable parte de la población que realiza este hábito a “diaria” y también considera su salud en estos parámetros.

USAR DROGAS / SALUD CON OTRAS PERSONAS								
Salud con otras personas								Total
		0	PÉSIMA	MALA	REGULAR	BIEN	EXCELENTE	
Usar drogas	DIARIO			1	5	8		14
	A MENUDO		1		1	2		4
	ALGUNAS VECES		1	2	6	4	4	17
	POCAS VECES			6	9	30	5	50
	NUNCA	2	17	41	258	442	150	910
		3	19	50	280	486	159	997
Total								

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	198.375	25	.000

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.407			.000
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	.053	.032	1.688	.092

Tabla 20. Porcentajes obtenidos con la aplicación de la prueba χ^2

Al determinar los valores de la prueba χ^2 , arrojo una sig.=0.000, lo cual indica que hay diferencias significativas entre las variables consumir droga y salud comparada con otras personas, mostrando que existe una relación estadística entre estas. Además muestra los puntajes obtenidos en cada una de las opciones de respuesta.

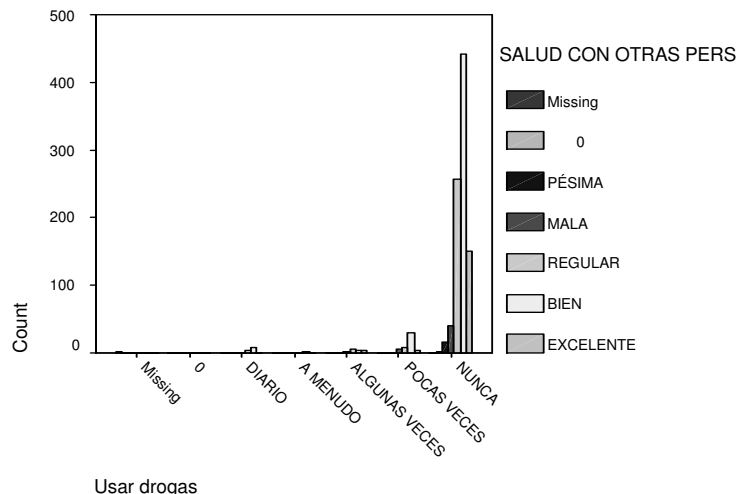


Fig. 38 Frecuencias de correlacionar salud con otras personas y usar drogas.

Se observa una gran diferencia entre las opciones de respuesta debido a que las personas que nunca consumen drogas es mucho mayor al resto. Las personas que consideran que su estado de salud esta “bien” tienen un puntaje superior seguidos de “regular” y “excelente”

c) Enfermedad crónica

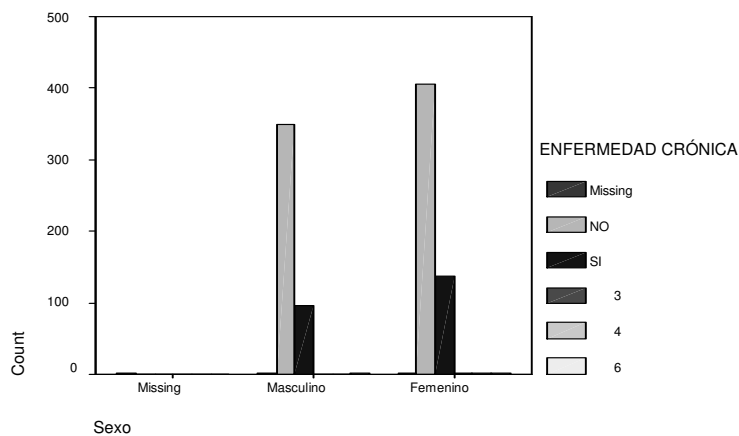


Fig. 39 Frecuencias las mujeres y los hombres para la pregunta relacionada con enfermedad crónica

Es muy notorio que tanto como hombres y mujeres no presentan alguna enfermedad crónica degenerativa por lo que no existe una relación estadística entre estas dos variables.

SI ENFERMEDAD CRÓNICA / GENERO								
Si enfermedad crónica								Total
		NADA	UN POCO	REGULAR	MUCHO	TOTALMENTE	NO CRONICA	
Genero	Masculino	24	35	53	8	2	325	447
	Femenino	32	70	46	16	1	383	548
Total		56	105	99	24	3	708	995

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10.916	5	.053

		Value	Asymp. Std. Error	Approx. T	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Contingency Coefficient	.104			.053
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.038	.031	-1.199	.231

Tabla 21. Representa los puntajes obtenidos en la prueba X^2

La tabla nos muestra los valores de obtenidos por la prueba X^2 para determinar la relación entre el genero y las personas que si presentan una enfermedad crónica, teniendo una sig.=0.053, además de los puntajes obtenidos para cada opción de respuesta.

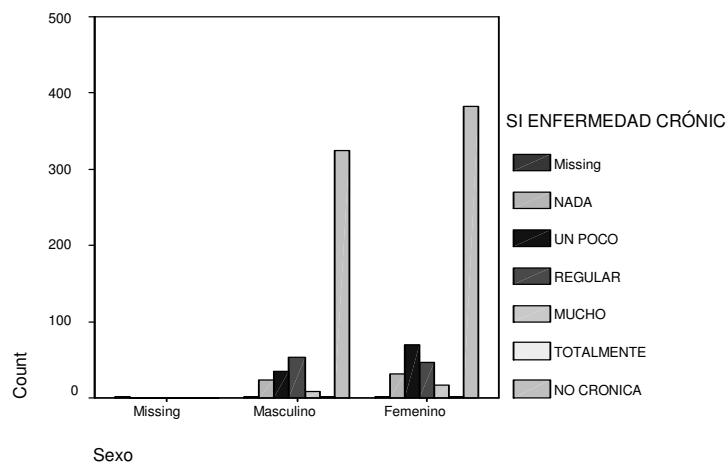


Fig. 40 Puntajes obtenidos en el género masculino y femenino para cada opción de respuesta.

En el caso de ambos géneros es muy pequeño el porcentaje de personas que si presentan alguna enfermedad crónica, pero en el caso de las mujeres la enfermedad

limita “un poco” sus actividades cotidianas y es la opción con mayor puntaje a diferencia de los hombres, quienes afirman que “regular” es donde se ubican la mayoría de ellos.

CAPITULO 7

RESULTADOS

El análisis estadístico se llevo a cabo por medio del programa computarizado SPSS para Windows versión 10.0, lo cual nos da las siguientes características. Primero las generales de la población estudiada y posteriormente las categorías y subcategorías que se utilizaron para una mejor comprensión de los datos obtenidos en el orden que se muestra en el análisis de datos. La descripción se hizo con base en el instrumentos Funcionamiento de la Salud (FS), que consta de 69 reactivos (Ramírez y Cortes, 2000) de los cuales solo se utilizaron algunos de ellos que se consideraron útiles para la realización de este trabajo, tal y como se muestra a continuación:

CREENCIAS	<i>CREENCIAS SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA SALUD</i>	52, 55 y 69
Y	<i>ACTITUD CON MI SALUD</i>	47, 61 y 62
ACTITUDES	<i>CONFIANZA EN SISTEMA DE SALUD</i>	51, 58 y 67

HABITOS DE	<i>HABITOS POSITIVOS</i>	24, 25, 18, 4
SALUD	<i>HABITOS NEGATIVOS</i>	19, 22, 26, 33, 34, 35 y 36

	<i>AUTOCUIDADO</i>	28, 30, 32 y 38
PREVENCION	<i>VALORES DE SALUD</i>	50 y 65
	<i>CORRELACION ENTRE ITEMS P Y EC</i>	4, 26, 32 y 41

ENFERMEDAD	<i>SITUACIÓN DE SALUD</i>	40 y 54
	<i>CORRELACION ENTRE ITEMS SS Y EC</i>	4, 22, 36 y 40
CRÓNICA	<i>ENFERMEDAD CRONICA</i>	41 y 42

En este orden aparecen en el análisis de datos como Figuras y Tablas, y de la misma forma aparecerán en los resultados.

- Datos generales de la población

La muestra utilizada para la realización de este estudio estuvo conformada por 966 sujetos, de los cuales 430 (44.5%) fueron hombres y 536 (55.5%) mujeres (ver Tabla y Figura 1).

La división que se hizo del género masculino y femenino no fue equivalente, debido a que la muestra de mujeres es mayor que la de los hombres; es por esto que la validez de las comparaciones que se hacen en el trabajo realizado no puede ser representativa.

En el caso de la edad se tiene un rango de 17 a 77 años, aunque tampoco hubo una división equivalente para cada uno, ya que la mayoría de los sujetos estudiados se encuentran entre los 38 y 57 años de edad, aunque como se muestra en la Figura 2, es muy sobresaliente los que se encontraban en la edad de 21 y 22 años y los de 44 a 48 años.

Otra variable que se tomo en cuenta de la población fue la de la escolaridad, para el cual se les pidió que contestaran aun y cuando no lo hubiesen terminado. Los datos obtenidos se describirán en orden ascendente por orden académico y muestran que el 15.7% cuenta con Primaria, el 13.7% iniciaron o terminaron la Secundaria, el 16.5% reporto tener la Preparatoria, el 18.6% dijo contar con una Carrera Técnica, el 33.5% esta en el Profesional y solo el 1.7% afirmo no tener ningún grado escolar.

Se hizo una correlación entre el género y la escolaridad de la población para tener datos más específicos, ya que se hizo esta relación con el género a lo largo de la investigación con las escalas utilizadas (ver Tabla 2 y Figura 3).

Es notorio que para ambos casos el profesional es el mas sobresaliente, sin embargo las mujeres tienen un mayor puntaje en la Primaria y Carrera Técnica, pero de igual forma, hay más mujeres que no tienen ningún grado escolar en comparación a los hombres.

Teniendo los datos pertinentes de las características generales de la población estudiada, se puede dar inicio a la parte correspondiente de las escalas de creencias, actitudes

hábitos y prevención de salud y enfermedad crónica, exponiendo los resultados obtenidos para cada una de ellas.

Para todas las escalas que a continuación serán descritas se hizo una comparación con el género ya que se considera importante saber las diferencias entre hombres y mujeres sobre las preguntas realizadas

- Creencias y actitudes de salud

Para esta escala se consideraron las siguientes tres subescalas, las cuales se describirán a continuación, como parte de lo que podría describir las creencias y actitudes de salud de la población estudiada. Se utilizaron 12 reactivos ya que se considero que son los mas apropiados para la descripción de la misma.

a) Creencias sobre la importancia de la salud (Reactivos 52, 55 y 69)

Las creencias que se pueden tener sobre la salud y su importancia, en la población estudiada, fueron consideradas para este reactivo a partir de si se considera que la salud puede proporcionarnos algo, en este caso ser productivo y estar feliz. Para esta pregunta las respuestas de ambos géneros, como mayoría muy notoria, fue que si es un factor determinante para realizar actividades y estar con un estado de ánimo positivo. Aunque una pequeña parte de la población respondió que no lo es.

Tanto para hombres como para mujeres las oportunidades de vida con respecto a otras personas de la misma edad no son ni mejores ni peores según sus respuestas en este estudio, ya que se ubicaron en la opción de “regular” en su mayoría, seguidos de la respuesta “si”. Esto podría ser contradictorio ya que al compararse con la pregunta de la importancia de tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida de igual forma, ambos géneros considera que si es importante.

Esta claro que la población estudiada cree que la salud es un determinante para poder realizar propósitos, y muchos hombres y mujeres consideran que tienen mas oportunidades de vida que otros, aunque también muchos creen que no tienen ni más ni menos oportunidades que los demás.

Sin embargo, esto no es un indicador de cómo se encuentra la salud general de la población estudiada, porque aunque se crea que mantener la salud es algo muy importante para realizar actividades o mantener un equilibrio no siempre las actitudes son las correctas para lograrlo.

b) Actitud con mi salud (Reactivos 47, 61 y 62)

Para esta sub escala se consideraron los siguientes reactivos: Atiendo y cuido mi salud (47), Conocimientos sobre salud (61) y Soy muy capaz de cuidar mi salud (62).

Con respecto a la atención y cuidado de la salud se puede observar que tanto hombres como mujeres consideran que “sí” y “regular”, sobre la atención y cuidado, como los ítems con mayor puntaje, esto indica que gran parte de la población tiene consideración para la salud, pero otra parte no lo hace lo suficiente para una optima conservación de la salud.

Por otro lado para poder atender y cuidar la salud óptimamente se tiene que contar con los conocimientos adecuados para realizarlo. Para esta pregunta la respuesta en ambos géneros con mayor puntaje fue la de “regular”, habiendo un pequeña diferencia en el caso de las mujeres que afirman que “sí” los tienen. En concordancia con los datos obtenidos en el ítem anterior se puede observar que de la misma manera la mayoría de los sujetos se encuentran en la respuesta “regular”. Es por esto que se puede considerar que las personas que cuentan con los conocimientos sobre salud, probablemente también sean las que atienden y cuidan la conservación de su salud, aunque también habría muchas personas que cuentan solo con los conocimientos necesarios pero no los suficientes para lograrlo de una mejor manera.

Respecto a si la población estudiada es capaz de cuidar su salud nos encontramos con el mismo patrón de respuesta que las anteriores: “regular”. Tanto el género masculino como el femenino se comportan de igual manera para lo que tiene que ver con el auto cuidado de su salud

b) Confianza en sistema de salud (Reactivos 51, 58 y 67)

La confianza de la población estudiada sobre el sistema de salud en México no muestra diferencias significativas entre los géneros masculino y femenino, ya que para los tres ítems que se utilizaron para la realización de esta sub escala el patrón de respuesta fue muy similar para ambos (ver Figuras 11,12 y13).

Para la pregunta realizada sobre si se tiene un buen sistema de salud la mayoría contestó "regular", seguido de la respuesta "no"; de igual forma para la confiabilidad que hay de hospitales y médicos la respuesta con mayor puntaje fue la de "regular", esto podría hacer pensar que no se consideran totalmente malas las instituciones de salud y al personal que ahí labora, sin embargo no da la suficiente veracidad como para pensar que hay las instalaciones adecuadas y el personal capacitado para atender las enfermedades en nuestro país.

En el caso de la pregunta sobre la confiabilidad en hospitales se muestra una pequeña diferencia entre la respuesta que sucedería a la de mayor puntaje en el caso de las mujeres (ver Figura 12), se puede observar que la respuesta "si" tiene un puntaje elevado a diferencia de los hombres.

Ahora bien, con respecto a la molestia que hay por la falta de medicamentos en las instituciones de "salud" la población contestó como una notable mayoría que "si" hay una molestia por esta carencia, lo que limitaría en gran medida que la atención para alguna enfermedad sea la adecuada o se lleven a cabo de manera precisa las indicaciones del médico.

En general las creencias de la salud y las instituciones que existen en nuestro país para la salud (o enfermedad) son coherentes en sus niveles de respuesta, las cuales fueron consideradas en su mayoría regular. Esto se ve reflejado en las actitudes que toma la población con relación a su salud, lo cual también se especifica anteriormente,

Esto podría tener una gran influencia en lo que sería las actitudes que podremos tomar con relación a nuestra salud o para el tipo de hábitos que generemos para la conservación de la misma, sin embargo no tiene, o tendría, porque ser un determinante.

- Hábitos Positivos y Negativos

La escala se dividió en dos: hábitos positivos, que ayudan a mantener la salud; y los hábitos negativos, que por el contrario llevarían a un deterioro de la salud o mantenimiento de la enfermedad.

Para los hábitos positivos se consideraron los reactivos:

- Dormir la menos siete horas todas las noches (24)
- Ingerir alimentos nutritivos (25)
- Caminar a diario con fuerza y energía (18)
- Evitar ponerse tenso (4)

Para los hábitos negativos se utilizaron los siguientes:

- Comer entre comidas (19)
- Ingerir comida chatarra (26)
- Tomar cerveza (33)
- Tomar vino (34)
- Tomar tequila (35)
- Consumir tabaco (22)
- Usar drogas (36)

a) *Hábitos Positivos (Reactivos 4, 18, 24 y 25)*

Los datos obtenidos muestran que hábitos como el dormir por lo menos siete horas al día muestran una respuesta por parte de la población estudiada muy marcada para la opción “diario” en ambos géneros, sin embargo el ingerir alimentos nutritivos hace una diferencia significativa para los géneros, ya que se muestra que las mujeres toman mas conciencia sobre este habito “a menudo”, seguido de la respuesta “diario” a diferencia de los hombres, quienes muestran una pequeña ventaja para la respuesta “algunas veces”.

Sin embargo, en el caso de evitar tensión tanto hombres como mujeres la evitan en la medida de lo posible, ya que los resultados muestran una gran ventaja para esta opción de respuesta.

Se podría decir que este tipo de hábitos positivos tienen una gran aceptación y seguimiento entre la población, y por los dos géneros, no obstante, esto no implicaría que además de tener hábitos positivos se tengan al mismo tiempo hábitos negativos que perjudique el mantenimiento de la salud. Y aunque el tener este tipo de hábitos ayudaría para lograr este objetivo tendríamos la discordia, entonces, de que al mismo tiempo se tengan hábito que degeneren la salud.

b) Hábitos Negativos (Reactivos 19, 22, 26, 33, 34, 35 y 36)

Se utilizaron una mayor cantidad de hábitos negativos debido a que se consideraron importantes para un mejor entendimiento del trabajo realizado debido a las diferencias que puede existir en gustos por algunos de ellos. No se consideró que pudiera llegar a ser importante la diferencia de ítems para cada subescala.

No se encontraron diferencias significativas en el caso de la alimentación (ver Figuras 18 y 19), ya que ambos géneros reportan hacerlo algunas veces o pocas veces como opciones con mayor puntaje. Por el contrario hubo grandes diferencias en el caso de el consumo de bebidas alcohólicas, en este caso, tequila, cerveza y vino; y tabaco, siendo los hombres los que tienen mayores puntajes en el consumo ocasional, esto porque sus opciones de respuesta se encuentran ubicadas en “pocas veces”, aunque en el caso del consumo de tabaco es predominante la respuesta “diario”. A diferencia de las mujeres, quienes reportan “nunca” hacerlo como respuesta mayoritaria en todos los casos.

Esto sería para el consumo de drogas permitidas, en el caso de drogas no permitidas tanto hombres como mujeres reportan no haberlo hecho “nunca”, solo una pequeña parte de la población admite usarlas, esto un poco mas notable en el género masculino.

Según los datos obtenidos este tipo de hábitos no causarían consecuencias importantes sobre el estado de salud, tomando en cuenta los daños que se tienen estipulados para cada uno de ellos. Tal vez se tendría que poner mayor atención a lo que sería el consumo de tabaco ya que es uno de los que presenta puntajes considerables en el caso de los hombres. Así mismo podría hacerse un reforzamiento en la prevención del consumo del

alcohol y alimentación solo para lograr que la prevención primaria fuera mas que suficiente para evitar un deterioro en la salud a consecuencia de este tipo de conductas.

- Prevención

A continuación se presentan los datos obtenidos para la prevención por lo cual se utilizaron los siguientes reactivos:

a) *Auto cuidado (Reactivos 28, 30, 32 y 38)*

Para esta sub escala se observa que no hay diferencias significativas en leer sobre cuidados de salud y medir el colesterol, ya que ambos géneros muestran poco interés en estos dos ítems, esto es porque las respuestas con mayor puntaje fueron las de “algunas veces” y “pocas veces” para el caso de leer artículos sobre el cuidado de la salud y “nunca” para medir el colesterol. Es por esto que puedo decir que la población no cuenta con mucha información sobre los cuidados de la salud y no ay prevención para las enfermedades provocadas por niveles altos de colesterol, tal como lo son las enfermedades del corazón, las cuales tienen niveles altos de mortalidad en nuestro país.

Por el contrario se pueden ver diferencias significativas para los reactivos realizar ejercicio con fuerza y energía y usar el cinturón de seguridad. Para las dos preguntas las mugas tuvieron puntajes importantes para la opción de respuesta “nunca”, esto indicaría que las mujeres no cuentan con medidas preventivas para el mantenimiento de su salud, y aunque hay hombres que realizan algunas medidas preventivas existen muchos otros que no las toman en cuenta. Por ejemplo, muchos hombres realizan alguna actividad ejercitante “algunas veces” y utilizan el cinturón de seguridad “diario”.

Estos datos podrían inducir a que la población no realiza algunas de las actividades que ayudarían a promover una prevención a nivel primario, esto es mas notorio en el caso del genero femenino, talvez esto se deba a que no se tiene un valor ubicado de lo que seria la salud y la conservación de la misma.

b) Valores de salud (Reactivos 50 y 65)

Para esta sub escala se utilizaron únicamente dos ítems los cuales se describirán a continuación.

Los reactivos utilizados fueron se tiene conocimientos sobre la salud y se tienen objetivos para el cuidado de la salud. Para las dos preguntas tanto hombres como mujeres contestaron de manera similar, esto es, para la primera pregunta la mayoría de la población se inclino por la opción de respuesta de “regular” seguido de la respuesta “si”, siendo un poco mas notorio en el caso de las mujeres”. En el otro reactivo la respuesta “si” fue evidentemente la de mayor aceptación por parte de la población estudiada.

Los datos obtenidos pueden ser un poco contradictorios si son comparados con los de la escala anterior debido a que para tener conocimientos y objetivos de salud hay que informarse y tener conductas que promuevan este estado, y según los datos anteriores la población no realiza ninguna de las dos actividades.

c) Correlación entre ítems Prevención y Enfermedad Crónica (Reactivos 4, 26, 32 y 41)

Para realizar un mejor trabajo se efectuaron correlaciones entre ítems de prevención y enfermedad crónica, esto debido a que se considera que la relación entre ellos es muy importante, tanto que así lo mencionan los autores utilizados para la elaboración de este proyecto.

En los ítems utilizados se puede observar que casi todos ellos muestran una diferencia significativa dentro de esta sub escala, aunque las personas que admitieron tener una enfermedad crónica son muy escasas según los datos obtenidos.

De los ítems utilizados se puede observar que hay una relación significativa entre realizar ejercicio y enfermedad crónica, los puntajes mas altos para la respuesta no se encuentran ubicados en la opción “algunas veces”, y en el caso de la respuesta si la opción con mas puntajes es “nunca”, sin embargo es notorio que muy pocas personas, para ambos casos, se encuentran en la opción de respuesta “diario”, lo que indicaría que pocos hombres y

mujeres tienen una actividad física recurrente, no obstante es importante la diferencia que hay entre las personas que no tienen enfermedad crónica que las que si para esta respuesta.

En el caso de ingerir comida chatarra se muestra que la mayor parte de la población se inclina por la respuesta “pocas veces” (ver tabla 16), la cual tiene un numero considerablemente alto para las personas que no presentan una enfermedad crónicas seguido de “algunas veces”. Se ha demostrado que la alimentación es un factor importante para el mantenimiento de la salud, es por esto que los datos obtenidos pueden ser coherentes con esta teoría mostrando que entre mejor alimentación se mantenga una mayor probabilidad de evitar una enfermedad crónica degenerativa.

Ahora bien, el como nos sentimos también es importante para cuidar la salud, es por esto que se considero el ítem de evitar tensión, el resultado apunto hacia la respuesta “si”, debido a que la mayor parte de la población trata de evitar tensión y por lo tanto no muestra enfermedad crónica. Otra opción es que a partir de que se tiene una enfermedad crónica se evita la tensión para una mejor calidad de vida.

- Enfermedad crónica

Esta escala esta conformada por tres sub escalas que describen como se encuentra la salud de la población en general, como se encuentran con respecto a estos diversos padecimientos que llamamos enfermedades crónicas y como se enfrentan a ellas. Se hacen correlaciones entre los géneros femenino y masculino y correlación entre ítems que pueden ser indicadores de cómo se presentan estas enfermedades.

a) Situación de salud (Reactivos 40 y 54)

Aunque hay un contraste notable entre el numero de mujeres y de hombres los datos muestran diferencias significativas entre ellos para la pregunta me enfermo muy frecuentemente. Las mujeres afirman enfermarse “un poco” y “regular” notablemente mas que los hombres, sin embargo la respuesta “no” fue la mas aceptada por ambos géneros en porcentajes muy similares. Esto podría indicar que la tendencia a enfermar es mas probable en el caso de las mujeres

El como considera la población estudiada su salud en comparación con la de otras personas de su edad muestra que “bien” para ambos géneros fue la mas asentida seguidas dela opción “regular” y “excelente” (ver Tabla 18 y Figura 35). Si bien se esperaba esta ultima fuera la elección con mayor puntaje los resultados muestran que tanto hombres como mujeres consideran su estado de salud y la comparación con otras personas en un termino intermedio, ni muy buena ni muy mala.

b) Correlación entre ítems situación de salud y Enfermedad crónica (Reactivos 4, 22, 36 y 40)

A continuación se muestran una serie de correlaciones que tienen que ver principalmente con el si se previene y si esta ayuda haciendo una comparación de su salud con la de otras personas. Se emplearon los ítems que ya fueron utilizados en otras sub escalas tales como: evitar tensión, consumir tabaco, consumir drogas y beber cerveza.

Los resultados muestran que el evitar tensión ayuda a que se considere que la salud en comparación con otras personas de la misma edad sea “excelente” y “bien” respectivamente, aunque halla una pequeña porción que considera que aunque no evite tensión su salud sigue siendo buena (ver Tabla 19 y Figura 36).

Por otro lado en cuestiones como consumir tabaco o usar drogas todos los participantes se inclinaron hacia resultados positivos. Para el consumo de tabaco no hubo diferencias significativas ya que la mayoría de la población esta de acuerdo con que el nunca consumirlo ayuda a tener una excelente salud comparada con la de otras personas. Al contrario, para el consumo de drogas hubo diferencias significativas entre los ítems que, aunque de igual manera muestran que el nunca consumirlas ayuda a considerar “bien” de salud a comparación de otras personas como mayoría significativamente alta, también las personas que tienes este hábito y lo realizan pocas veces tienen un porcentaje (muy pequeño en comparación) pero aun así consideran que su salud esta bien (ver Tabla 20 y Figura 39).

Entonces es importante considerar que el nunca tener estas conductas puede ayudar a mantener la salud y considerarla buena a comparación de otras personas, aunque esto no

signifique necesariamente que tiene que ser un estado optimo solo por la comparación, o que evite en su totalidad la aparición de una enfermedad crónica.

c) Enfermedad crónica (Reactivos 41 y 42)

Para finalizar se analizó la parte de enfermedad crónica, para la cual se utilizaron la pregunta ¿Tiene alguna enfermedad crónica? y la afirmación “Si se presenta una enfermedad crónica”.

Los datos obtenidos presentan que aunque la mayoría de la población encuestada no presenta ninguna enfermedad crónica esto de manera similar entre hombres y mujeres, estas últimas consideran tener un poco de molestias por la misma enfermedad, aunque los hombres afirmar tener “regular “ molestias por su enfermedad crónica.

CAPITULO 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El instrumento de “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud (Ramírez y Cortes, 200) resulto eficiente para identificar creencias , actitudes y hábitos de salud a fin de poder ser utilizados para la planeación, diseño y prevención en programas comunitarios o sociales de amplio espectro en la salud.

Partiendo de nuestra pregunta de investigación *¿Dependiendo de las creencias actitudes y hábitos de las personas se tiene una mayor salud o mas predisposición a la enfermedad?* Los psicólogos han realizado numerosas investigaciones acerca de la formación y cambio de creencias y actitudes y su relación con hábitos de conducta que pueden contribuir a generar un estado óptimo de salud. En este sentido, se han diseñado un sin fin de campañas y programas de intervención para promocionar hábitos y estilos de vida sanos vía presentación de modelos con cierto prestigio (deportistas o cantantes famosos), con el afán de prevenir enfermedades. Pero los resultados obtenidos con estas campañas han sido inferiores a lo esperado, debido, entre otras cosas, a que no reúnen ciertas características relacionadas con una planificación respetuosa de valores y creencias de los individuos y comunidades (Oblitas, 2000). De acuerdo a nuestros datos se establece que la población estudiada cuenta con conocimientos relevantes sobre la salud y la conservación de la misma, pero esto no modifica en gran medida las creencias y por ende las actitudes y hábitos que llevan a cabo. Los cuales no corresponden con el supuesto conocimiento que se tienen sobre los riesgos, por ejemplo, el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco, lo cual es mas notorio en el caso de los hombres de nuestra muestra. En el caso de las mujeres son los hábitos alimenticios poco saludables los que muestran un índice elevado. Esto nos demuestra que no existe una correspondencia tan lineal entre las variables de las que partimos y que esto depende de otras posibilidades como el rol genérico. Es bien sabido que en la actualidad la presencia física a derivado de cuestiones comerciales a valor social, que en el caso de las mujeres se recrudescen al

punto de que una imagen “mas comercial” o aceptada abre posibilidades desde circunstanciales hasta prácticas y profesionales. Como consecuencia en el orden de la salud sabemos que en la actualidad los casos de bulimia y anorexia asociados frecuentemente a esta necesidad de estatus e imagen son cada vez más frecuentes.

La gran mayoría de las personas de ambos géneros que participaron en la investigación consideran que su salud esta “bien” para su edad, género y condición social, según los resultados obtenidos en la presente investigación (ver Tabla 18 y Figura 36). Esta consideración puede darse debido a que las dolencias o molestias que puedan llegar a presentar no han interferido en sus actividades cotidianas, sociales o económicas, ya que no pueden indicar un estado pleno o excelente de salud, esto concuerda en buena parte con lo que refieren Llor, Abad, García y Nieto, (1998) quienes basan la definición de salud como un estado de bienestar, que posibilita un normal desarrollo de las capacidades y adaptación del individuo al medio ambiente.

Además no solo es que la enfermedad aun no aparezca o no limite nuestras actividades cotidianas, sino que también es importante para obtener o realizar objetivos, ser feliz e incluso puede proporcionar mejores oportunidades para alcanzar metas que nos ayuden a destacar en sociedad en relación a otras personas que no cuenten con ella, es por esto que existe una preocupación e importancia por parte de los sujetos estudiados con lo referente a la salud. (ver Tabla 4, 5 y Figura 9). En general la salud es considerada como factor fundamental para una mejor calidad de vida.

Esto nos indica que hay información sobre los conceptos de salud y enfermedad pero todavía existen confusiones entre las personas que viven en la zona metropolitana al diferenciar alguno de los dos y describirlos adecuadamente. Se considera que puede deberse a que las representaciones populares sobre salud y enfermedad, según lo menciona Morales (1999), han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad, entendida como un estado o situación en la cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que surgen, como ya se menciono antes, mientras que la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad únicamente.

Durante la realización de esta investigación nos percatamos que incluso en la definición que proporcionan diversos autores existe esta confusión al hablar de salud, ya que en realidad lo que están definiendo es la enfermedad como tal o su cura, dejando de lado la idea de lo que correspondería a lo que es la salud justamente.

Aun así se tienen creencias y hábitos de salud dentro de la población estudiada que pueden fomentar la prevención de algún tipo de enfermedad, ya sea crónica o no. Las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar la salud (Gómez, 2003). aunque como dice Amigo, Fernández y Pérez (1998) esto es más probable bajo ciertas circunstancias que sería importante definir y ampliar en un trabajo posterior para la implementación de una prevención de impacto e interés para la población en general.

Los datos arrojados muestran que la atención de hombres y mujeres hacia la salud se encuentra en un punto medio, de igual forma lo es para el cuidado de la misma, es decir, gran parte de la población considera que los conocimientos (ver Figura 10) y la conservación de la salud es importante incluso para realizar tareas cotidianas y, por lo tanto, la atienden, se informan y cuidan (ver Figura 9). No obstante muchos otros no lo consideran de esta manera. Las creencias que la población tiene de su salud son generalizadas, no creen tener una mejor o peor salud en comparación con otras personas, tomando en cuenta su condición social y su edad, pero no es completamente afirmativo que esa creencia en particular tenga una importancia apropiada, Málaga (2001) nos presenta datos relevantes al respecto.

Como ya hemos mencionado la población masculina tiende en un porcentaje mayor a realizar hábitos negativos para la salud. Se puede observar en los resultados que la población femenina muestra un índice más favorable debido a que el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas son más frecuentes en los hombres. Probablemente lo preestablecido sobre el rol femenino y masculino en nuestra sociedad tenga un papel importante en este tema Sin embargo en otros hábitos referentes a la alimentación las mujeres muestran inclinación a realizar los poco saludables.

Es obvio que este tipo de conductas negativas son reconocidas como probables iniciadoras de la aparición de la enfermedad El conocimiento de los métodos de prevención, refiriéndonos a conductas o hábitos específicos no siempre ayuda a que se

realicen de manera óptima. Esto ha impedido notoriamente la ejecución de la prevención a nivel primario, pues es la del nivel secundario la más utilizada.

Sin embargo pocas personas de la población estudiada presentan alguna enfermedad crónica, tal vez porque no existen grandes puntajes en lo referente a creencias o hábitos negativos, ya sea porque existe información adecuada o porque hay una preocupación o interés por la salud. Otros aspectos que pueden explicar esto son la edad, el nivel académico o la situación económica de los sujetos de la muestra. En el caso de la edad no es lo misma frecuencia de asistencia a servicios médicos o aparición de malestares siendo joven, de mediana edad o adulto mayor. Es sabido que el nivel académico proporciona herramientas de conocimiento que pueden ser utilizadas para la salud. Y finalmente la condición económica se traduce en mejores oportunidades de servicios de salud.

Los conceptos de salud y enfermedad han evolucionado a través del tiempo en diferentes culturas hasta que se determinó una definición general abarcando varias áreas como la biología, la Psicología, lo social y lo económico, ya que, como menciona Oblitas (2003) la definición que ha dado la OMS no solo habla sobre la disposición del sujeto sobre su cuerpo, sino que también lleva implícitamente la valoración sobre lo que puede considerarse como la actividad “normal” que se espera del propio sujeto.

Ahora bien, siempre se ha visto a la salud y enfermedad como dos conceptos opuestos pero simétricos, aunque puedan existir confusiones entre un concepto y otro, ya que hay quien afirma que no existen diferencias más que en términos comparativos. Esto podría explicar porque nadie considera tener un estado de salud total, como se muestra en los resultados, porque aunque un gran porcentaje de la población considere que su estado de salud es bueno en general no puede decir que está completo.

Es por demás decir que no se puede tener un estado total de salud que abarque las áreas en las que se ha definido este concepto de acuerdo con lo mencionado por Terris (citado en Quintanar, 2005) la salud no es un absoluto. Debido a que tanto la biología, lo económico, lo social y lo psicológico constituyen este gran concepto y es difícil mantener todas las áreas en perfecto equilibrio, tal y como lo expresa Sigerist quien afirma que la salud no es en esencia la ausencia de la enfermedad (citado en Zas, 2005).

La Psicología de la Salud ha sido precursora en atender estas cuestiones para mejorar o inducir las creencias y actitudes para promover las conductas que favorecen a la salud, dejando de lado que la salud es una cuestión únicamente médica, utilizando exclusivamente fármacos o cirugías que ayuden a su tratamiento, haciéndola multifactorial para su mejor comprensión, mantenimiento y ayudando así a desarrollar el estado de salud, prevenir o atender la enfermedad de una manera mejor.

Parte de nuestro trabajo nos permite concluir que no solo hay que tomar en cuenta nuestro estado de salud o enfermedad a partir de una dolencia, herida o malestar meramente biológico, sino que a partir de que existen otras alternativas de estudiar, comprender, atender y cuidar la salud se puede mantener y desarrollar un estado de la misma y no solo enfocarnos a la enfermedad cuando ya esta presente, acaso incluso antes de que aparezca.

Es posible que los resultados que obtuvimos respecto a un alto nivel de comportamientos inapropiados se deban contradictoriamente también a las creencias y actitudes. Tal vez esta creencia este mal enfocada al solo considerar nuestro estado de salud como bueno o malo a partir de si se esta mejor o peor que otros, Villoro (1982) considera que "las creencias son un estado mental del individuo a lo que se le otorga un valor... tendiendo a dirigirse en función de la dirección favorable o desfavorable del individuo hacia el objeto o circunstancia". Obviamente si los individuos consideran algo favorable aunque no lo sea para su bienestar es difícil que considere sus actitudes o conductas de salud (en este caso) inapropiadas.

Así Gómez (2003) dice acertadamente que las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar la salud. Sin embargo siempre se tiene un interés por conservar la salud desde antaño, para lo que se utilizaba amuletos, hechizo, etc., según Málaga (2001). Entonces si los hábitos y actitudes que se toman con respecto a nuestra salud son directamente influenciados por las creencias estas podrían cambiarse para lograr este objetivo.

Como en el caso de nuestra muestra los hábitos tales como el fumar, tomar cualquier bebida que contenga alcohol, no realizar ejercicio o comer cosas que no contienen propiedades nutritivas necesarias para el cuerpo están presentes en la población

estudiada. Ya sea en hombres y mujeres de diferentes edades, aun y cuando son considerados como perjudiciales para la salud.

Ahora bien si tomamos en cuenta que la mayoría de los hábitos se ponen en funcionamiento de forma automática y sin tener una clara conciencia de ello tal y como lo menciona Hernández en el 2003, probablemente no siempre se tenga una conciencia de que ese hábito podría perjudicar a largo o corto plazo. Esto nos da una de las posibles propuestas que surgen de nuestros análisis llevándonos a suponer posibles investigaciones y aplicaciones en las que se trabaje específicamente con el aprendizaje, desarrollo y mantenimiento de los hábitos favorables.

Las estrategias de prevención no siempre son muy útiles para lograr sus objetivos, Busuela, Fernández y Carrasco (1997) parten del supuesto de que la prevención comienza cuando el ser humano hace conciencia de la inevitabilidad de la enfermedad y lo que trae consigo. Pero no siempre es así, muchas de las ocasiones la prevención se hace presente cuando la enfermedad ya es un hecho y no solo una posibilidad.

Como aspecto final queremos señalar la relevancia de varios puntos a considerar para una futura aplicación dentro de los programas de prevención. Es necesario que cuando se trate de programas de prevención se maneje en términos concretos el concepto y categorías de salud (no enfermedad) para la población, planear una intervención ubicada en hábitos y actitudes favorables específicamente como un proceso de adquisición inmediato a mediano y largo plazo. Es decir, los hábitos como tales se aprenden, se adquieren, se desarrollan y se mantienen. A partir de las categorías de ítems utilizadas en el presente trabajo y de las correlaciones encontradas sugerimos hacer su definición en términos de comportamientos favorables, los cuales a su vez podrían utilizarse en los niveles familiar, social e institucional. Esto tiene sentido en el caso de las enfermedades crónico degenerativas, ya que siendo estas resultado de un proceso responden a ese mismo principio paulatino de adquisición desarrollo y mantenimiento, mismo que es descuidado por carecerse de una estrategia metodológicamente adecuada que permita a los individuos intervenir desde los primeros estadios de manera activa en dicho proceso.

Conclusiones:

- La gran mayoría de las personas que participaron en la investigación consideran tener una salud adecuada para su edad, género y condición social.
- Existe un mediano índice de preocupación e importancia por la salud.
- Aunque hay información sobre los conceptos de salud y enfermedad todavía existen confusiones entre las personas que viven en la zona metropolitana al diferenciar alguno de los dos y describirlos adecuadamente.
- La salud es considerada como factor fundamental para una mejor calidad de vida
- Se tiene creencias y hábitos de salud dentro de la población estudiada que pueden fomentar la prevención de algún tipo de enfermedad, ya sea crónica o no.
- La población masculina tiende en un porcentaje mayor, a realizar hábitos poco favorables para la salud.
- El conocimiento de los métodos de prevención, refiriéndonos a conductas o hábitos específicos no siempre ayuda a que se realicen de manera óptima.
- Pocas personas de la población estudiada presentan alguna enfermedad crónica

Uno de los aspectos relevantes a considerar se refiere a la necesidad de abordar de manera más amplia tanto en sus aspectos teóricos, experimentales y metodológicos es el de las definiciones y conceptos de salud como tal, debido a que hasta la fecha su uso prevalece ambiguo en casi todas sus aplicaciones, tanto teóricas como prácticas. Considerando esto hemos visto que en general se ha dado más importancia en el nivel de la enfermedad que en el de la salud, lo cual repercute en dificultades igualmente experimentales, teóricas y prácticas.

Como propuesta para una mejor investigación sobre el trabajo expuesto puedo sugerir algunas cosas como un estudio mas detallado de las enfermedades crónicas degenerativas, pues este es un padecimiento de cifras importantes en la actualidad de nuestro país, y uno de los principales métodos por lo cual muchas personas que presentan algún tipo de enfermedad de esta índole (llámese diabetes, cáncer, hipertensión, etc.) ha decidido cambiar de conductas o hábitos de salud para mejorar su calidad de vida

REFERENCIAS

- Alvarez (2002). Estudio de las Creencias, Salud y Enfermedad. México: Trillas. 5-7 ,
13- 32
- Amigo, I. Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Manual de psicología de la salud.
Madrid: Pirámide S.A. 259-320
- Ardilla, R. (2000). Prevención primaria en Psicología dela Salud. México: Plaza y
Valdez
- Ballester, R. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Aspectos conceptuales.
España: Promolibro
- Becoña, E. Oblitas, L. y Vázquez, F. (2000). Psicología de la Salud: Antecedentes,
Desarrollo Actual y Perspectivas. México: Plaza y Valdez.
- Botella, C. (1996). En defensa de la Psicología Clínica. Análisis y Modificación de
Conducta. 181-217
- Buela, T. y Casal, D. (Eds) (1998). Manual de Psicología de la Salud. España:
Universidad de Granada. 39-59
- Buela-Casal, G. Caballo, V. Y Sierra, J.C. (1996). Manual de Evaluación en Psicología
Clínica y de la Salud. España: Siglo XXI.
- Buendía, J. (1999). Familia y Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide. 133-150

- Busuela, C; Fernández, L. y Carrasco, T. (1997). Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide. 39-57
- Esquivel, M. U. y López, M. (2001). Reflexiones acerca de la SALUD en México. México, D.F: Paramericana
- Gómez, M. M. (2003). Psicología de la Salud, Estrés de vida, creencias y actitudes Saludables. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. De México.
- Jiménez, C. (2001). Creencias psicosociales aplicadas a la salud II. Córdoba: Servicios de publicaciones de la UNIVERSIDAD DE CORDOBA. 267-269
- López, F. (2003). Epidemiología. Enfermedades transmisibles y crónicas degenerativas. México: Manual Moderno.
- Llor, B. Abad, M. A. García M. y Nieto, J. (1998). Creencias Psicosociales aplicadas a la Salud. Madrid: McGraw Hill Interamerican. 187-193
- Málaga, R. (2001) Antecedentes Históricos de la Promoción de la Salud. Colombia: Medica Panamericana. 15-23
- Matarazo, J. D. (1980). Behavioral Healt: a 1990 Challenge For the Healt Science Professions. *American Psychologys*. 35, 807-817.
- Matarazo, J. D. (1984). Behavioral Healt and Behavioral Medicine Fronteiers For a New Healt Psycology. En : J. D. Matarazzo (Ed). Behavioral Healt a Handbook of Healt Enhancement and Disease Prevention. New York: Wiley & Sons
- Morales, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidos. 23-30
- Oblitas, L. (2000) (Ed). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés 15, 18-40, 55-66, 250-251

- Oblitas, L. (2004). Psicología de la salud y calidad de vida. México: Thomson
- Olgúin, H. A. y Sánchez, L. J. (2003). Psicología de la Salud : Estrés y Hábitos negativos de la Salud. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. De México.
- Penzo, W. (1990). Licenciatura Psicología Médica. Barcelona: Salvat Editores, S. A.
- Phares, J. (1999). Psicología Clínica y Medicina Conductual. México: Manual Moderno. 457-477
- Quintanar, M. (2005). Creencia y Actitudes Saludables. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Edo. de México.
- Ramírez, M. y Cortes, E. (2000)
- Simond, M. A. (1999). Manual de Psicología de la Salud fundamentos, metodología y aplicaciones. Madrid: Biblioteca nueva. 39-60
- Sola, B. (2005). Se desarrollan lenta y silenciosamente (En red). Disponible en: <http://psicologia.com/biblioteca>
- Villoro, L. (1982) Crear, saber, conocer. México: Siglo xxi
- Zas, B. (2005, Octubre). La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. Ciudad de la Habana, Cuba. (En red). Disponible en: <http://esmas.com/revistapsicologia/prevencion/art42>

ANEXO

El año pasado ¿Qué tan seguido realizó las siguientes acciones?

Diario A menudo Algunas veces Pocas veces Nunca
1 2 3 4 5

15.	¿Abusar de la sal en la comida?	1	2	3	4	5
16.	¿Beber algún líquido con cafeína?	1	2	3	4	5
17.	¿Beber algún líquido sin cafeína?	1	2	3	4	5
18.	¿Caminar a diario con fuerza y energía?	1	2	3	4	5
19.	¿Comer entre comidas?	1	2	3	4	5
20.	¿Comer menos?	1	2	3	4	5
21.	¿Conocer las calorías que consume en los alimentos?	1	2	3	4	5
22.	¿Consumir tabaco en cigarrillos, puros o pipa?	1	2	3	4	5
23.	¿Desayunar sustanciosamente?	1	2	3	4	5
24.	¿Dormir por lo menos siete horas todas las noches?	1	2	3	4	5
25.	¿Ingerir alimentos nutritivos?	1	2	3	4	5
26.	¿Ingerir comida chatarra?	1	2	3	4	5
27.	¿Ingerir vitaminas?	1	2	3	4	5
28.	¿Leer escritos sobre el cuidado de la salud?	1	2	3	4	5
29.	¿Manejar sin respetar el límite de velocidad?	1	2	3	4	5
30.	¿Medir su colesterol?	1	2	3	4	5
31.	¿Platicar con los amigos sobre su salud?	1	2	3	4	5
32.	¿Realizar algún ejercicio con energía?	1	2	3	4	5
33.	¿Tomar cerveza?	1	2	3	4	5
34.	¿Tomar vino, jerez, anís, rompope?	1	2	3	4	5
35.	¿Tomar, tequila, ron, brandy, u otros?	1	2	3	4	5
36.	¿Usar drogas?	1	2	3	4	5
37.	¿Usar el hilo dental?	1	2	3	4	5
38.	¿Usar su cinturón de seguridad?	1	2	3	4	5

HP HN

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Pésima Mala Regular Bien Excelente
1 2 3 4 5

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

SR

ST

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

0. NO ---- vaya a la pregunta 43

1. SI ---- vaya a la pregunta 42

 EC

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Nada Un poco Regular Mucho Totalmente
1 2 3 4 5

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

IE

El año pasado, ¿Cuántas veces llevó a cabo las siguientes actividades? (marque la LETRA a la respuesta apropiada)

43.	¿Ir al consultorio del doctor? (excepto por embarazo)	A	B	C	D	E
		0	1	2	3-5	6 o más

VD

