



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Psicología de la salud: Hipocondría,
valores y vigilancia de salud”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N
Paulina Viridiana Antúnez Paredes
Marlen Sánchez Villanueva

Directora: Mtra. **Esther María Maricela Ramírez Guerrero**
Dictaminadores: Mtro. **Enrique Bernabé Cortés Vázquez**
Lic. **Juana Olvera Méndez**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Dios:

Por ser nuestro Señor, nuestra Guía, nuestro Proveedor y dueño de Nuestra vida; sabes lo esencial que has sido en nuestra posición firme de alcanzar este objetivo, esta alegría, que si pudiéramos hacerla material, la haríamos para entregártela, pero a través de esta meta, podremos siempre de tu mano alcanzar otras que esperamos sean para tu Gloria.

A nuestros asesores:

Juanita, Marisela y Enrique:

A quienes, al término de esta etapa de nuestra vida, como una muestra de nuestro cariño queremos expresar un profundo agradecimiento ya que con su ayuda, apoyo y comprensión nos alentaron a lograr esta hermosa realidad puesto que hoy vemos llegar a su fin una de las metas de nuestra vida, gracias por la orientación que nos otorgaron.

Paulina.

A mis padres Paula y Adauto:

Porque sólo la superación de mis ideales, me han permitido comprender cada día más la difícil posición de ser padres, mis conceptos, mis valores morales y mi superación se las debo a ustedes.

Porque gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida, fruto del inmenso apoyo, amor y confianza que en mi depositaron y con lo cual logre terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual les viviré eternamente agradecida. En adelante pondré en práctica mis conocimientos y el lugar que en mi mente ocuparon los libros, ahora será de ustedes gracias por el tiempo que les robé pensando en mí.

Sabiendo que jamás existirá una forma de agradecer en esta vida su lucha y superación constante, quiero decirles que mis ideales, esfuerzos y logros son también suyos.

**Gracias por todo el apoyo brindado en el día a día y haciéndoles la promesa de seguir siempre adelante llevándolos en mi mente y en mi corazón
Con cariño y respeto.**

A mis hermanos:

Como una muestra de mi cariño quiero expresar un profundo agradecimiento a ustedes Miriam, Carlos, Araceli y Mala quienes con su ayuda, apoyo, consejo y comprensión siempre me alentaron a lograr esta hermosa realidad, por que hoy veo llegar a su fin una de las metas mas grandes de mi vida, gracias por todo lo que me han brindado, por estar en las buenas pero sobre todo en los malos momentos que he tenido, hoy quiero que sientan que el objetivo logrado también es de ustedes y que la fuerza que me ayudo a conseguirlo fue su apoyo.

A mis dos Ángeles en el cielo:

Chanita:

Gracias por tu sacrificio en algún tiempo incomprendido, por tu ejemplo de superación incasable, por tu comprensión y confianza, por tu amor incondicional, porque sin tu apoyo y disciplina en todos esos años de estudio que estuve a tu cargo no hubiera sido posible la culminación de este sueño, gracias por encomendarme siempre con Dios para que saliera adelante.

Ahora más que nunca se acredita mi cariño, admiración y respeto hacia ti que ya estas con Dios.

Rosita:

Porque fuiste esa clase de personas que todo lo comprendían y daban lo mejor de si mismas sin esperar nada a cambio porque siempre supiste escucharme y brindarme ayuda cuando fue necesario porque tienes mi cariño, admiración y respeto, por ser una mujer en toda la extensión de la palabra, por que hasta tu ultimo aliento me enseñaste que nunca hay que dejar de luchar para alcanzar un ideal.

En testimonio de gratitud ilimitada por tu apoyo, aliento y estímulo en todos momento lo que posibilito la conquista de esta meta que también es tuya.

Gracias.

Marlen.

A mis padres Francisco y Agustina:

He llegado al final de este camino y en mi han quedado marcadas huellas profundas de éste recorrido. Son Madre tu mirada y tu aliento. Son Padre tu trabajo y esfuerzo. Gracias por darme la posibilidad de que de mi boca salga esa palabra...FAMILIA.

Gracias: por la oportunidad de existir, por su sacrificio en algún tiempo incomprendido, por su comprensión, confianza y por haberme heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo: amor.

A ustedes, quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. Además de que la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. Así que nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Porque sólo la superación de mis ideales, me han permitido comprender cada día más la difícil posición de ser padres, mis conceptos, mis valores morales y mi superación se las debo a ustedes; esto será la mejor de las herencias; lo reconozco y lo agradeceré eternamente. En adelante pondré en práctica mis conocimientos y el lugar que en mi mente ocuparon los libros, ahora será de ustedes, esto, por todo el tiempo que les robé pensando en mí.

GRACIAS

A mis hermanos:

Quienes al término de esta etapa de mi vida, quiero expresar un profundo agradecimiento a ustedes Libieth y Geovani quienes con su ayuda, apoyo y comprensión me alentaron a lograr esta bella realidad. Aún sabiendo que no existirá una forma de agradecer una vida de esfuerzo y sacrificios que les provoque. GRACIAS.

INDICE

	Pág.
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1.	
Salud.	
1.1 Evolución del concepto de salud	3
1.2 Modelos teóricos	6
1.3 Definiciones de salud	11
1.4 Aspectos que determinan la salud	18
1.4.1 Orgánicos	18
1.4.2 Psicológica	19
1.4.3 Ambiental	20
1.4.4 Socioeconómicos y culturales	20
CAPÍTULO 2.	
Psicología de la salud.	
2.1 Surgimiento y desarrollo de la psicología de la salud	22
2.2 Definición de psicología de la salud	28
2.3 Niveles de promoción y prevención de psicología de la salud	31
2.3.1 Principios básicos en la promoción de la salud	31
2.3.2 Niveles de prevención	33
2.4 El papel del psicólogo de la salud	35
CAPÍTULO 3.	
Hipocondría.	
3.1 Historia de la hipocondría	41
3.2 Definición de Hipocondría	45
3.3 Causas y síntomas de la hipocondría	48
3.4 Diagnóstico e interpretación de la hipocondría	52

3.5 Tratamiento	54
CAPÍTULO 4.	
Vigilancia de salud y Valores de salud.	
4.1 Vigilancia de salud	60
4.2 Valores de salud	62
4.2.1 Calidad de vida	64
4.2.2 Estilos de vida	66
4.2.3 Hábitos de salud	70
CAPÍTULO 5.	
Método	
5.1 Método	80
5.2 Objetivo General	80
5.3 Objetivo Específico	80
5.4 Hipótesis	81
5.5 Sujeto	81
5.6 Escenario	82
5.7 Variables	82
5.8 Materiales e Instrumentos	83
5.9 Procedimiento	84
CAPÍTULO 6.	
Análisis de datos	85
CAPÍTULO 7.	
Conclusión	107
Referencia	115
Anexos	

RESUMEN.

La presente investigación tuvo como objetivo identificar si existía una correlación entre la hipocondría, los valores y la vigilancia de salud en una población de México, la cual constó de 985 sujetos de entre 17 y 77 años. Se aplicaron dos instrumentos: “Funcionamiento psicosocial” y “Funcionamiento de la salud” de Ramírez y Cortés (2000). Para el análisis de los datos se utilizó la Chi cuadrada. Encontrando diferencias significativas entre las variables, de acuerdo con los resultados se concluyó que la hipocondría (preocupación por salud) es un concepto muy significativo, respecto a los valores y la vigilancia de salud. Esto permite resaltar que la investigación en la Psicología de la salud está orientada a cuestiones que atañen el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.

Palabras clave: Hipocondría, valores de salud, vigilancia de salud, nivel de significancia y Chi cuadrada.

INTRODUCCIÓN.

El concepto de salud se ha tratado de definir desde varios puntos de vista, no se ha llegado a un acuerdo provocando así el surgimiento de varios modelos que lo explican, con base en éste concepto es que la psicología se interesó en la salud y comenzó a involucrar a psicólogos en los tres niveles de salud (prevención, promoción e intervención de una enfermedad). Por tanto, el capítulo 1 del presente trabajo está enfocado a la salud donde se abordará la evolución de dicho concepto, los modelos teóricos (como el biomédico y el psicosocial) a partir de los cuales empiezan a surgir distintas definiciones las cuales mencionaremos también veremos aspectos que influyen y determinan la salud como lo son los orgánicos, ambientales, psicológicos, socioeconómicos y culturales.

Dentro del capítulo 2 se indagará sobre la psicología de la salud iniciando, por el surgimiento y desarrollo de ésta, seguida por las definiciones ya que se han hecho varios intentos por dar un concepto único de ésta. Además se abordarán los principios básicos de la promoción y prevención así como los tres niveles de este último, finalmente se abordará el papel del psicólogo de la salud.

Posteriormente, el capítulo 3 se enfocará en la hipocondría a partir de su historia ya que es una enfermedad conocida desde la antigüedad, seguida de su definición, mencionando también los componentes esenciales de dicha enfermedad como los cognitivos, fisiológicos y conductuales. Por otra parte, se darán a conocer las causas y los síntomas de dicha enfermedad, también se revisará como puede hacerse el diagnóstico y la interpretación psicológica del problema y ya por último mencionaremos el tratamiento que se puede dar en donde las técnicas que han sido más eficaces son las basadas en procedimientos cognitivos conductuales las cuales mencionaremos.

El capítulo 4, se dedicará a la vigilancia y los valores de salud dando sus definiciones y los factores que implica tenerlos. Además, se mencionará que es lo que implica tener una calidad de vida debido a que las conductas inadecuadas son componentes importantes de muchos desórdenes físicos y que por tanto modifican

los estilos de vida, revisaremos lo que se entiende por dicho concepto y finalizaremos con los aspectos relacionados a hábitos de salud.

En el capítulo V se describirá la metodología que se utilizó en esta investigación.

La recopilación de ésta información permitirá conocer si hay o no una relación entre hipocondría, valores y vigilancia de salud de los mexicanos desde el punto de vista de la psicología de la salud.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que la hipocondría está directamente relacionada a los valores y la vigilancia de salud que se tiene, así también podemos decir que la psicología de la salud ha sido importante para la prevención, tratamiento e intervención de esta enfermedad (hipocondría), muy independiente de que estos tres temas o conceptos sean nuevos y han sido poco tratados por la psicología de la salud.

CAPÍTULO 1. SALUD.

1.1 Evolución del concepto de salud.

En la cultura griega en el siglo V a. C., se comenzó a hacer un esfuerzo para conocer las causas naturales de la enfermedad, lo cual impuso un cambio en la concepción de la salud, se refería que era el equilibrio (fisonomía) o armonía de las potencias húmedo, seco, frío y caliente; sentando las bases de la explicación naturalista, sin embargo fue con Hipócrates (460-377 a.C.) que se fortaleció el modelo natural, exponiendo que la salud era el resultado del equilibrio de los elementos que integra el cosmo: el fuego, la tierra, el agua, y el aire.

Por tanto, la salud era resultado de la mezcla armoniosa de humores (eucrasia) y la enfermedad una mezcla imperfecta (discrasia). (Penzo, 1990).

Siguiendo con éste modelo naturalista, éste ya se había concebido en la cultura china, reconociendo que la salud estaba estrechamente vinculada a un ente inmutable y eterno, conocido como el Tao; de ésta manera surgió el Taoísmo reconociéndolo como principio fundamental de la virtud y la vida. (Vega, 2002).

Retomando lo descrito sobre Grecia, Galeano (S. II. a. C.) elabora una concepción unicausal y mecanicista de la enfermedad, postulando que “ninguna función se daña sin que la parte que gobierna esta función esté afectada” sentando las bases del modelo dualista. (Vega, 2002).

Por otra parte, en México los pueblos tenían una concepción religiosa de la salud, con respecto a esto Kocyba (1996) hace un análisis del desarrollo que tuvo la medicina y la explicación que daban los mayas a la relación salud- enfermedad. Este análisis lo hace en dos períodos: el primero es el preclásico inferior, el cual describe que no había una religión propiamente dicha, ya que no existían sacerdotes ni leyes específicas que guiaran el comportamiento, la ideología se centraba en el culto de la fertilidad y la fecundidad, la visión del mundo se basaba

en el paradigma del animismo, el cuál consiste en la creencia de que todos los procesos y objetos se reflejan en el espíritu y cualquier hecho es el resultado del juego caótico y no controlado entre estos reflejos espirituales, por lo tanto la salud y la enfermedad se interpretaban en términos del capricho de algunas fuerzas mágicas incomprensibles. Posteriormente en el período clásico tardío, la religión se jerarquizó y se institucionalizó dividiéndose en dos tipos: la religión popular y la oficial. Por lo tanto, la salud dependía de los dioses, sin embargo, no hay suficiente evidencia que describa a los dioses encargados de ésta.

A partir de la edad media se concebía al ser humano como una criatura con alma, que poseía una voluntad libre, la cual lo separaba de las leyes naturales, además de que el cuerpo era considerado como sacrosanto y por ello no se podía realizar alguna investigación con éste. En ésta época se integró un modelo moral de la salud/enfermedad, según el cuál la enfermedad era, a menudo, el castigo por una conducta moralmente reprobable; por lo tanto, un estado de salud implicaba la obediencia a las leyes divinas. (Ballester 1997).

Posteriormente, en el siglo XVII, el filósofo y matemático René Descarte, planteó, que la mente y el cuerpo eran entidades separadas (dualismo cartesiano), perteneciendo la mente al mundo de la *res cogitans* y el cuerpo al de *res extensa*. Serafino (1994; cit. en: Bellester, 1997) menciona que éste filósofo introdujo tres ideas importantes; en primer lugar, concibió al cuerpo como una máquina, compuesta por distintos elementos o partes por los cuales se producían las acciones y sensaciones; en segundo lugar, propuso que la mente y el cuerpo, podían comunicarse a través de la glándula pineal situada en el cerebro; en tercer lugar, los animales no tenían alma, y el alma de los humanos abandonaba el cuerpo al morir, con lo cuál, la disección podía ser un método de estudio aceptable.

A comienzos del siglo XX, las enfermedades se producían como resultado del contacto con el agua en malas condiciones, alimentos contaminados u otras personas enfermas. Una vez enfermas, las personas buscaban los cuidados médicos con la esperanza de curarse pero en aquellos tiempos, la medicina tenía pocas alternativas que ofrecer, así se puede decir que la gente tenía una

responsabilidad muy limitada a la hora de contraer una enfermedad ya que creía que era imposible evitar enfermedades contagiosas. (Ballester 1997).

En la actualidad, los médicos son los que han tenido exclusiva en el campo de la salud, como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales utilizando la cirugía y la farmacología, como armas para cumplir dicho objetivo. Sin embargo, en las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud: debido a que se considera a la salud como algo que hay que desarrollar y no como algo por conservar. Tanto la cirugía como la farmacología son métodos ineficaces para encarar el reto (labores de tipo preventivo) que conlleva la nueva concepción de salud. (Ballester 1997).

Cuando las personas se refieren a salud generalmente piensan sólo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma.

Definir salud es difícil. Callhan (1977; cit. en: Greene 1988) decía que como la mayor parte de los conceptos generales como paz, justicia y libertad, el de la salud presenta enormes dificultades en cuanto a definición.

Existe suficiente evidencia de que la salud, está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. La conducta tiene un efecto inmenso en nuestra salud. Además que ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar, en los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de salud. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos pues acepta que los aspectos psicosociales afectan los sistemas corporales lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. (Greene 1988).

El paradigma actual en este campo, señala que la calidad del bienestar psicológico y físico, depende principalmente de nuestros hábitos cotidianos, en definitiva nuestro comportamiento constituye aspectos centrales de esta problemática humana, las conductas saludables que implican acciones cognitivas

emocionales orientadas a manejar adaptativamente al estrés cotidiano. (Greene 1988).

1.2 Modelos teóricos.

Se ha tratado de definir desde varios puntos de vista el concepto de salud, pero no se ha llegado a algún acuerdo, provocando el surgimiento de varios modelos que lo explican, dando así cada uno su propio concepto tomando en cuenta aspectos económicos, sociopolíticos, culturales y religiosos los que los han determinado.

Uno de los primeros modelos que explicaron la salud-enfermedad fue el denominado “**modelo sobrenatural**”, ya que se consideraba que la salud, era el resultado de la obediencia humana a la ley moral que era dictada por un dios protector.

A lo largo del siglo XX surgió el **modelo biomédico** el cual ha permitido a la medicina conquistar y controlar muchas de las enfermedades que han asolado a la humanidad. La noción de que las enfermedades están causadas por un agente patógeno específico, un organismo causante de la enfermedad, estímulo el desarrollo de fármacos sintéticos y tecnología médica que a su vez potenció la creencia de que muchas enfermedades pueden curarse, sin embargo, este modelo pone todo el énfasis en la enfermedad, podemos decir que el modelo biomédico define la salud exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004).

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

bacterias y virus. El segundo plantea que cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente, la una respecto a la otra, la mente es vista como un ente abstracto, relacionada con los pensamientos y los sentimientos, incapaz de influir en el cuerpo. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004).

Desde ésta perspectiva, los problemas de salud son causados por factores biológicos que poco tienen que ver con los procesos psicológicos y sociales. Las quejas o síntomas subjetivos del individuo, son las consecuencias o expresión de un equilibrio biológico subyacente; es decir, lo biológico puede condicionar lo psicológico, pero el camino inverso es imposible. Por ejemplo, se admite que el cáncer pueda originar infelicidad, pero no se considera que el estado de ánimo del paciente contribuya a la evolución o progresión de la enfermedad. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004)

Según esto, el individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, únicamente es la víctima de fuerzas ajenas a él que producen cambios en su organismo, por lo que la intervención terapéutica debe estar guiada por principios biológicos y mecanicistas basados en preceptos y explicaciones unícausales; se entiende que un síntoma, es originado por un único tipo de causa, consistente en un trastorno biológico que se expresa a través de éste. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004)

Sin embargo, se puede demostrar que, el comportamiento afecta al funcionamiento biológico a través de distintos mecanismos biopsicosociales y de esta forma se puede decir que el modelo biológico no es un marco apropiado para seguir explicando los problemas relacionados con la salud y la enfermedad por las siguientes razones:

- No presta atención a las dimensiones sociales y psicológicas de la enfermedad en términos de etiología, prevención y tratamiento.

- La salud no es un problema que se deba a una causa simple.
- Ignota que las alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias pero no suficientes para el desarrollo de la enfermedad.
- Pone énfasis en la curación de la enfermedad, cuando los problemas de salud que aquejaban a las sociedades actuales desarrolladas son más de índole crónica e incurable.
- La responsabilidad en materia de salud es siempre de la profesión médica, lo que explica su excesiva confianza en la sofisticada tecnología y sobreespecialización de los proveedores de cuidado de salud, generándose de éste modo un modelo de sistema sanitario asistencialista, unisectorial, costoso, de escasa efectividad y deshumanizado.
- Promueve relaciones autoritarias entre los proveedores de salud y los usuarios.
- Considera la salud y la enfermedad como dos entidades diferentes.
- Rechaza que la mente pueda actuar sobre la materia.
- Obstaculiza la colaboración interdisciplinaria. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004).

Si bien el modelo biomédico de la enfermedad ha formado parte de la visión predominante de la medicina, existe un modelo alternativo que defiende un enfoque holístico en relación con la medicina, es decir aquél que tiene en cuenta los aspectos sociales, psicológicos, fisiológicos e incluso espirituales de la salud de una persona muchos médicos, psicólogos y algunos sociólogos en los últimos años han cuestionado el modelo biomédico, si bien han coincidido que el modelo ha estimulado el progreso en lo que respecta al tratamiento de la enfermedad, cuestionan su limitada definición de salud y su grado de utilidad en lo que respecta a la consideración de los actuales patrones que imperan tanto acerca de la enfermedad como de la muerte.

Actualmente, la gente que trabaja en el ámbito de la salud está debatiendo cuál es el modelo que tanto investigadores como las personas encargadas del trabajo

práctico deben utilizar. Algunos comienzan a estar insatisfechos con el modelo biomédico tradicional y empiezan a cuestionar su eficiencia. Sin embargo, la insatisfacción no constituye un argumento suficiente para impulsar un cambio. Es necesario que surja un modelo alternativo, éste debe tener la potencia del antiguo modelo, junto con la facultad de resolver problemas allí donde el viejo modelo fracasaba. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004).

El modelo alternativo es el **modelo biopsicosocial**, que incorpora no solo los factores biológicos, sino también los psicológicos y sociales. En este modelo, una vez más, la salud es contemplada como una condición positiva, el modelo biopsicosocial de la enfermedad, incorpora no solo los factores físicos, sino también los factores psicológicos y sociales. La aparición del modelo de salud biopsicosocial constituye la cuarta tendencia que ha modificado la visión del campo de la sanidad.

En lugar de definir la enfermedad como simple presencia de patógenos, el modelo biopsicosocial hace hincapié en la salud positiva y contempla la enfermedad, particularmente la enfermedad crónica, como resultado de la interacción de determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales. (Brannon y Feist 2001).

Sus bases teóricas se hallan en la *Teoría general de sistemas*. Esta sostiene, que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquía de sistemas, en la que cada sistema está compuesto por otros sistemas menores, al tiempo que forman parte de otro mayor. Así, todo sistema es a la vez, un todo y una parte. (Brannon y Feist 2001).

Cuyas principales características se puede decir que son las siguientes:

- a) Rechaza el reduccionismo del modelo biológico, al enfatizar la importancia que cada nivel (biológico, psicológico y social) tiene para la salud, acentuando su multicausalidad.

- b) Evita el dualismo mente-cuerpo al subrayar la existencia de interconexiones de los diferentes sistemas, un cambio o desequilibrio en cualquiera de los niveles de jerarquía afecta también a los demás (inferiores o superiores).
- c) Introduce el concepto de autorregulación, ya que cada sistema está orientado a alcanzar un equilibrio en su funcionamiento. A nivel físico, un ejemplo paradigmático es el de homeostasis. A nivel social, en el ámbito concreto de la salud, tiene la connotación de resistencia a cualquier cambio que suponga un peligro o amenaza para el sujeto. En fin, lo importante es que los distintos significados del término suponen que el sujeto tiene un papel activo en todo lo que compete a su salud (responsabilidad), contrariamente a lo que se pensaba de el modelo biomédico.
- d) Enfatiza tanto la salud como la enfermedad, al tratarse de dos aspectos de un mismo proceso, y concede una gran importancia a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Por la que favorece la multi-interdisciplinariedad a la hora de abordar los problemas de salud y tiene en cuenta los contextos de salud, ambos factores que quedan del otro modelo.
- e) Desde el modelo biopsicosocial, la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004).

Pero, sobre todo, éste modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud, esto es:

Tener por objetivo central, que las personas mantengan su salud, considerando que ésta, más que un estado, es un proceso de desarrollo dirigido de forma activa y voluntaria hacia la realización de los individuos, en grupos y comunidades.

Alcanzar un compromiso para el cambio del modo de vida (con vistas a la salud) no solo por parte del individuo, sino también del sistema social y sanitario, pues si el individuo está o no sano, no es un asunto de exclusiva competencia individual, sino que también depende de la estructura social.

Crear una cultura de la salud o consciencia de que ésta debe ser promovida y salvaguardada por parte de todos los actores sociales y en primer lugar por los propios individuos, que tienen la responsabilidad de mantener y mejorar su salud con la mayor autonomía posible respecto del sistema sanitario.

La formulación de este modelo, constituyó un catalizador que aceleró la investigación sobre los factores psicosociales asociados a la enfermedad, contribuyendo así a la emergencia de nuevas disciplinas como la Psicología de la Salud. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004).

Por otro lado el modelo **psicoambiental** dice que la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores: organismo, conducta y ambiente (físico y social). Este modelo resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales “plagas del mundo”.

Como hemos podido observar, a lo largo de este apartado los modelos revisados, plantean una constante que es la salud, sin embargo, para la aplicación de los mismos es importante definir el concepto de salud, el cual revisaremos en el siguiente apartado.

1.3 Definiciones de salud.

Dar una definición de salud es muy complejo, la cual se iniciaría por su origen etimológico, el cual el término salud proviene del latín *salus* que significa las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado, en nuestro idioma el concepto de salud es definido como el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente sus funciones, según el modelo biomédico tradicional dice: salud; ausencia de enfermedad.

A su vez, Robin considera la salud como un estado positivo y no solo como el hecho de hallarse libre de la enfermedad.

Así como también menciona Henry Sigerist (1941; cit. en: Ballester, 1997) según el cual la salud es... no simplemente la ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre ante la vida y una aceptación alentadora de las responsabilidades que la vida coloca sobre el individuo. De ésta forma se puede dar cuenta de que es muy complicado dar una sola definición de éste concepto, ya que se tienen que tomar diversos aspectos.

Salleras, (1985; cit. en Beallester, 1997) al hacer un análisis de ésta tesis encuentra que no es operativo por tres razones básicas: en primer lugar, para definir la salud en términos negativos, habría antes que trazar el límite entre lo normal y lo patológico, y ello no siempre es posible; en segundo lugar, porque los conceptos de normalidad varían con el tiempo, y lo que es normal en un momento dado, puede que no lo sea en una época posterior; y por último, porque estas definiciones no suelen adaptarse a las ciencias sociales que explican que en la salud están implícitos más factores (cognitivos, emocionales, conductuales, etcétera).

Por ello, surge el modelo biosicosocial, que toma en cuenta factores sociales y psicológicos. Henry Sigerist (1941; cit. en: Ballester, 1997) según el cual la salud es... no simplemente la ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre ante la vida y una aceptación alentadora de las responsabilidades que la vida coloca sobre el individuo.

Así la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 en su Constitución define la salud como: “el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad”.

Milton Terris (1980; cit. en: Ballester 1997) agrega el elemento de capacidad de funcionamiento al definirla, para este autor la salud tiene dos aspectos principales: uno subjetivo y otro objetivo. El aspecto subjetivo se relaciona con el sentirse bien, en tanto que el aspecto objetivo se refiere a la habilidad para funcionar en sus actividades.

De esta forma, Ballester (1997) plantea que la definición es más operativa ya que la mayoría de las personas menciona que la salud equivale a la suma de bienestar

y capacidad de funcionar (trabajar, estudiar y poder relacionarse con sus semejantes).

Partiendo de la formulación del modelo biosicosocial se desprenden otros modelos como: el ecologista, el social, el basado en el bienestar subjetivo (interno o espiritual), el de la psiconeuroinmunología y el psicológico.

El primer modelo, que es el ecologista hace referencia a la interacción del hombre con su ambiente, así desde esta perspectiva se han propuesto las siguientes definiciones en cuanto a salud:

Dubos (1975; cit. en: Ballester 1997) considera que la salud es un estado físico y mental bastante libre de malestar y dolor que permite a la persona afectada funcionar tan eficazmente y tanto tiempo como es posible en el entorno donde la suerte o la elección se ha colocado. Los estados de salud o enfermedad son la expresión del éxito o fracaso sufrido por el organismo en su esfuerzo por responder, adaptándose a los cambios del medio.

San Martín (1992) menciona que la salud es un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y externo del individuo; estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y la diferencia en sus condiciones de vida...Un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo.

El segundo modelo es el social, en donde se argumenta que la salud es el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y tareas en los que ha sido socializado (Parsons, 1972; cit. en: Vega 2000). Este autor destaca la responsabilidad del ser humano de cumplir con las normas y expectativas de la sociedad en la que vive. Desde este enfoque la salud depende más de lo social que de lo biológico.

Ya en el tercer modelo se toma como característica primordial el bienestar subjetivo (o espiritual), Hoyman (1975; cit. en: Greene 1988) quien plantea que la

validéz de la dimensión espiritual depende de la creencia en la existencia de fuerzas espirituales y de la manera particular del funcionamiento de éstas, aunque es probable que una porción importante de profesionistas de la salud duden de la existencia de la espiritualidad en cualquier sentido del término, los escritores tienden a ignorar el término psicoespiritual, planteado por este autor.

Sin embargo, Moss (1989) expone que la salud implica llevar una buena relación con uno mismo, con las sensaciones, pensamientos, sentimientos, imágenes, sueños de uno mismo; y con otras personas; y con algo más, sea cual sea el concepto que tengamos de él: self o Dios. Así mismo este autor plantea que el bienestar descansa sobre la base de tres elementos.

- 1.- El compromiso creativo, que implica la participación en la vida de forma original, espontánea y alejada de y todo juicio.
- 2.- La intensidad, que es la cualidad de atención y compromiso son la vida
- 3.- El amor incondicional.

De acuerdo con estas ideas Simonton (1989) expone que, la salud significa estar en armonía con nosotros mismos y con nuestro universo, cuanto más armonicemos con quienes somos, más sanos estaremos.

En cuanto al cuarto nivel es el de la Psiconeuroinmunología (PNI) que estudia la comunicación entre la mente y el cuerpo a través del sistema nervioso, endocrino e inmune a los cuales se les llama conductos NEI y consecuentemente afectan a la salud. De ésta forma Martínez (2001) menciona que las creencias pueden estar ligadas a la salud o enfermedad:

Cuando se viola un código bioético, si el campo de creencia interpreta el evento adversivamente puede causar una reacción lineal de estrés a través de los conductos NEI, que se expresa en portales de manifiesto, ocasionando una reacción simultánea que se impresiona a nivel celular en la totalidad del campo de bioinformación. El patrón de control o castigo puede ser agresivo afectando a diversos órganos. (Martínez 2001).

A partir de las definiciones antes mencionadas Irwin y Stone (cit. en: Martínez 2001) han propuesto algunas sugerencias, como las cinco subdivisiones de salud como valor prioritario universal:

- a) El sentimiento subjetivo de bienestar.
- b) La capacidad para un alto nivel de productividad social.
- c) Niveles adecuados en las medidas de funcionamiento corporal.
- d) Baja frecuencia de utilización de servicios del sistema sanitario.
- e) Capacidad de resistencia al estrés, a las infecciones y a las agresiones físicas con una pérdida mínima en los anteriores criterios.

Ya por último, cabe mencionar el quinto modelo y no por esto menos importante, el psicológico. Ballester (1997) menciona que la Psicología de la Salud concibe a la salud como un proceso continuo e infinito sin un límite tajante con la enfermedad; el cual tiene que ver con los comportamientos, el estilo de vida de una persona o comunidad; definiéndose así como la adaptación o interacción óptima entre la globalidad (mente y cuerpo) de la persona, las exigencias, restricciones o limitaciones que le impone su propia vida.

Otras definiciones que se pueden mencionar sin que se anteponga un modelo pueden ser las de:

Roa (1995), coincide con Ballester al mencionar que, las interacciones entre el estilo de vida, el medio ambiente y los comportamientos dentro de un continuo determinan un estado de salud, e incorpora dos factores más: el sistema de asistencia sanitaria, y la biología humana.

Robín (cit. en: Oblitas 2004) considera la salud como un estado positivo y no sólo como el hecho de hallarse libre de la enfermedad.

Dubos (cit. en: Oblitas 2004) sostiene que la salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio.

Para Dwayne la salud es la ausencia de enfermedad, puesto que no se siente enfermo la mayor parte del tiempo, cree que se trata de un estilo de vida saludable.

Hipócrates (400-300 a/c) creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio relacionado con el respeto a leyes naturales y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo el equilibrio de los cuatro humores vitales era fundamental para mantener la salud, la sangre relacionada con el corazón, la bilis amarilla con el hígado, la bilis negra con el bazo, la flema con el cerebro también destacó la influencia del agua, el aire y el lugar sobre el equilibrio de los humores. Galeno desarrolló la teoría de los humores de Hipócrates donde afirma que las emociones o las pasiones no sólo podían afectar el funcionamiento del cuerpo sino también podían provocar enfermedades. (Oblitas 2004).

Los chinos concebían la enfermedad como una ruptura de fuerzas naturales, como un desequilibrio de energías, influido por las emociones y los comportamientos, aún en la actualidad mantienen ésta creencia basada sobre la idea de una energía primordial que es necesaria regular y cuidar para mantener la vida. (Oblitas 2004).

Para Carroles y Buela (1995) la salud implica sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones con el entorno social y ambiental según la salud depende de una relación de equilibrio entre tres factores (organismo, conducta y ambiente).

Según San Martín (1984; cit. en: Ballester 1997), la salud no puede definirse hoy como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, por cuanto ella representa una situación relativa, variable, dinámica producto de todos los factores de la vida social sobre la población y el individuo, cuando éstos factores son favorables a la ecología individual. De acuerdo con ésta idea, la definimos como:

Un proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente, produce en el individuo,

según las circunstancias (favorables o negativas), el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad (Ballester 1997).

En este concepto de salud hay varios aspectos a considerar como:

-El estado de salud no puede ser absoluto, porque es inseparable del ambiente ecológico y social de la comunidad, el cual es esencialmente variable.

-Principalmente por la actividad del hombre, también este es un ser esencialmente variable.

-No existe, por la misma razón, un límite neto entre salud, y la enfermedad, si no grados y expresiones diversas mezcladas.

-En el concepto de salud hay, al menos 3 componentes a considerar:

*Un componente subjetivo (bienestar).

*Otro objetivo (capacidad para la función).

*Un tercero de tipo psico-ecológico-social (adaptación biológica, mental y social del individuo).

En la declaración de Alma-Atá de 1978, los países miembros de la OMS se comprometieron con el lema "Salud para todos". El principio rector de todos los departamentos de salud locales, estatales, provinciales, regionales y nacionales es lograr esta meta de la manera más completa y rápida posible. (Ballester 1997).

Después de revisar distintas definiciones de salud se puede comentar lo que nos dice Stone (cit. en: Brannon 2001,) ya que menciona que las definiciones de salud pertenecen a dos categorías distintas. Las que consideran la salud como un estado ideal y aquellas que hablan de la salud como un movimiento en una dirección positiva. La primera definición implica que cualquier enfermedad o daño es una desviación de la buena salud y que el estado ideal puede restaurarse eliminando la enfermedad. Utilizando este tipo de definición de salud tan limitada, un concertista de violín ciego no sería una persona saludable, a pesar de sus logros, productividad y contribución a la sociedad. La segunda definición evita este problema considerando a la salud como una dirección sobre un continuo. Esto implica que el movimiento hacia un estado mayor de salud es mejor que el movimiento que se produce en dirección opuesta. Puesto que la salud es

multidimensional, todos los aspectos de la vida, biológicos, psicológicos y sociales deben ser tenidos en cuenta. Siguiendo esto, un científico que descuide la seguridad personal o la salud física para buscar una cura que permita dar con la clave para resolver una enfermedad contagiosa estaría marchando en dirección contraria a la salud biológica pero avanzaría en dirección positiva en lo que respecta al concepto de salud social e incluso psicológica.

Es por tanto que no se puede dar una sola definición de lo que es salud, ya que está influida por diferentes factores y los modelos no han llegado a un acuerdo; sin embargo, hay un importante avance, ya que para la definición no se puede tomar en cuenta un sólo factor como el más importante ya que todo va relacionado y hay diferentes aspectos implicados en su definición.

1.4 Aspectos que determinan la salud.

Hay diversos aspectos que se incluyen en cuanto a las definiciones de salud como lo social, ambiental, psicológico, orgánico y socioeconómico. Realizando una clasificación, se pueden poner a los que dependen directamente del individuo como los hábitos de salud (alimentación, condición física, ingesta de bebidas, etcétera) y los que no dependen de el hombre como los socioculturales, ambientales, entre otros; que a menudo están a cargo de algún personal.

1.4.1 Orgánicos.

Hablar de los factores orgánicos es decir, que las causas capaces de originar una enfermedad son varias y que los mecanismos de acción son muy complejos ya que ejercen sobre el cuerpo.

Existen causas exógenas (las infecciones y las enfermedades parasitarias) y endógenas que pueden aparecer por disfunción de un órgano (del páncreas en la diabetes mellitus), por una reacción anormal (como ocurre en la cirrosis hepática), o por un trastorno metabólico y funcional de las células (en tumores).

Los factores biológicos son inseparables a la fisiología del organismo y menos susceptibles de modificación que los otros factores. En las sociedades desarrolladas, estos factores influyen de forma muy notable en la mortalidad de los niños menores de un año, pues, al estar muy vigiladas las enfermedades infecciosas, las causas más habituales de mortalidad infantil son las alteraciones congénitas y las hereditarias; pero, a partir de cierta edad la relevancia de éstos factores como causantes de enfermedades disminuye de forma trascendental.

1.4.2 Psicológicos.

Los factores emocionales juegan un importante papel como determinantes de las conductas de salud. Así muchos hábitos nocivos para la salud como fumar, beber o comer en exceso, se encuentran asociados en algunas personas a ciertas reacciones emocionales, como el estrés, también las creencias y actitudes determinan de forma significativa la práctica de las conductas de salud. La creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, así como también la sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad, son factores que contribuyen a la práctica de una conducta de salud determinada. (Beneit y Latorre, 1981).

La idea de que las emociones pueden llevar a una persona a enfermar o incluso a morir se ha visto durante mucho tiempo como una idea sentimentalista de escaso rigor científico a pesar de que autores como Freud señala que los procesos de duelo y depresión favorecían la aparición de las enfermedades. Sin embargo, a estos aspectos emocionales implicados en la enfermedad, les falta largo camino por investigar.

1.4.3 Ambientales.

En cuanto a los factores ambientales nos referimos al medio físico (geografía, clima, etcétera) biológico, químico, cultural y psicosocial en que viven los seres vivos, es decir, el medio en que se desarrollan y establecen los sistemas de relaciones sociales y ecológicos que permiten la vida en la tierra.

De acuerdo con Soler Márquez y Abad Ros (2000; cit; en: Oblitas 2004) el nivel de desarrollo de una sociedad determina el peso relativo de las variables ambientales en la salud de los individuos.

En las sociedades latinoamericanas, un número significativo de enfermedades y muertes es causado por enfermedades infecciosas, por condiciones de vida carentes de higiene, por falta de control de aguas residuales, por alimentos sin control sanitario o por falta de alimentos carencia de condiciones laborales aceptables, alto índice de accidentes, diversos tipos de violencia. En los países más avanzados.

1.4.4 Socioeconómicos y culturales.

Por otro lado, el factor cultural sería el modo de vida que adopta los grupos sociales humanos y las comunidades, lo cual incluye y todo aquello que es producido o aprendido por el hombre, y luego transmitido e innovado de generación en generación a través de la herencia social y el aprendizaje. Así mismo, se incluiría el Alfabetismo y escolaridad, niveles de educación superior y técnica, hábitos y creencia y comportamientos en relación con la salud.

Se manejaría en los aspectos Socioeconómico la existencia de desigualdades sociales; Calidad de la vida: alimento, vivienda, situación del trabajo y empleo; seguridad social y educación; Modos de vida: bienestar social; así como el nivel de desarrollo socioeconómico: distribución del ingreso nacional; la existencia de planes y programas de desarrollo socioeconómico y de planes de salud.

En esta revisión los aspectos relacionados con la salud, encontramos que son diversos, entre estos, los que mas destacan en la actualidad son los relacionados con los factores psicológicos, entre los que encontramos la interacción del hombre con el medio ambiente, las conductas, los hábitos positivos y negativos, relacionados con el proceso salud-enfermedad. Todos estos aspectos, entre otros, son de gran importancia para las contribuciones que puede hacer la psicología de la salud, como un área importante de intervención para el desarrollo de programas a favor de la salud. Por esta razón, en el siguiente capítulo, dedicaremos espacio a la psicología de la salud.

CAPÍTULO 2. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.

2.1 Surgimiento y desarrollo de la psicología de la salud.

En comparación con los otros campos, la psicología de la salud en los diferentes países no ha sido uniforme. Algunos, cuentan con escenarios de trabajo, líneas de investigación y programas de formación consolidados, mientras que en otros países, esto aún es incipiente y en otros, más aún no se inician. Sobre todo en países subdesarrollados en materia de salud. Sin embargo, también es claro que, a pesar de estas desigualdades y como ha ocurrido en otras regiones de mundo, ningún otro campo de la Psicología ha experimentado avances tan acelerados, en tan poco tiempo, solo en dos décadas.

Los psicólogos se han interesado en cuestiones de salud desde los primeros años de nuestro siglo (Stone, 1977; Rodin y Stone, 1987). Algunos psicólogos Stanley Hall (1904) o William James (1922) abordaron cuestiones de salud en sus escritos. No obstante el interés profesional e investigador en ésta área creció relativamente poco hasta los años setentas, aunque en la década de los sesentas se comenzó a plantear la necesidad de intervenir en los servicios de salud. Shoenfield (1969; cit. en: Oblitas y Becoña 2006).

Es por esto que a partir de un modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la psicología de la salud (Ballester, 1997). Además, ello también coincide con la propuesta formulada a finales de los sesenta, de considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad.

Básicamente, son tres las razones que se suelen plantear como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud.

En primer lugar, desde mediados de este siglo, asistimos a un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde

las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de estas “nuevas” enfermedades es, en definitiva, producto de hábitos poco saludables o insanos que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de enfermedad.

En segundo lugar, este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suele conllevar a una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas. (Ballester, 1997).

Finalmente, el modelo médico de la enfermedad, como ya hemos señalado, entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico o imbalances químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo entendiendo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas. Esta perspectiva es, a todas luces, insuficiente tanto para entender como para tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX. (Matarazzo, 1980).

Por todas estas razones, y una vez desarrollada ésta emergente perspectiva de los problemas de salud, en 1978 la Asociación Americana de Psicología (APA) creó como una más de sus divisiones (38 concretamente), la Health Psychology (división de psicología de la salud) que al año siguiente, en 1979, publica su primer manual: Health Psychology A. Handbook y en 1982 también aparece la revista de ésta división de la APA con el título Health Psychology.

Las atribuciones de ésta disciplina y sus áreas de trabajo quedan descritas en vigente, y ampliamente aceptada definición de Matarazzo, 1980:

“La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.”(Pág.4).

Así diversos factores de orden científico y relativo al cuidado de la salud han contribuido al nacimiento de la psicología de la salud.

En primer lugar, el cambio en la concepción de los términos de salud y tener buena salud. Recuérdese que tradicionalmente la salud se ha conceptualizado como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, más recientemente el concepto de salud ha sido redefinido en términos positivos como un complemento estado de bienestar físico, mental y social Este cambio conceptual conlleva a una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos. Stone (1979; cit. en: Oblitas y Becoña 2006).

En segundo lugar, paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico, modelo dominante de la medicina. Téngase presente que en dicho modelo, basado en el reduccionismo y en el dualismo mente –cuerpo, se ha asentado la medicina moderna Engel (1977;cit. en: Oblitas y Becoña 2006). Este modelo se focaliza en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignorar los factores psicológicos y sociales.

En tercer lugar, el cambio en los patrones de enfermedad. Antes de los avances de espectaculares de la medicina en el siglo XX, una gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo o infeccioso, el descubrimiento de fármacos efectivos, como antibióticos y vacunas contribuyó con la erradicación del número de víctimas inherentes a ésta enfermedad. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la longevidad han dejado paso a las enfermedades crónicas. Ello quiere decir que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y son prevenibles.

En cuarto lugar, cuestiones de índole económica han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales en la salud. Los costos por ciudadano se han disparado. Además una cantidad importante de los costos del cuidado del ciudadano van destinados a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables. Por tanto, los factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas y, especialmente, en cambiar las conductas no saludables Agras Weiss (1982; cit. en: Oblitas y Becoña 2006).

En quinto lugar, la madurez de la tecnología conductual ha contribuido de modo claro a la emergencia de la psicología de la salud, en éste momento histórico

como un hecho casi natural al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso la salud física que tiene clara la relación con los factores psicológicos y conductuales.

La Psicología de la Salud, se refiere al conjunto de aportaciones desde todas las disciplinas psicológicas relativas a la investigación de la importancia de los factores comportamentales, el desarrollo de estrategias para evaluarlos y controlarlos o modificarlos en la promoción de la salud (física y mental) y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (física y mental). Como área, la Psicología de la Salud integra, como subespecialidades de la misma, a:

1. La Psicología Clínica, interesada principalmente, aunque no únicamente, en el abordaje de los trastornos psicológicos, actuando a nivel individual.
2. La Psicología Comunitaria, interesada principalmente, aunque no exclusivamente, en la prevención de los trastornos psicológicos, actuando a nivel supraindividual.
3. Las contribuciones específicas de la Psicología a la Medicina Conductual, principalmente, aunque no únicamente, interesada en el abordaje de los aspectos comportamentales en los trastornos biomédicos y en la ayuda a los demás profesionales de la salud que los atienden. (ver figura 1).

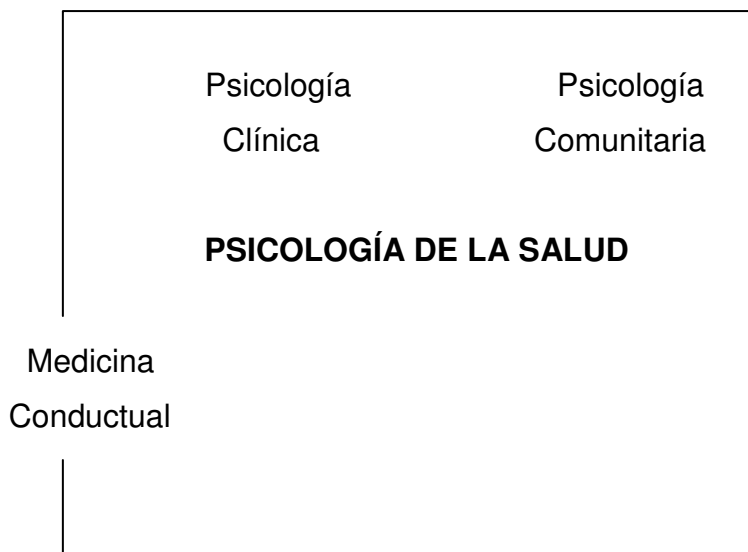


Fig.1 Relaciones entre Psicología Clínica, Psicología Comunitaria, Psicología Conductual y psicología de la Salud.

La Psicología de la salud integra todas las actuaciones y como resultado de esta integración, por razones científicas, éticas y prácticas, plantea como las estrategias más deseables la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Como resultado de la integración de estas nuevas disciplinas, la Psicología de la Salud incluye como características más llamativas las siguientes:

- a) La Asunción de un modelo integrador de salud (y enfermedad) de naturaleza biosicosocial.
- b) El interés en la promoción de la salud, investigando y generando programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y en la mejora de la salubridad ambiental. Esto es, un fuerte énfasis conceptual y operativo hacia la salud y la salutogénesis.
- c) El interés por la prevención (primaria) de la enfermedad, o actuaciones sobre, fundamentalmente, conductas o hábitos de riesgo (tales como: el tabaquismo, alcoholismo y abuso de ciertas sustancias, patrones alimenticios inadecuados, falta de actividad física, falta de higiene, falta de descanso y ocio; y otros más específicos para algunos trastornos, tales como patrón de conducta tipo A y riesgo coronario, sexo no protegido y riesgo de enfermedades de transmisión sexual, etc.) y sobre las características patógenas del medio.
- d) La tendencia a una perspectiva ecológica-comunitaria para las actuaciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- e) La elaboración de adecuadas estrategias para la evaluación y tratamiento-rehabilitación de la enfermedad (o prevención secundaria y terciaria), tanto a nivel individual como comunitario.
- f) La formación de paraprofesionales y la potenciación de la actuación de otros profesionales de la salud, mejorando sus relaciones con los

pacientes, preparando a los pacientes para los exámenes o intervenciones sanitarias o la hospitalización, y aumentando el cumplimiento y seguimiento por parte de los mismos de los regímenes o tratamientos sanitarios.

La Psicología de la salud, es probablemente una de las áreas en que es menos tolerable la brecha que a veces se da entre conocimiento de principios básicos del funcionamiento psicológico del humano, logrado a través de la investigación básica, y la forma en que aquellos se convierten en intervenciones preventivas o terapéuticas. Esto también se aplica a la forma en que la intervención se somete a prueba para evaluar su eficacia. En esta especialidad nadie puede darse el lujo de actuar como artesanos, valorando por ensayo y error si funciona o no una intervención, sin conocer el origen de la decisión de aplicarla. Esto entraña una responsabilidad de quienes forman psicólogos de la salud y de quienes forman en general, a los expertos que hacen prevención en primera instancia, y atención al enfermo en segunda. (Rodríguez, 1998).

Objetivos de la Psicología de la salud.

Entre los principales objetivos que persigue este nuevo enfoque de la Psicología aplicada a la Salud podemos señalar los siguientes:

1.-Elaborar un marco teórico que facilite:

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

2.-Poner en práctica dicho marco teórico para:

- La promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad. El tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.
- La mejora de los servicios de salud. (León, Medina, Barriga, Ballesteres & Herrera, 2004).

2.2 Definición de Psicología de la Salud.

Se han hecho varios intentos por definir psicología de la salud, de los cuales uno de los primeros fue Stone (1979; cit en: Oblitas y Becoña, 2006) quien dice que al hablar de Psicología de la Salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas de salud. Entre las definiciones más destacadas encontramos las siguientes:

Gatchell y Baum (1983: cit. en, Simon 1999) definen a la psicología de la salud como la disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.

Consecuentemente, se han propuesto otras definiciones como la de Taylor (1986; cit. en Oblitas y Becoña, 2006) La Psicología de la Salud es el campo, dentro de la Psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste y como responde una personas cuando se enferma.

Así como Bloom (1988; cit. en: Simon, 1999) Quien dice que es el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad.

En México Rodríguez y Palacios (1989) la definen como: La aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la Psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud.

En 1990 Sarafino (cit. en: Simon, 1999) la define como el campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y

estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.

Carrobles (1993; cit. en: Buela, Sierra y Carrobles 1995). Menciona que es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos y orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o 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 la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.

A su vez Simón (1993) menciona que es la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social y psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Marks (1995; cit. en: Simón, 1999) comenta que es la aplicación de la psicología a la salud, los problemas de la salud y cuidado de la salud para la promoción y mantenimiento y restauración de la misma.

En 1995 también Taylor (cit. en: Simon, 1999) lo conceptualiza como el campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas, en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando están enfermos.

Ballester (1997) menciona que la psicología de la salud concibe a la salud como un proceso continuo e infinito sin un límite tajante con la enfermedad; tiene que ver con los comportamientos, el estilo de vida de una persona o comunidad. Así la psicología de la salud, se define como la adaptación o interacción óptima entre la globalidad (mente-cuerpo) de la persona, las exigencias, restricciones o limitaciones que le impone su propia vida.

Roa (1995) coincide con Ballesteros al mencionar que las interacciones entre el estilo de vida, el medio ambiente y los comportamientos dentro de un continuo determinan un estado de salud, pero incorpora, dos factores más: el sistema de

asistencia sanitaria y la biología humana. La psicología tampoco debe hacer esta división centrándose sólo en lo emocional o conductual, debe considerar los aspectos biológico, económico, cultural y espiritual para comprender mejor la condición del ser humano.

Así, se puede hacer una clasificación de las definiciones, están las que enfatizan la prevención y tratamiento de las distintas enfermedades, como las expuestas por Carroles y las que acentúan la promoción y mantenimiento de la salud.

Siendo la definición de Matarazzo (1980; cit. en: Ballester, 1997) reconocida como oficial internacionalmente ya que es la que describe con mayor exactitud las funciones del psicólogo en éste ámbito:

“El conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la Psicología dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de sus correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas. La APA agrego el final: el análisis y mejora del Sistema de Salud y la formación en política sanitaria.”(Pág. 4)

Como puede apreciarse en dicho concepto de Psicología de la Salud, ésta se caracteriza, fundamentalmente, por:

- 1) Dirigir su área de actuación tanto al individuo como al conjunto de instituciones y fuerzas que están relacionadas con la salud, esto es, a los niveles intraindividuales, enterindividuales y sociales de la salud Stone (1983; cit. en: Simon 1999):
- 2) Primar los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- 3) Potenciar la investigación destinada a conocer como contribuyen a la salud los factores comportamentales y a la elaboración de estrategias adecuadas para su evaluación y control o modificación.

- 4) Analizar y mejorar las políticas de salud y el sistema de atención a la salud. Godoy (1991.1993; cit. en: Simon 1999).

2.3. Niveles de promoción y prevención de psicología de la salud.

La promoción de la salud de actuaciones encaminadas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud y, a nivel operativo, al conjunto de actuaciones (centradas en el individuo o en la comunidad) relacionadas con el diseño, elaboración, alineación y evaluación de programas y actividades encaminadas a la educación, protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud (de los individuos, grupos o comunidades).

2.3.1 Principios básicos en la promoción de la salud.

Se entiende por promoción de salud a el conjunto de acciones dirigidas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud, a través de la elaboración, aplicación, evaluación de actividades con el fin de educar, proteger, mantener e incrementar la salud, en el ámbito individual, grupal o comunitario. Cardaci (1997; cit. en: Trejo 2001).

Lo principal en la promoción de la salud, debe ser la atención centrada en el individuo, mejorando su potencial de salud y la atención a la comunidad. La promoción de salud implica la implantación y mantenimiento de conductas, hábitos sanos en el ámbito individual. Morales (1991; cit. en: Trejo 2001).

El objetivo de la promoción de salud es asegurar las condiciones sociales y económicas que garanticen el bienestar general, para eliminar conductas inadecuadas de salud y proporcionar condiciones sanitarias y ambientales óptimas. La promoción de salud implica la intervención de acciones políticas económicas y organizacionales pero también involucra a la educación para la salud, siendo esta la estrategia básica de intervención, así como en la prevención de la enfermedad, dicha estrategia debe dirigirse a que las personas tengan la

necesidad de cuidar de ellos mismos de su familia y de su comunidad, con el fin de modificar conductas o adquirir nuevos hábitos para la conservación de su estado de salud (Cardaci, 1997; cit. en: Trejo ,2001).

Con esta dirección centrada en el objetivo de la protección, mantenimiento y acrecentamiento del potencial de la salud, dos son las posibles aproximaciones en la promoción de la salud Noack (1987; cit. en: Simón, 1999):

- a) Las aproximaciones centradas en el individuo, esto es, la mejora del potencial de salud de los sujetos individuales, lo que correspondía al tipo de actuaciones propio de la tradición clínica.

- b) Las aproximaciones centradas en la comunidad, esto es, la mejora del potencial de salud socio ecológico, lo que correspondería al tipo de actuaciones propio de la tradición comunitaria.

Promoción es un término relacionado con la salud y su referente es la salutogénesis. Ciertamente, la promoción de la salud es bastante más que la evitación de la enfermedad o del riesgo de la misma. La promoción de la salud supone pues un cambio revolucionario en el eje salud –enfermedad dirigido, fundamentalmente, hacia la investigación sobre como se adquieren las creencias, actitudes, motivaciones y conductas pro salud y a la elaboración y puesta en practica de los adecuados programas para la implantación y mantenimiento de las mismas.

Para lograr tal fin, se señala la importancia de defender movimientos sociales y desarrollar políticas públicas que fomente la salud como un valor, prioridad y derecho, la participación activa de las personas para fortalecer en la población las capacidades y destrezas que le permitan adoptar decisiones saludables y proporcionar apoyo a la acción sanitaria. (OPS, 1992)

En general se puede decir que la promoción implica la combinación de educación para la salud e intervenciones políticas, económicas y organizacionales que

faciliten lograr cambios de comportamiento o modificaciones del medio ambiente condecientes a fortalecer o preservar la salud. Los principios que dirigen esta visión incluyen:

- Actuar sobre los diversos determinantes de la salud.
- Lograr un alto nivel de participación ciudadana.
- Trabajar con una variedad de acercamientos que van más allá de la educación e intervención individual e incluyen legislación cambio organizacional y desarrollo comunal como estrategias principales.
- Visualizar la promoción de actitudes y conductas de salud positivas.
- Concebir el acceso a servicios de salud.
- Desarrollar un ambiente conducente a la salud.
- Fortalecer de redes sociales y apoyo social (Áviles, 1996).
- Enfatizar un acercamiento integrado a través de la participación de la comunidad como socio activo en la toma de decisiones, cooperación intersectorial y el diseño e implantación de planes de acción y política publica. (Rodríguez, 1998).

2.3.2 Niveles de prevención.

La psicología clínica de la salud, aparte del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la prevención la percibe como una parte fundamental, ya que es un término relacionado con la enfermedad y su referente es la patogénesis; en la actualidad existe evidencia epidemiológica que permite identificar poblaciones con problemas de riesgo para los cuales es factible establecer programas preventivos. La prevención ha sido dividida tradicionalmente en tres niveles pero vale la pena considerar cuatro categorías que son:

Prevención primaria. El concepto de prevención primaria, en salud tomo especial fuerza a partir de 1978, con la Conferencia de Alma Ata (Rusia). En ella se analizaron en detalle los problemas de la salud a nivel mundial, con la

participación de 134 países, se insistió en abordar problemas de salud y la asistencia sanitaria con nuevos criterios, con el fin de reducir el abismo entre los “privilegiados” y los “desposeídos”, esto casi podría igualarse con los países desarrollados y en desarrollo; además con la clase social alta y media y con las clases bajas y marginales.

En la Conferencia antes mencionada se señalaron como problemas fundamentales a nivel internacional:

- La incapacidad para entender las expectativas y las diferencias transculturales.
- La injusta distribución de los servicios de salud entre países y dentro de cada país.
- Elevación de costos, sin el debido aumento en la calidad de los servicios.
- Inadecuada cobertura de los servicios de salud, que nunca es de 100% de la población.
- Distanciamiento entre los usuarios del servicio y el personal de salud.

La prevención primaria implica protección de la salud, promoción, educación para la salud, investigación y mejores servicios de salud. Ahora dichas funciones, en este caso la promoción de la salud llega a las comunidades y a los individuos. Se enfatiza la regionalización de los servicios de salud, la responsabilidad individual y comunitaria, el papel de la familia y del grupo social. Si los resultados van a ser positivos – mejor salud para toda la población- o no van a serlo, es algo que a un falta por tratarse más a fondo. (Oblitas y Becoña, 2006).

Prevención secundaria. Intervención temprana que quizá incluya un tratamiento de la enfermedad y que sirve para minimizar su seriedad (por ejemplo, la detección temprana del cáncer). (Oblitas y Becoña, 2006).

Prevención terciaria. Intervención que busca minimizar las complicaciones de una enfermedad establecida, en la cual probablemente se incluya la medicina clínica (por ejemplo, un régimen dietético e insulínico para pacientes con diabetes, que ayude a prevenir un daño orgánico. (Oblitas y Becoña, 2006).

Prevención cuaternaria. Esfuerzos de rehabilitación capaces de impedir un mayor deterioro después que la enfermedad ha sido tratada, haciendo énfasis en reducir al máximo la incapacidad o incrementar habilidades de afrontamiento (por ejemplo, terapia física o de lenguaje). (Reynoso 2005).

2.4 El papel del psicólogo de la salud.

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

Durante los últimos años ha habido una verdadera explosión de la psicología de la salud, las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicaciones y formación.

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud. La investigación en la psicología de la salud está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Posteriormente, los conocimientos aportados por la investigación serán el sustento de las aplicaciones en la clínica y en otro marco de aplicación. (Oblitas y Becoña, 2006).

Respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor además de interesarse por la evaluación de la efectividad de las diferentes estrategias de tratamiento.

Una línea de investigación importante dentro de la psicología de la salud, ha sido aquella que ha estudiado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad: los asuntos más estudiados ha sido el modo en como los sujetos afrontan el estrés y como las relaciones interpersonales afectan a nuestra salud.

Otras facetas en las que se han implicado los psicólogos de la salud, son ofrecer evaluación psicológica a los pacientes, médicos y asesorar en cuestiones

psicológicas a los distintos profesionales de la salud. Los psicólogos de la salud también han utilizado una gama amplia de técnicas (métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta, biofeedback, etcétera) para tratar numerosos y variados trastornos que van desde la obesidad a enfermedades cardiovasculares. (Oblitas y Becoña 2006).

Además colaboran en el diagnóstico de los pacientes. Por ejemplo, una lesión o una enfermedad cerebral pueden afectar a múltiples capacidades o características de una persona, aparte de provocar problemas físicos. Así al utilizar diversos test psicológicos, como las escalas de memoria e inteligencia de Wechsler, puede evaluar cuáles son las áreas que presentan problemas y ayudar a establecer un programa de rehabilitación, por ejemplo, si una persona con una lesión cerebral tiene problemas para recordar un dato importante (como dónde guardar la cafetera o la fecha de una cita), el psicólogo clínico puede ocuparse de organizar la colocación de etiquetas en los lugares más importantes de la casa o enseñar a la persona el uso de instrumentos de memoria artificial como las agendas personales. (Oblitas y Becoña, 2006).

También se ocupan de los tratamientos, de pacientes con problemas de diversa índole. Estos tratamientos pueden estar basados en planteamientos teóricos diversos (por ejemplo, las teorías psicoanalíticas de Sigmund Freud y otros), aunque suelen recurrir a principios conductistas o conductistas-cognitivos. Estos principios, que derivan de las teorías del condicionamiento clásico y del operante, ideadas respectivamente por Pávlov y B. F. Skinner, han logrado un gran avance al aumentar el conocimiento sobre los elementos mentales o cognitivos de los desórdenes psicológicos. (Oblitas y Becoña, 2006). Si una persona sufre una fobia, como la agorafobia, el psicólogo intentará comprender tanto el comportamiento como los esquemas mentales del paciente. El psicólogo determinará la causa por la que el individuo ha desarrollado el temor a salir (por ejemplo, si ha padecido experiencias desagradables, como la de haber sido atacado, que le hayan podido originar ansiedad) y tratará de ayudarlo a controlar

tanto las sensaciones fisiológicas asociadas con la ansiedad (taquicardia, pánico, sudor), como los pensamientos negativos asociados con la idea de salir al exterior (si salgo, perderé el conocimiento). (Oblitas y Becoña, 2006).

Como anteriormente se mencionó, la investigación puede englobar estudios en profundidad sobre la efectividad de un determinado tratamiento o el estudio de un paciente en concreto. Finalmente, la mayoría de los psicólogos de la salud se dedican a la enseñanza, bien sea de médicos o enfermeras, de psicólogos que estén realizando prácticas clínicas o de otros grupos de personal sanitario. (Feldman, 1998).

Hans Eysenck, al promover la idea de que los psicólogos de la salud debían ser asesores e investigadores, contribuyó al desarrollo de un proceso que habría de cambiar la profesión con sus críticas a la psicoterapia tradicional y su defensa de la ciencia y el tratamiento “nuevo” de la terapia conductista, terapia cuyo objetivo es la modificación de conducta de una persona y no el análisis de las causas que la provocan, objeto del psicoanálisis.

Así las funciones del psicólogo de la salud, se han multiplicado mucho, y se les ha podido colocar en múltiples trabajos y jerarquías dentro de una gran variedad de instituciones:

- Como profesor e investigador a nivel universitario.
- Como profesional e investigador en clínicas y hospitales, tanto generales como especializados.
- Centros comunitarios de salud mental, prestando asistencia directa o planificando formas de intervención.
- En centros de salud universitarios.
- Centros de orientación infantil.
- En la práctica privada, asistiendo a individuos o a grupos.
- En escuelas pública o privadas.
- En reformatorios y prisiones.
- En centros para asistencia a menores.

- En escuelas médicas.
- En cortes de conciliación.
- En la industria, como consultor de administración.

Al igual que un psicólogo de la salud, en la amplia gama de problemas a la que se enfrenta, se especializa en uno o varias de estos como: problemas sociales, trastornos sexuales, dificultades conyugales, problemas de lenguaje, asistencia escolar y vocacional, perturbaciones comportamentales asociadas a delincuencia, alcoholismos farmacodependencia, y trastornos asociados a difusiones cerebrales. (Pérez, 1982).

Los psicólogos de la salud se ubican fundamentalmente en tres escenarios:

1. Instituciones de enseñanza superior, realizando funciones docentes e investigación.
2. Centros de asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicios e investigación.
3. Practica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos. (Rodríguez, 1998).

Así hoy en día los psicólogos de la salud trabajan con pacientes de todas las edades y abarcan una gran variedad de disciplinas. También colaboran con gran número de profesionales.

El psicólogo de la salud debe recibir una preparación adecuada para que pueda:

1. Realizar una evaluación de las personas con incapacidades mentales, aplicar evaluaciones psicológicas a pacientes con daños cerebrales, diseñar actividades de rehabilitación.
2. Hacer y aplicar programas en general. Los cuales se derivan de la teoría del aprendizaje.

Actividades que puede llevar a cabo un psicólogo de la salud:

- I. Colaboran con los psiquiatras para la evaluación del estado del paciente mediante el uso de distintas pruebas.
- II. El psicólogo también ayuda a evaluar la eficacia de un tratamiento.
- III. Las pruebas psicológicas ayudan al psicólogo, a revelar talentos o intereses latentes que sean posibles utilizar en forma constructiva en el tratamiento.
- IV. Mediante el uso de éstas pruebas, el psicólogo da una estimación objetiva de los cambios que ocurren en el intelecto y la personalidad como consecuencia del tratamiento.
- V. Cualquiera que sea el paciente, el psicólogo desempeña un rol en el asesoramiento acerca de la rehabilitación.
- VI. Debido a su preparación en estadística y procedimientos experimentales, puede diseñar y llevar a cabo estudios en el campo clínico.

Estas son algunas de las muchas actividades que puede realizar un psicólogo clínico.

Hoy en día, el criterio con que trabajan los psicólogos de la salud para saber si el paciente tiene o no un trastorno, es cuando no existe solución de continuidad entre las áreas de la conducta normal y las del área patológica: ansiedad o agresividad, son por ejemplo, dentro de cierto margen perfectamente normales y fisiológicas, pero se convierten en conductas anormales cuando sobre pasan determinados límites. (Rodríguez, 1998).

También se dice que el juicio de normalidad está subordinado al examen del contexto sociocultural dentro del cual se encuentra el paciente

Dentro de lo que es la relación terapéutica, se debe mencionar que es muy eficaz la calidez, empatía, autenticidad y aceptación, sin embargo el terapeuta debe de mostrarse activo, señalando problemas y dificultades centrándose en aspectos

concretos, debe presentar y proponer roles y alentar al paciente a llevar a cabo situaciones no experimentadas anteriormente. (Rodríguez, 1998).

El papel del psicólogo dentro del ramo de la salud cada vez es más importante ya que aporta y comparte los conocimientos que tiene para ponerlos en práctica en conjunto con otras disciplinas y así complementar los tratamientos, soluciones o explicaciones que se dan a temas que solo se han manejado desde una perspectiva médica, esto permite abordarlo desde otro punto de vista y así indicar otros aspectos que no se han manejado. Por ejemplo la hipocondría sería uno de estos temas, el cual será el punto central de nuestro siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. HIPOCONDRIA.

3.1 Historia de la hipocondría.

La enfermedad hipocondríaca es bien conocida desde la antigüedad. Los médicos y sofistas griegos hablaron con frecuencia de ella. Areto de Capadocia la identificó con la melancolía, y Claudius Galeno (siglo II d.C.) trata con frecuencia del morbus hipocondriacus. (Martí, 2004).

Durante el siglo XX, la hipocondría se divulga como una neurosis, en relación con la angustia y la obsesión.

En la décima edición de la Clasificación internacional de enfermedades, se denomina a esta enfermedad como un trastorno que se caracteriza por una preocupación persistente de la posibilidad de tener una o más enfermedades somáticas graves progresivas. Suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, lo que justifica diagnósticos adicionales. El enfermo va de médico en médico, para cerciorarse de que no se equivocan, o de que la enfermedad les pasa desapercibida a los sanitarios. (Martí, 2004).

Generalmente, el enfermo es visitado por el médico generalista, y cuando acude al psiquiatra, lo hace con un conjunto de radiografías, electrocardiogramas, resonancias magnéticas, tomografías, gammagrafías y toda clase de analíticas repetidas que el enfermo considera aun insuficientes y probablemente erróneas, porque los médicos, hasta el presente, “no han encontrado nada”. (Muñoz y Martí 2004).

La explicación que transmite en la historia clínica acostumbra a ser interminable, vaga y falta de toda sintomatología clínicamente significativa.

El grave caso de Andrés. Nos dice: “Me falta la vista, noto como un vacío y una sensación de estar como muerto, molestias en la vista, en el estómago y con la sensación de que voy a caer muerto. No me siento el corazón, ni la respiración;

se me disuelve el cuerpo y me falta el ser". Las exploraciones médicas más exhaustivas nos sirven para confirmar el diagnóstico de la enfermedad hipocondríaca.

En general los enfermos son resistentes a cualquier tratamiento y tienen mal pronóstico. Algunas veces mejoran a temporadas cortas con psicoterapia cognitiva y persuasiva, pero a las pocas semanas vuelven con el mismo discurso inconcreto pero fruto de una creencia fatal. (Muñoz y Martí 2004).

Este trastorno se presenta tanto en varones como en mujeres y no se acompaña de características familiares especiales. (Martí, 2004)

Así, la enfermedad imaginaria es la enfermedad que se produce como consecuencia de otorgar creencias imaginarias al carácter de creencias ciertas. Por ejemplo, en el hipocondríaco, la creencia de estar orgánicamente enfermo, o en el claustrofóbico, la creencia de que se va a asfixiar en un espacio cerrado.

Una de las características fundamentales de la enfermedad imaginaria es el pensamiento obsesivo. En el trastorno obsesivo, la asociación de ideas a la que nos referimos, en vez de tener un desarrollo o movimiento largo, en longitud, lo tiene el espiral, de tal modo que se va pensando siempre lo mismo. (Martí, 2004).

La enfermedad hipocondríaca, es la enfermedad imaginaria que consiste en creer obsesivamente que se padece alguna enfermedad, la cual puede iniciar meramente imaginaria pero también en su evolución como una severa enfermedad mental real como una forma de neurosis pero, también como una psicosis pues el enfermo puede llegar a tener creencias delirantes. La hipocondría en la medida en que dure toda la vida en que se cronifique y llegue a inhabilitar a producir discapacidades, se convierte en una enfermedad tan real como una enfermedad orgánica. El hipocondríaco puede llegar a convertirse en alguien que esta constantemente pensando en su cuerpo, preocupado por su cuerpo y notando molestias en su cuerpo. Y esto constituye una enfermedad. El hipocondríaco que no esté ocasionalmente influido por la imaginación, sino cuya vida se ha convertido ya, en un constante estar preocupado y concentrado en su cuerpo que llega a producirle verdaderas alteraciones en su funcionamiento de origen psicosomático, esta rozando, o esta ya inmerso en la enfermedad real y

digamos que tanto los enfermos como todos aquellos que queremos evitar la enfermedad somos contradictorios, reales e imaginarios, ciertos y falsos. (Muñoz y Martí 2004).

¿Por qué pensamos que estamos enfermos o sanos?

Prejuicios y tópicos.

La primera razón por la que podemos pensar esto es porque los conocimientos y conceptos acerca de la salud no los tenemos del todo claros. Somos víctimas de muchos prejuicios y tópicos, en torno a la salud porque a menudo tendemos a creer sin el necesario espíritu crítico todo aquello que se nos dice, leemos u oímos.

Exceso de especialización científica.

En segundo lugar, las explicaciones que nos proporcionan los médicos a veces vienen motivadas por exceso de especialización científica. Con relativa frecuencia hay un cierto alejamiento de la salud por parte del especialista, al que le interesa, su progreso científico relacionado con la enfermedad del paciente que la persona que tiene adelante. (Muñoz y Martí 2004).

Salud evolutiva.

En tercer lugar, la salud es el resultado de la evolución del ser humano desde que nace hasta que muere. El ser humano nace, se desarrolla y muere y hay que tener en cuenta que la salud evoluciona a lo largo de su vida. Por lo tanto, una cosa es tener enfermedad en la infancia, por ejemplo, un sarampión o paperas y otra es tener una enfermedad cuando se es mucho más adulto, una insuficiencia cardiaca o una enfermedad de personas mayores. (Muñoz y Martí 2004).

Preocupación excesiva por la salud.

La cuarta razón, por tanto, es que hay una cierta tendencia a pensar que uno puede estar enfermo porque en algún momento de su juventud o de su infancia

tuvo alguna enfermedad y se cree que esta todavía ejerce alguna influencia, con lo que hay una tendencia a pensar que uno tiene que preocuparse mucho de su cuerpo. Aparece entonces la tendencia a la hipocondría, a tomarse a uno mismo como a un ser débil, enfermo.

Identificación con el enfermo. Una de las formas de aprendizaje y desarrollo de la persona es a través de los mecanismos de identificación y contra identificación. Como es sabido que todo lo que se aprende no es necesariamente bueno y una de las cosas que pueden aprenderse, a través de mecanismos de identificación, es a conducirse como si uno estuviera enfermo y acabara resultando un hipocondríaco. (Muñoz y Martí 2004).

Algunas cuestiones que influyen para enfermarnos o hacernos creer que estamos enfermos podrían ser:

- El individualismo.
- Sociedad de consumo.
- Carencia emocional.
- Trabajo, paro y ocio.
- Prejuicios sociales (apariencia, belleza y salud).
- Una sociedad de exigencia.
- Medios de comunicación.
- La soledad.
- La potencia de la imaginación.

El enfermo hipocóndrico, es algo así como la quinta esencia del enfermo imaginario, es decir, es aquel paciente cuya enfermedad consiste precisamente en creer que esta orgánicamente enfermo sin estarlo. Para el hipocondríaco, su cuerpo se ha convertido en su enemigo. Al cabo del tiempo si las creencias enfermizas del hipocondríaco se convierten en obsesivas y se cronifican se acabará convirtiendo en un enfermo real. En primer lugar, la angustia y la tristeza que lo acompaña puede producir alteraciones en la transmisión de determinadas

sustancias cerebrales como la dopamina y la serotonina, responsables de nuestros estados afectivos. (Muñoz y Martí 2004).

3.2 Definición de Hipocondría.

La palabra “hipocondría” deriva de la palabra “hipocondrio” del griego hipokondros y describe la parte lateral derecha superior de la región epigástrica, una zona situada bajo la parrilla costal derecha y por debajo de la cual se encuentra el hígado y diversos órganos del aparato digestivo. En el siglo XVII cuando Moliere escribió El enfermo imaginario, esos enfermos tenían tendencia a colocarse una mano en el hipocondrio. Y al mismo tiempo, se iban quejando “ay, que mal me encuentro, no se si lo voy a poder aguantar, cada día me encuentro peor, necesito médicos, necesito a alguien”. Y fue de ahí donde partió la denominación de hipocondríaco para el enfermo imaginario descrito por Moliere. Un enfermo imaginario, que el dramaturgo francés llevó a su máxima expresión al convertir la enfermedad ya no en el centro de su propia vida sino también de la de sus familias. La enfermedad como centro y estilo de vida, debido a que afecta la calidad de vida de quienes lo padecen y de sus familiares, ya que se sienten impotentes e incapaces de dar ayuda al enfermo. (Muñoz y Martí 2004).

A veces, este problema se presenta de forma esporádica y en otras ocasiones es crónico y casi siempre aparece cuando hay crisis o periodos de depresión, soledad, ansiedad o estrés y la persona no sabe como canalizarlos o manejarlos y siente una enorme necesidad de llamar la atención, aunque también son síntomas de una persona con esquizofrenia. (Muñoz y Martí 2004).

La hipocondría es un problema que se presenta con mayor frecuencia en hombres de entre 30 a 40 años y entre los 40 a 50 en las mujeres, hay niños y jóvenes que también la padecen y los “enfermos”, viven esperando que el médico les diga que tienen algo grave, para estar tranquilos, aunque poco les dura, porque pronto empiezan a “sentir” nuevos síntomas. (Muñoz y Martí 2004).

Con frecuencia, este padecimiento se presenta en personas que han sufrido alguna enfermedad real, por ejemplo, un niño asmático, tiene más posibilidades de desarrollar un problema imaginario con síntomas no relacionados con el asma. Hay otras personas que, se refugian en una enfermedad para llamar la atención, eludir responsabilidades, aplazar o evitar decisiones, desarrollar compasión o mantener a alguien a su lado, por lo que sus “enfermedades” se convierten en el punto medular de todas sus pláticas.

Puede decirse que este padecimiento puede iniciarse a cualquier edad; sin embargo, lo más frecuente es que comience en los primeros años de la vida adulta. El curso es generalmente crónico, con períodos de mayor o menor intensidad, aunque algunas veces es posible que el individuo se recupere totalmente. El inicio agudo, la cormobilidad, la ausencia de trastornos de la personalidad y la ausencia de un beneficio secundario, son indicadores de buen pronóstico. Debido a su cronicidad, algunos autores consideran que este trastorno posee características de "rasgo" (preocupación persistente, con quejas de tipo somático centrada en síntomas físicos). (Muñoz y Martí 2004).

La prevalencia de la Hipocondría en la población general se desconoce. En la práctica médica se encuentra entre un 4% y un 9% de los pacientes que consultan.

Por tanto, se puede decir que el problema principal de una persona que padece hipocondría radica en que la vida de la persona se centra en la preocupación por su cuerpo y en el estar pendientes de cualquier síntoma, signo o manifestación que “pueda” indicar algún mal. Tienden a cuidarse en exceso para evitar su “agravamiento” y siempre sienten que no son atendidos adecuadamente por el médico, por lo que consultan a uno y a otro, por lo que la familia termina muy cansada, con grandes gastos económicos y molestia por las constantes quejas.

Los hipocondríacos son muy sensibles al dolor físico por lo que un simple piquete, golpe o raspón, suele convertirse en todo un evento y tormento, ya que desean que todos los demás vean como muy grave su problema.

La interpretación distorsionada de los síntomas físicos llegan a tener tal peso en su mente y conductas que su calidad de vida se ve totalmente afectada y pueden llegar a presentar cuadros “clínicos” muy peligrosos, o a realizar acciones como el automedicarse por todo y para todo, con los riesgos enormes que esto conlleva, también suelen realizarse estudios que por su naturaleza representan un riesgo en sí mismos, o sumirse en cuadros de depresión intensos al sentir que están “al borde de la muerte”. (Muñoz y Martí 2004).

Componentes esenciales de la hipocondría.

Se pueden dividir en tres formas de respuesta:

a) Cognitivos:

- *Preocupación por el propio cuerpo y por padecer diferentes enfermedades.
- *Rumiaciones sobre síntomas, salud y enfermedad y sus consecuencias.
- *Autobservación excesiva de las funciones del cuerpo y tendencia a verlas como señal de enfermedad.
- *Más atención a las posibles consecuencias negativas, desoyendo los aspectos más saludables de uno mismo y de la vida.

b) Emocional-fisiológicos:

- *Ansiedad.
- *Temores sin correspondencia con el peligro real.
- *Cambios en el estado de ánimo.

c) Conductuales:

- *Hablar a propios y extraños de las varias dolencias y síntomas.
- *Búsqueda de información en diferentes fuentes (enciclopedias, otros enfermos, familiares).
- *Autoobservaciones repetidas y manipulación de diferentes partes del cuerpo para comprobaciones diversas.

*Aumento de las visitas a médicos y especialistas, y deterioro de las relaciones con éstos.

*Disminución de otras actividades sobre todo las de buena salud y aquellas que implican responsabilidad social o laboral.

La persona hipocondríaca está muy metida en el rol de enfermo, es decir, centra la mayor parte de su vida en la vivencia de estar enfermo. Aunque la hipocondría como trastorno es independiente de la ansiedad y la depresión, muchas veces aparece junto a ellas. Esta coexistencia se explica por varios motivos. El tono de ánimo negativo hace que nos centremos más en nosotros mismos, lleva a interpretar sensaciones neutras como señales de peligro potencial de enfermedad, y vuelve más catastrofistas nuestras expectativas de padecer una enfermedad y lo que significaría padecerla. Además también se ve aumentada nuestra atención a aspectos negativos de la vida, entre ellos las enfermedades, y a recordar enfermedades que se padecieron o padecieron otras personas en el pasado. Y no hay que olvidar que las propias emociones negativas pueden generar síntomas físicos (la ansiedad, por ejemplo, genera palpitaciones, sudores, temblores) que pueden ser vistos como enfermedad física si se desconoce su origen o incluso pueden provocar problemas físicos reales (úlceras, psoriasis, cefaleas tensionales, hipertensión arterial y asma bronquial). (Muñoz y Martí 2004).

3.3 Causas y síntomas de la hipocondría.

Las causas.

1.- En primer lugar, puede tratarse de la herencia genética de un carácter en el que existen rasgos psicopatológicos de concentración autística, tendencia de la depresión y la debilidad del propio cuerpo y del propio ser.

2.- Ello puede ir acompañado de un ambiente en el que se nos ha educado en la necesidad de la sobreprotección, unida a menudo a una falta de desarrollo de todas las posibilidades de nuestra corporalidad, física y mental.

3.- En tercer lugar, otra de las causas de la hipocondría puede ser la identificación durante nuestra niñez, adolescencia o primera juventud con algún familiar que haya sufrido verdaderos trastornos orgánicos. (Muñoz y Martí, 2004).

Los síntomas.

La hipocondría es un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, por lo que el principal síntoma de ésta es la preocupación exagerada que siente por su salud. El hipocondríaco medita constantemente sobre sus síntomas, reales o imaginarios, llegando a percatarse de signos funcionales que normalmente se escapan a la conciencia (intensidad de los latidos cardíacos, funciones digestivas, etcétera). Puede describir su cuadro clínico con una sutileza impresionante, aclarando repetidas veces el alcance de cada uno de sus síntomas físicos. La atención del hipocondríaco se centra no sólo en el estudio de sí mismo (se toma el pulso, la temperatura, el número de respiraciones por minuto y la tensión arterial varias veces al día), sino también en la cantidad y composición de los alimentos. Sabe con que aguas hace mejor la digestión, qué grados de ventilación o de temperatura le convienen, etcétera, pero son solo algunos aspectos. (Martí 2004).

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos o síntomas somáticos. La sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. Finalmente, el hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su enfermedad imaginaria ("enfermo imaginario"). (Martí 2004).

En la hipocondría las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos), a anormalidades físicas menores (pequeñas heridas, tos ocasional) o a sensaciones físicas vagas y

ambiguas (corazón cansado, venas dolorosas). El individuo atribuye estos síntomas o signos a una enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su padecimiento. Pero, en realidad no existe ninguna enfermedad médica asociada a los síntomas, y si el paciente está enfermo verdaderamente, su enfermedad no está relacionada con ellos. (Muñoz y Martí, 2004).

Autorreflexión constante sobre su propio cuerpo.

Se adopta una actitud nefasta que es la de estar mentalmente y de forma obsesiva pendiente del propio cuerpo, de cómo respiro o como hago las digestiones.

Angustia y miedo a la muerte.

Se genera una ansiedad que puede manifestarse en forma de crisis de angustia o ataques de pánico en relación con su propia vida. El enfermo cree que se va a morir de forma más o menos inminente porque ciertamente vamos a morirnos todos.

Tristeza.

Esta constante tensión en el propio cuerpo también va acompañada generalmente de un estado afectivo subdepresivo. El hipocondríaco esta triste porque sufre miedo y angustia pero, además cree que debe manifestarse esa queja acerca de la enfermedad que mantiene un estado anímico pésimo.

Estos tres síntomas referidos que afectan tanto a la cognición como a la afectividad son los síntomas fundamentales de la hipocondría.

Es bastante frecuente que el hipocondríaco llega a la consulta del psiquiatra, lo haga acompañado o dirigido por otro médico, su médico familiar o un especialista que tras haberle sometido a distintos exámenes que no han detectado ningún síntoma de enfermedad real, llegan a la conclusión de que la enfermedad de su paciente tal vez sea de origen psicológico. (Muñoz y Martí 2004).

Trastornos de sueño, la alimentación, el humor y la actividad.

Unido al estado más o menos acusado de depresión general el hipocondríaco suele padecer trastornos de los ritmos del sueño, alimentación y la actividad.

Los trastornos de sueño en este caso serían el insomnio que puede manifestarse como una dificultad para conciliar el sueño o por el contrario por desvelarse al cabo de pocas horas de haberse quedado dormido y no ser capaz de volver a dormir. (Muñoz y Martí 2004).

En cuanto los ritos de apetito, generalmente el apetito disminuye, aunque en algunos casos es al revés y la ansiedad se traduce en un apetito compulsivo.

Y la distimia o los trastornos del humor también son frecuentes.

Algunos otros rasgos que pueden presentarse podrían ser:

- Molestias diversas de origen nervioso.
- Inestabilidad personal.
- Trastornos psicósomáticos.
- Imposibilidad para el placer.
- Sensación de ahogo y taquicardia.
- Fobias.
- Síntomas evolutivos.

Además de esto algunas veces se acompaña de síntomas neurovegetativos, como palpitaciones, sudoraciones, rubor, temblor, diarrea y estreñimiento, inestables y sucesivos.

Frecuentemente se quejan de forma continua de sensaciones de dolor y malestar, quemazón, pesadez, opresión, sensaciones de estar hinchado, excesivamente distendido, exceso de gases, flatulencias y generalmente temor a la muerte y sensación de sufrimiento constante.

La mayoría de personas con trastorno hipocondríaco actual son también sensibles al acontecer ambiental, y el mismo curso de su enfermedad depende mucho de

la idea que de la misma tienen los que les rodean y, en especial, los médicos que les atienden. (Martí, 2004).

Aunque no sea lógica la preocupación por la enfermedad a pesar de las exploraciones médicas negativas y de las explicaciones apropiadas, tal preocupación debe valorarse siempre en relación con el nivel cultural del enfermo. El diagnóstico de Hipocondría debe hacerse con mucho cuidado si las ideas del paciente sobre la enfermedad se ven reforzadas por curanderos que no están de acuerdo con las explicaciones y las exploraciones médicas. El trastorno afecta por igual a varones y a mujeres. (Muñoz y Martí, 2004).

3.4 Diagnóstico e interpretación de la hipocondría.

Primordialmente hay que distinguir la hipocondría del ser aprensivo; en la hipocondría el malestar es significativo y afecta la vida laboral, social u otras áreas importantes de la vida del sujeto. Hay que considerar también que la duración de la sintomatología sea significativa, al menos 6 meses, antes de diagnosticar dicha enfermedad. (Martí, 2004).

Se debe asegurar que el paciente no tenga realmente ninguna enfermedad física. Una vez que se ha descartado, si el paciente sigue con angustia, preocupación y dudas acerca de su estado de salud, es conveniente estudiar la posibilidad de un trastorno psicológico.

Es por esto que no siempre es fácil hacer un diagnóstico diferencial de la enfermedad hipocondríaca con otras enfermedades. Con base en esto es que debe diagnosticarse hipocondría solo si las preocupaciones sobre la salud no pueden explicarse mejor por la presencia de un Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-compulsivo (TOC), Trastorno de Pánico, Episodio Depresivo Mayor u otro trastorno. (Martí, 2004).

Pero, a modo de conocimiento informativo tanto de la sociedad civil como de los profesionales se han dado algunas claves que son indicadores de la enfermedad:

- a) El enfermo debe tener un estado de ánimo ligeramente melancólico-depresivo, siempre de intensidad mediana.
- b) Existen cambios de humor que llamamos distimias, pero la evolución es: Crónica y constante.
- c) Debe presentarse ansiedad corporal somatógena, es decir, este malestar se refiere siempre al cuerpo.
- d) El paciente hace vida normal pero con algunas crisis de conversión somatizada, localizada en algún órgano o sistema.
- e) La atención esta concentrada en el hipocondrio derecho, es decir, el enfermo dirige su propia mano la región subcostal derecha.
- f) No tiene ideas obsesivas de suicidio, pero con frecuencia alude a su enfermedad orgánica grave que “no le encuentran”.
- g) El discurso se desarrolla normalmente, pero con frecuencia referido a las molestias en algún órgano interno. (Martí, 2004).

Interpretación psicológica del problema hipocondríaco.

Dos han sido las principales interpretaciones psicológicas de la hipocondría:

- La primera la considera la expresión en lenguaje corporal de un conflicto intrapsíquico y en ella se escriben los modelos dinámicos y fenomenológicos.
- La segunda interpretación psicodinámica considera la hipocondría como una fuerte defensa para personas con baja autoestima y está relacionada con las ganancias, primaria y secundaria: la primaria en tanto consigue expresar un conflicto y la segunda por la atención que obtiene toda persona enferma.

En esta segunda interpretación psicológica lo considera un trastorno cognitivo perceptivo y dentro de ella cabe incluir:

- a) La teoría de la alexitimia propuesta por Nemiah (1977) según la cual el hipocondríaco presenta una dificultad en la expresión de emociones y afectos que responde a una alteración neurofisiológica.

- b) El estilo amplificador de sensaciones corporales normales. Otros autores Barsky y Kleman (1983) han considerado que la hipocondría surge a partir de una experiencia subjetiva de las sensaciones internas mas intensas de lo normal y la de otros pacientes.
- c) Otros autores se han referido a la existencia en el hipocondríaco de un esquema cognitivo distorsionado, una mala interpretación del significado de las sensaciones corporales normales.

Cabe mencionar una tercera interpretación la cual señala que la hipocondría debe ser considerada una conducta social aprendida. Las conductas del hipocondríaco constituyen una forma de comunicación interpersonal no verbal que incluye un manejo de las relaciones personales mantenidas por sus consecuencias, simplemente se reporta la conducta pasada por los beneficios que ha reportado. (Echeburua, 1992).

3.5 Tratamiento de la hipocondría.

El inicio de cualquier tratamiento requiere:

-Una valoración diagnóstica precisa.

-Un conocimiento exhaustivo de los factores implicados en el origen y desarrollo del problema: antecedentes, factores desencadenantes, factores predisposicionales, factores de mantenimiento y soluciones intentadas.

-Un conocimiento suficiente del paciente y sus circunstancias: grado de deterioro de la salud y el bienestar, incapacitación e interferencias en planes de acción o estatus significativos para la persona, recursos personales, atribución de capacidad y eficacia, rasgos destacados de la personalidad y del sistema de valores.

-La formulación de un esquema explicativo que identifique las variables más relevantes del caso, las relaciones críticas entre ellas, y el proceso que han ido siguiendo.

-El establecimiento de una relación adecuada entre el paciente y el especialista que les permita trabajar juntos de manera eficiente: reconocimiento mutuo, comunicación eficaz, confidencialidad, seguimiento de prescripciones.

-Finalmente, en función de todo lo anterior, el establecimiento de unos objetivos evaluables y unos medios convenientemente ordenados y secuenciados. Estos últimos, los medios y su despliegue, en función de la demanda formulada por el paciente, son los que constituyen el tratamiento propiamente dicho.

La intervención terapéutica combina normalmente tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general y contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente. Normalmente, las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacitación que producen. Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y mantienen la ansiedad y otras alteraciones.

Usualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con: la recuperación de la salud (si se ha perdido), de la prevención y el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa. Por lo regular, al inicio del tratamiento, se acude a consulta una vez por semana, cuando el tratamiento está mínimamente encauzado, las visitas son menos frecuentes, por ejemplo una visita cada 15 días.

Tratamientos específicos para la hipocondría.

Las técnicas que han sido más eficaces en el tratamiento de la hipocondría son las psicológicas basadas en los procedimientos cognitivos-conductuales.

En los tratamientos psicológicos se explican al paciente los factores de origen y de mantenimiento de la hipocondría, se le pide que deje de hacer continuas visitas a médicos y especialistas, a que procure no hablar repetidamente de sus dolencias y síntomas y en general a que deje de centrar su vida en la preocupación por padecer una enfermedad. A las personas cercanas se les invita a que no refuercen las quejas ofreciendo algún tipo de beneficio o ganancia. (Martí 2004).

He aquí una relación de aquellas técnicas consideradas más efectivas:
-Técnicas de Reestructuración Cognitiva:

En esta técnica se plantea que el comportamiento desadaptativo está determinado por las formas en que las personas interpretan su mundo o por las suposiciones que hacen sobre él. Por eso es que el terapeuta del comportamiento debe ayudar a los pacientes a aprender a etiquetar las situaciones en forma más realista, de modo que al final de cuentas obtengan mayores satisfacciones. Para facilitar esta reestructuración racional de circunstancias, el terapeuta puede utilizar en ocasiones razonamientos o discusiones en un intento por lograr que los pacientes vean la irracionalidad de sus creencias. Además de ofrecerle un análisis racional de sus problemas, por otra parte el terapeuta puede intentar enseñarles a “modificar sus enunciados internos” lo que quiere decir que cuando comiencen a sentirse mal en situaciones reales deben hacer una pausa y preguntarse qué se están diciendo en esas circunstancias. (Kazdin, 1989).

Con base en esto es que la hipocondría trabaja con los pensamientos erróneos al atribuir los síntomas vagos, ambiguos y normales a una enfermedad grave. También se anima a cambiar el foco de atención, que parece estar atascado en las enfermedades y sus consecuencias, ampliándolo a sensaciones saludables del propio cuerpo.

Y se busca instaurar nuevas creencias más realistas sobre la salud y la enfermedad.

- Técnicas de relajación:

Esta técnica consiste en ir enseñando al paciente a diferenciar los estados de tensión y relajación. En un primer momento se intenta hacerle saber al paciente para que sirve la relajación demostrándole como es incompatible con cualquier estado de ansiedad ya que esta puede provocar síntomas que se pueden atribuir a enfermedades graves o, incluso, generarlas.

La ventaja cognitiva de este procedimiento es su valor en cuanto a incrementar la percepción que del propio autocontrol tiene el cliente. Ello puede mejorar la auto imagen del cliente independientemente de sus efectos sobre el sistema psicofisiológico.

Por tanto esta técnica ayuda al hipocondríaco a generar sensaciones agradables y gratificantes, así como a cambiar el foco de atención y orienta hacia un pensamiento menos negativo, reduciendo en algo las preocupaciones existentes.

- Exposición interoceptiva:

Técnica de las conocidas con el nombre de paradójicas, donde se pide al paciente que, mediante diversos procedimientos, se genere y se exponga voluntariamente a los síntomas y sensaciones temidas. De esta manera el sujeto percibe que tiene un control sobre dicho síntomas. Se consigue que sensaciones que antes se consideraban como señal de peligro se vean como absolutamente normales. Por tanto, esta técnica, también contribuye a un cambio en el pensamiento y a reducir la angustia. (Kazdin, 1989).

- Entrenamiento en Técnicas de Asertividad:

Wolpe, consideraba las respuestas asertivas como un ejemplo de la forma en que funciona la inhibición recíproca, es decir, es imposible comportarse de manera asertiva y ser pasivo al mismo tiempo. Las situaciones que en algunas ocasiones evocaron ansiedad ya no lo hacen, por que la conducta asertiva inhibe la ansiedad.

Originalmente, el entrenamiento en asertividad se diseñó como tratamiento para personas cuya ansiedad parecía derivarse de su modo tímido de enfrentar las situaciones. (Phares, 1999).

Es importante señalar que el entrenamiento en asertividad no es lo mismo que tratar de enseñar a las personas a ser agresivas. En realidad es un método para entrenar a las personas a expresar como se sienten sin pisar los derechos de otros en el proceso. De esta forma con la mejora de la asertividad y la autoestima de una persona se desarrollan formas más efectivas de conseguir los objetivos y deseos (laborales y sociales), sin tener que usar la queja.

- Análisis y resolución de áreas conflictivas de la vida de la persona:

Esta se ha estudiado extensamente en las investigaciones de laboratorio tanto con animales como con seres humanos y para llevar a cabo esta técnica se describe una estrategia en la cual el tratamiento constará de cinco pasos.

1. Se le da al cliente una serie de orientaciones generales que le ayudaran a reconocer las situaciones problemáticas y sus reacciones ante ellas, y a ponerle en aviso sobre qué problemas pueden solucionarse en cada momento.
2. Se descompone la definición global ó abstracta del problema en unidades específicas que puedan abordarse más fácilmente.
3. Se anima al cliente a plantear todas las alternativas de acción posibles que se le ocurran.
4. El cliente debe decidir entre esas soluciones posibles, sopesando las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas.
5. El cliente a la práctica la alternativa elegida y verificar si era o no la mejor solución. Y si no es así regresa a la terapia hasta encontrar una buena solución. (Kazdin, 1989.)

-Medicación:

En la hipocondría los medicamentos no tienen mucha efectividad, salvo para regular la sintomatología ansiosa o depresiva que suele acompañarla. Normalmente se utilizan Ansiolíticos y/o Inhibidores Selectivos.

Así como la hipocondría que es un tema que se maneja desde un marco médico y que en este capítulo se trató de abordarlo desde un punto psicológico, también hay otros temas semejantes como son los valores y la vigilancia de salud los cuales se aterrizarán desde una perspectiva psicológica en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4.

VIGILANCIA Y VALORES DE SALUD.

4.1 Vigilancia de salud.

Se definirá vigilancia como cualquier sistema de tratamiento de datos para hacer posible una defensa o protección de algo que se quiere mantener. Una definición más genérica de vigilancia es el estar atento a lo que pueda ocurrir para poder prevenir algún peligro. (Grenne, 1988).

Y al hablar de vigilancia de salud se estará haciendo referencia al conjunto de hábitos o valores que tienen las personas para valorar su estado de salud en relación con las conductas de riesgo para orientar actividades y estrategias preventivas. (Grenne, 1988).

En cuanto a conductas de riesgo podemos mencionar:

Son aquellas conductas que permiten sospechar situaciones personales de susceptibilidad, debilidad, poca resistencia, o especial sensibilidad frente a las agresiones sociales o personales.

Estos factores personales pueden ser debidos a:

Condiciones personales como: la edad, el género y dentro de el para el sexo femenino las situaciones de gestación y lactancia, la herencia (racial o de estirpe familiar), la inteligencia, el nivel sociocultural, el peso, la talla y los depósitos grasos que determinan masas corporales de sobrepeso y situaciones de obesidad y sobretodo el estado de salud determinado por patologías residuales y patologías presentes actuales evidentes o enmascaradas. (Grenne, 1988).

Fallos en las conductas personales especialmente los hábitos, los consumos peligrosos (alcohol, tabaco, dietas desequilibradas), los estilos de vida (sedentarismo, descansos, actividades lúdicas de riesgo, deudas de sueño) y el puesto de trabajo. (Grenne, 1988).

Para poder llevar a cabo la vigilancia de salud es necesario:

Asesoramiento Preventivo.- El cual consiste en estar en comunicación con un profesional de la salud para recibir consejos y recomendaciones para la defensa de la salud.

Registro de Datos.- Es el punto de partida para obtener los datos primarios o brutos de salud, que se han de manipular.

Diagnóstico y Pronóstico.- Son los juicios o estimaciones sobre el estado y las necesidades de salud del individuo actuales y futuras.

Consejo.- Cualquier advertencia de asesoramiento que se comunica sin especial énfasis para influir en las decisiones y conductas de los propios vigilados. Son datos terciarios elaborados a partir de las conclusiones diagnósticas o pronosticas y de comunicación obligada al individuo.

Consultas de Salud.- Son exámenes de Salud , contactos clínicos entre un individuo y un profesional de la salud a los cuales se asiste de manera voluntaria además ayudara a esta consulta la correcta vigilancia de salud ya que esta surge por la adecuada información que el individuo tiene sobre posibles situaciones de riesgo.

Cuestionario de Salud.- Instrumento que evalúa síntomas de salud que puede ser contestado a distancia o presencialmente con la ayuda profesionales de la salud.

Profesional de la salud: Que interviene para diseñar, indicar, planificar, programar y aplicar cualquier intervención de vigilancia, entendiendo que en el aplicar se

incluye el registro, la manipulación, elaboración y comunicación de datos sobre la salud del individuo.

Confidencialidad - Todos los datos tienen el atributo de ser íntimos exigen el secreto profesional por razones éticas.

Por tanto, se puede considerar a la vigilancia de salud como un sistema de tratamiento de datos de salud para defenderla preventivamente antes de que se pierda (prevención primaria) o precozmente cuando ya se ha perdido (prevención secundaria y prevención terciaria). (Grenne, 1988).

4.2 Valores de salud.

Para poder hablar de valor de salud se debe revisar en primera instancia lo que se entiende por valor.

Existen muchos significados hacia esta palabra, pero unos de los que se deben considerar para poder entender lo que es un valor de salud son:

Un valor en el campo psicológico esta dentro de un relativismo cultural ya que no reconoce valores absolutos si no relativos debido a que están en función a las culturas y épocas, entonces valor nos refiere al grado de adhesión que se le da a algo, esta adhesión nos indicará el grado de conformidad a las normas asumidas como valores ya determinados en una cultura.

Otros mencionan que valor, es el grado de importancia o valía asignado a un objeto derivado del mismo, si bien es un concepto abstracto este determinará para una persona o grupo social la importancia relativa que se le da a algo o alguien.

Entonces al hablar de valor entiéndase el grado de utilidad e importancia que le damos a una cosa determinada de manera individual y social.

Por tanto al hablar de valor de salud se hace referencia al grado de importancia que tiene para un individuo su salud por medio de los valores o hábitos inculcados

por una sociedad. Pero para decir que se tiene un valor de salud primero es indispensable que el individuo cuide su salud, para que de esta forma pueda valorarla, aunque este valor no está entre los principales como lo menciona Ware y Young (1979; cit. en: Di Mctleo 1991) quienes realizaron un estudio en el cual encontraron que aunque la salud se ubica dentro de los principales valores, entre el 20% y 40% de los encuestados, no consideraron a la salud dentro de sus cinco valores más importantes.

Es por esto que como dice Beneit (1994) y Roa (1995) el valor que se le da a la salud es un factor primordial para el mantenimiento de la misma aunque no es lo único ya que hay distintos aspectos que influyen en la adquisición y mantenimiento de los hábitos o conductas de salud.

Los factores implicados en lo anterior son:

El social:

- Experiencias de socialización.
- Valores asociados a una cultura o grupo socioeconómico.
- Influencia del grupo social.

El individual:

- Auto percepción.
- Factores emocionales.
- Creencias y actitudes hacia que un comportamiento, puede o no contribuir a evitar o no una enfermedad.
- El locus control interno en el que los sujetos creen que la salud depende de su propia conducta.

Se dice que al hablar de valores de salud, hacemos referencia a los hábitos que tiene una persona para cuidar su salud y tener un estilo de vida saludable, es así como un individuo o sociedad pueden adquirir una calidad de vida.

4.2.1 Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida ha sido difícil de conceptualizar una forma de definirlo, es a través de indicadores objetivos por ejemplo: los factores socioeconómicos que influyen en la salud de la población, entre los cuales está un régimen alimenticio adecuado, vivienda higiénica, ingresos suficientes, servicios de agua y alcantarillado. Así la calidad de vida de una población dependerá de la satisfacción de sus necesidades esenciales, con respecto a esto la calidad de vida debe entenderse, a partir de la óptima integración de los aspectos biopsicosociales en los diferentes contextos en los que se encuentra el individuo, es decir, el conjunto de condiciones que garantizan el bienestar de una persona en términos de su adaptación e integración de las condiciones en las que vive. González (1986; cit. en: Trejo, 2002).

La calidad de vida puede entenderse como el grado en que la sociedad posibilita la satisfacción de necesidades (materiales y no materiales) de los miembros que lo componen. Tal capacidad manifiesta a través de las condiciones objetivas en que se desenvuelve la vida social. Setién & Santamarina (1993; cit. en: Trejo, 2002).

Es así como éste concepto ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. La mayoría de las veces se ha tratado de ampliaciones a la definición del concepto. Primero el término se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de accesos a los bienes económicos y finalmente se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre la vida social, su actividad cotidiana y su propia salud. Setién & Santamarina (1993; cit. en: Trejo, 2002).

Actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos, además de ser definido en

términos generales como una medida compuesta de bienestar físico, mental, y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo. Setién & Santamarina (1993; cit. en: Trejo, 2002).

Levi y Anderson (cit. en: Oblitas, 2004) sostienen que la calidad de vida, no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, si no de la evaluación de éstas por el individuo. La calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual. Desde ésta perspectiva y desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria el análisis de los procesos y conducen a esa satisfacción elementos integrantes de ésta. La definición con base en lo anterior es que incluye aspectos como son capacidades cognitivas conductuales y de bienestar emocional, la satisfacción vital, las condiciones socioeconómicas y su percepción de salud.

Por otro lado, para evaluar la calidad de vida hay muchas dificultades debido a que no hay una definición exacta de ésta, sin embargo hay cuestiones que miden la calidad de vida que incluyen rubros como:

Bienestar físico, relaciones interpersonales, actividad organizacional, actividad ocupacional, ocio y actividad recreativa, salud, auto consideración, filosofía de la vida, nivel de vida, trabajo, tiempo de ocio, aprendizaje, amistad, relaciones de afecto, relaciones con hijos y familiares, hogar y comunidad, dominio físico, psicológico y ambiental, espiritualidad, religión y creencias personales.

Ya que el juicio exclusivo de los agentes de salud no es suficiente para evaluar la calidad de vida por lo cual debe contarse además, con la propia evaluación de los sujetos. Levi y Anderson (cit. en: Oblitas, 2004).

Existen dos tipos de evaluación de la calidad de vida:

1.-Las medidas generales o no específicas: las cuales se han desarrollado con la finalidad de evaluar el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad. La mayoría de las que se utilizan en la actualidad se basan en el modelo conceptual multidimensional de calidad de vida estas formas de evaluación son útiles para realizar estudios comparativos de diferentes enfermedades para investigar el costo

de las inversiones para el tratamiento de ellas. Pero algunos investigadores han sugerido que son menos sensibles a los cambios de funcionamiento, en comparación con las medidas específicas. Levi y Anderson (cit. en: Oblitas, 2004).

2.-Las medidas específicas, ofrecen las posibilidades de evaluar diferencias sutiles y problemas específicos de una enfermedad en particular. De ésta manera, la forma ideal de evaluación de calidad de vida incorpora medidas generales y específicas de la enfermedad en cuestión. Levi y Anderson (cit. en: Oblitas, 2004).

Por tanto, los indicadores de calidad de vida pueden ser el hogar, el trabajo y las condiciones ambientales con éstos, la calidad de vida se puede medir a través de la morbilidad y la mortalidad pero también son importantes los indicadores subjetivos que son: factores de afectación positiva , factores de afectación negativa y la satisfacción de vida, los cuales se refiere a juicios cognitivos .Es así como la calidad de vida juega un papel importante dentro de nuestra sociedad, ya que es un indicador del tipo de ambiente en el que nos desarrollamos los seres humanos, al estudiarla se tiene como resultado el conocimiento del estado de salud , bienestar ,estilo de vida y calidad de vida con el que contamos. Levi y Anderson (cit. en: Oblitas, 2004).

En general calidad de vida se refiere a las condiciones objetivas y subjetivas en que se desarrollan los seres humanos. Incluyendo diversas dimensiones tales como las condiciones de trabajo remunerado y no remunerado, consumos de bienes, servicios, valores de uso, el acceso y realización de expresiones culturales políticas y calidad del entorno, así la calidad de vida de una sociedad será mejor mientras más adecuadas sean las condiciones para la reproducción social para los procesos vitales y la acumulación genética de ventajas biológicas. Levi y Anderson (cit. en: Oblitas, 2004).

4.2.2 Estilos de vida.

Las conductas inadecuadas son componentes importantes de muchos desórdenes físicos que por tanto, modifican los estilos de vida, es por eso que es indispensable revisar lo que se entiende por estilos de vida:

Silber, Scheiderman y Braunstein (1981; cit. en: Campos, 1985) mencionan que los estilos de vida se refieren a las experiencias y eventos que forman el patrón diario de vida de un individuo incluyendo:

- a) El lugar donde vive y las condiciones del ambiente de su hogar.
- b) El tipo de trabajo que realiza y las condiciones que circundan en esta actividad.
- c) Lo que come y lo que bebe.
- d) Sus hábitos personales.
- e) El grado de actividad física que realiza.
- f) La clase de actividades recreativas en las cuales participa.
- g) Su familia y amigos.

Abel (cit. En: Oblitas, 2004) considera en primer lugar de una forma genérica a los estilos de vida, en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la moral del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública según el ámbito cultural. En ésta conceptualización podría incluirse la definición de Singer (1982) y Ardell (1979). El primero nos dice que es una forma de vivir o la manera en que la gente se conduce con sus actividades día a día mientras que Ardell al aplicarlo a salud, lo delimita como aquellas conductas sobre las que el individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos de salud. Este punto de vista genérico se engloba con el trabajo de la OMS cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludable, esto es, una forma de vivir que tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana permita una mejora en la calidad de vida.

La segunda conceptualización se caracteriza por socializar el concepto, por lo que se esta hablando de un estilo de vida socializado. Desde ésta perspectiva éste no se refiere únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también está relacionado con la forma en que las sociedades se organizan el como se da el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Ésta dimensión social entiende el estilo de vida como una interacción de responsabilidad individual y política. En éste enfoque se destaca la definición de estilo de vida propuesta por Abel (cit. en: Oblitas, 2004) quien establece que los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con salud y valores y actitudes

adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico.

Finalmente, la tercera aproximación al concepto de estilo de vida .Se trata de un enfoque pragmático, que parte de la evidencia empírica que demuestra que para la salud, ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras. Las definiciones que engloba éste enfoque comparten la característica común de centrarse en ciertas pautas de comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos. Abel (cit. en: Oblitas, 2004).

Sánchez y Singer (1989), dan por estilos de vida el conjunto de actitudes, conductas, concepciones y emociones que conforman el vivir continuo del individuo en la escuela, trabajo y comunidad.

Belioch (1989), menciona que los estilos de vida de una persona involucran diversas conductas que son factores de riesgo para el deterioro de la salud, por ejemplo fumar, beber en exceso, usar drogas, comer dietas con alto contenido de grasa y colesterol, mantener siempre un sobrepeso, realizar poca actividad física. Además de que los estilos de vida, son los patrones de conducta que cada día hombres y mujeres llevan a cabo durante el día, con respecto a esto, cabe mencionar que existen muchas diferencias en cuanto a la definición de estilos de vida, puesto que cada persona da la importancia a sus estilos de vida dependiendo de su edad y sexo, así como otros factores ambientales. (Belioch,1989)

Por tanto en la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, descubiertos a través de la investigación epidemiológica. A continuación se expondrán algunos de los más importantes:

1.- Practicar ejercicio. Realizar una actividad física de modo regular es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. Robertson (1984; cit. en: Oblitas, 2006).

2.- Nutrición adecuada. En términos de efectos de salud, los hábitos alimenticios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias de principios de siglo a los estragos derivados de

exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. Robertson (1984; cit. en: Oblitas, 2006).

3.- 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, etcétera. Robertson (1984; cit. en: Oblitas, 2006).

4.- 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 y legales es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia, estas sustancias son una fuente de problemas de salud y dan lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebro vasculares. Brannoa y Feist (1992; cit. en: Oblitas, 2006).

5.- Sexo seguro. Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente. Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años la mayoría pueden tratarse eficazmente. Sin embargo, el SIDA cambió potencialmente el panorama ya que consistía en la presencia de varias enfermedades lo cual agravaba la situación. Brannon y Feist (1992; cit. en: Oblitas, 2006).

6.- Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas. Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud, pues influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos, quizá el más conocido es el Síndrome General de Adaptación también conocido como estrés. Brannoa y Feist (1992; cit. en: Oblitas, 2006).

7.- Adherencia terapéutica. Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, deben tenerse en cuenta dos aspectos. En primer lugar el consejo debe ser acertado, en segundo lugar debe ser seguido por el individuo. Brannoa y Feist (1992; cit. en: Oblitas, 2006).

Con base en lo anterior, puede decirse que los estilos de vida están muy relacionados a lo que son las conductas de salud y factores de riesgo, ya que son

parte de un individuo y así mismo entonces se ligan a la salud. Al hablar de comportamientos nos referimos desde conductas inadecuadas propias del individuo y a las condiciones básicas de vida que no están en función de un sólo individuo sino de toda una sociedad.

Promoción de estilos de vida saludables.

La promoción de estilos de vida saludables, implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos McAlister (cit. en: Oblita, 2004) entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo y que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, identificados por la investigación.

El problema de cambiar un estilo de vida podríamos decir que radica en que entonces una conducta saludable es mucho menos placentera que una no saludable además que la conducta no saludable muchas veces es muy habitual en la vida, otro problema es que las conductas saludables no traen consecuencias positivas de inmediato. McAlister (cit. en: Oblitas, 2004)

El poder o no cambiar un estilo de vida que se lleva, está relacionado con la modificación de conducta y el área desde lo médico, hasta lo relacionado con una sociedad. McAlister (cit. en: Oblitas, 2004)

Se señala que éstos comportamientos ya son muy conocidos en países desarrollados, dónde en la actualidad ya se hacen campañas para que la sociedad adopte un estilo de vida más saludable, cada vez son más las campañas que promueven el dejar de hacer conductas no saludables, pero desafortunadamente no ha sido suficiente ya que hay sociedades que no adoptan el cambiar sus conductas no saludables por saludables y así tener un estilo de vida más agradable.

4.2.3 Hábitos de salud.

A principios del siglo XXI, se tenía la creencia que el adquirir una enfermedad no era responsabilidad propia, ya que era imposible evitar las bacterias y virus que la

causaban, sin embargo, en las últimas décadas, tal punto de vista ha quedado obsoleto; actualmente, la conducta del hombre está relacionada con su nivel de salud: debido a esto muchas personas han tomado conciencia adoptando una actitud activa, practicando estilos saludables que se traducen en un incremento en la expectativa y calidad de vida, pero aún hay quienes piensan que pase lo que pase los médicos tienen la solución para cualquier mal, por lo que llevan a cabo ciertos hábitos inadecuados (fumar, tomar bebidas alcohólicas en exceso, dietas altas en grasa). (Brannon y Feis, 1992).

Es así como el comportamiento juega un rol muy importante en la salud, el individuo es cada vez más responsable de mantener su estado.

Latorre (1994) realizó un estudio donde se establecieron cuatro grupos de factores que determinaron el curso de una enfermedad (la evolución de los síntomas) de los cuales el 51% de los síntomas dependían del estilo de vida, el 20% de los factores biológicos, el 19% de las influencias ambientales y el 10% de los servicios de cuidados de salud, de ésta forma se concluyó que el comportamiento (hábitos para conservar un estado saludable) es un aspecto fundamental en la salud/enfermedad.

Con relación al fomento de los hábitos de salud, debemos de remontarnos a la historia de dichos hábitos, los cuales provienen de varias fuentes de experiencias, gran parte de ellas ajenas a menudo a toda instrucción formal; regularmente es en el seno familiar en donde se adquieren la mayor parte de los hábitos de salud.

Los hábitos de salud aprendidos en el transcurso de la vida tienen amplia relación con la educación higiénica, pues esa es la suma de todas las experiencias que influyen favorablemente a los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y colectiva. Villaseñor y Gómez (1984; cit. en: Vega, 2002).

La educación de los hábitos de salud tiene como objetivo conseguir, conservar y mejorar la salud. Lo anterior se relaciona ampliamente con la salud del individuo pendiente a crear mediante el conocimiento y la práctica constante de los hábitos de salud.

Definición de hábitos de salud.

Disciplinas como la medicina conductual y la psicología de la salud han propuesto algunas definiciones de conducta o hábito saludable como:

Kass y Cobb (1995; Cit. en: Roa, 1995) Quienes refieren que una conducta de salud es “cualquier actividad emprendida por una persona que se considera sana así misma, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en una etapa asintomática.

McAlister(1981)propone que “es una acción realizada por un sujeto que influye en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas o a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

En 1986 Mechanic plantea un término nuevo para denominar aquellas actividades prácticas de vida que sirven para reducir el riesgo de morbilidad y muerte prematura el cual es inmunógenos conductuales.

Posteriormente Beneit (1994) y Roa (1995) exponen que, las conductas de salud son aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general.

Beneit (1994) hace una distinción entre hábito y conducta exponiendo lo siguiente: Un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y que se pone en marcha de una forma automática, esto es, sin que exista una clara conciencia por parte del sujeto.

Es por esto que se dice que, los hábitos inicialmente son conductas que después de ser reforzadas intermitentemente pueden ser mantenidos de por vida, por tanto se adquieren, se mantienen, y se extinguen siguiendo las leyes del aprendizaje.

Por lo cual se propone la siguiente definición, Actividad o comportamientos firmemente establecidos en el repertorio del individuo, dirigidos a prevenir enfermedades y obtener un nivel elevado de bienestar físico, social y psicológico.

Los hábitos se distinguen por ser inestables y autónomos; Taylor (1986; cit. en: Roa, 1995) menciona que son inestables debido a cuatro factores:

1. Diferentes conductas están bajo el control de diversos factores en una misma persona.

2. Una misma conducta en diferentes personas puede ser mantenida por distintos reforzadores (diferencias individuales).
3. Los factores que controlan una conducta de salud pueden cambiar a lo largo del desarrollo de la propia conducta.
4. Los elementos que controlan una conducta pueden cambiar a lo largo de la vida de una persona.

Otra de las definiciones existentes es la que menciona que: un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud, la cual está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental del individuo y es automática; esto es, en términos conductuales, que los hábitos se desarrollan inicialmente a través del proceso de reforzamiento con determinadas consecuencias positivas, pero con el tiempo aparece de manera independiente, manteniéndose con factores ambientales asociados. Sin embargo, una característica de los hábitos de salud, es que son conductas aprendidas y por consiguiente se adquieren se mantienen y se extinguen siendo las leyes del aprendizaje. Hunt y cols (1979; cit. en: Vega, 2002).

Además está la que menciona Harris y Guten, (1979) quienes encontraron que todas aquellas conductas que la gente practica para el mantenimiento de su salud son los conocidos "hábitos de salud", los cuales no son interdependientes, es decir, que no por que se practique un hábito se practican todos los hábitos de salud existentes.

En relación con estos hábitos de salud, se dice que dichas conductas se caracterizan por ser inestables y autónomas. En éste último caso se refiere a la escasa relación entre conductas de salud en una misma persona (por ejemplo, una persona que hace ejercicio no necesariamente cuida su higiene bucal); en cuanto a la inestabilidad se hace referencia a que los hábitos de salud son generados y mantenidos por diferentes factores según las personas y situaciones, los cuales cambian en función de la vida o con relación a los comportamientos. Belard, Wilson y Hughes (1982; cit. en: Vega, 2002).

Los hábitos de salud están determinados por dos factores interrelacionados que son los factores sociales y los intraindividuales o personales.

Los de origen social, se encuentran las primeras experiencias de socialización, vinculada con el contexto familiar, esto es, que los padres inculcan verdaderos hábitos que tienden a perdurar toda la vida. También se incluyen los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico, las influencias de grupo, como la presión de los iguales es uno de los factores más significativos en la adquisición del hábito de fumar. Levanthal y Cleary (1980; cit. en: Vega, 2002)

Con relación a los factores intraindividuales o personales que controlan los hábitos de salud se encuentran la autopercepción, los factores emocionales, las creencias y actitudes. Estas son las conductas que incluyen comportamientos que potencian un estado de salud general, por ejemplo hacer ejercicio físico de manera continua; y las conductas reductoras de riesgo son aquellas que minimizan el riesgo asociado con enfermedades, sin embargo se consideran ambas como hábitos de salud. Stone (1982; cit. en: Latorre y Beneit, 1994).

Existe dentro de los factores personales el acceso al sistema de salud, el cual dependerá de posibilidad del individuo a ceder al sistema de salud para la realización de exámenes médicos periódicamente. Con respecto a esto y por la falta de atención por parte de los individuos hacia los hábitos de salud se llegan a tener repercusiones graves en la salud llegando a la muerte.

Hábitos para mantener la salud

Se puede distinguir que existen varios tipos de hábitos de salud, algunos dependen del acceso del individuo al sistema de salud, esto es que los individuos requieren de una intervención directa de los profesionales de la salud(por ejemplo las vacunas); otro tipo de conductas son aquellas recomendadas por los profesionales pero que los individuos no realizan (dietas, ejercicio adecuado) y por último las conductas que los individuos realizan independientemente del sistema de salud (seguridad vial , utilizar el cinturón de seguridad) (Taylor 1986). Sin embargo no sólo se puede basar el modo de vida sano a los hábitos anteriormente mencionados, sino hay que tomar en cuenta otros aspectos más

complejos del ámbito psicosocial para así lograr en primer lugar la salud en general.

Es por esto, que a continuación se mencionarán aquellos hábitos para tener una calidad de vida más saludable:

-Actividades recreativas.

Las actividades recreativas, ayudan a mantener al individuo activo fomentando su crecimiento personal; las cuales están ligadas a otros hábitos, como el reposo y el ejercicio físico, ya que están involucradas actividades como: paseo al aire libre, caminatas, asistir a un centro deportivo, clases de arte, de cerámica, pintura, danza, etc.. La práctica regular de éstas, permite al individuo desarrollar diversas habilidades como: coordinación motriz, artísticas, perceptual y social; sin embargo en algunas situaciones es casi imposible realizarlas por la situación económica y las jornadas laborales muy largas. (Morales, 1999).

-Relaciones interpersonales.

El aspecto social es un factor importante, que se refiere a la calidad de las interacciones que mantiene el individuo a lo largo de su vida, las cuales se dan en el trabajo (compañeros y superiores) en la escuela (compañeros, profesores y directivos) con los amigos y en la familia. (Morales, 1999).

-Proyecto de vida.

En la vida son fundamentales las metas ya que cuando un individuo tiene un proyecto obtiene satisfacción.

Para lograr las metas propuestas es necesario conocerse y aceptarse a sí mismo además de ser realistas. Feste (1993) realizó una guía la cual puede ser útil para elaborar un proyecto de vida o cumplir con metas:

1. Elegir una meta importante.
2. La meta debe ser específica y cuantificable.

3. Debe tener cierto límite de tiempo.
4. En el transcurso del tiempo hay que evaluar los avances y vencer los obstáculos que pueden presentarse.
5. Recompensar las conductas que propicien el cumplimiento de la meta.
6. Formular las metas en términos conductuales.
7. No olvidar el bienestar que el proyecto debe brindar.

Es por tanto, que las metas o el proyecto de vida le indica al individuo el camino hacia donde dirigirse, el cual provoca un sentimiento de seguridad y control sobre su propia persona, además de provocarle satisfacción.

-Afrontamiento y estrés.

González (1994; cit. en: Morales, 1999) menciona que:

Un aspecto esencial disparador de la reacción integral que presupone el estrés, es la calidad de las emociones que el sujeto experimenta, las cuales están determinadas por el proceso personalógico que activamente mediatiza el mundo interno y externo del sujeto y que descansa en la configuración psicológica de la personalidad.

Los individuos que responden adecuadamente a una situación estresante, se ocupan en recabar información acerca de las demandas de la situación y de la forma en que pueda afrontarse, intentando controlarla, eligiendo de entre dos formas de respuesta; 1) estrategias orientadas a afrontar y resolver la situación generadora de estrés o, 2) estrategias encaminadas a controlar las respuestas emocionales producidas por la situación estresante, aún cuando éste continúe. (Labrador, 1992).

-Habilidades sociales y manejo de las emociones.

Hay tres formas de responder ante los problemas y situaciones la pasiva, agresiva o asertivamente. La conducta asertiva o socialmente hábil es la

expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás, siendo su objetivo la potencialización de consecuencias favorables y la minimación de las desfavorables. (Caballo, 1991).

Otro elemento es el manejo de las emociones y pensamientos negativos, el individuo debe poseer las habilidades necesarias para hacer frente a sentimientos de miedo, culpa, depresión, ansiedad y negativismo. (Myss y Shealy, 1998). Así por el contrario los sentimientos y emociones positivas, elevan la calidad de vida.

-Hábitos o conductas para mantener la salud física.

El hecho de que todos nos alimentemos, no quiere decir que todos llevemos una dieta balanceada compuesta de sustancias nutritivas.

Los hábitos alimenticios más recomendables son: la disminución de grasas animales, del consumo de leche, verduras y alimentos de alto contenido en frutas, disminuir el consumo de azúcar, harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. (Oblitas & Becoña, 2006).+

-Higiene personal.

La higiene es otro elemento importante que debe tomarse en cuenta en un estado saludable, ésta se refiere a reglas básicas como: bañarse diariamente, uso de preservativos en las relaciones sexuales, comportamientos de prevención de accidentes en casa, el trabajo y en automóviles. (Falco, 1994).

Vargas y Palacios (1993) proponen las siguientes normas higiénicas:

- Bañarse diariamente.
- Cepillarse los dientes después de cada alimento.
- Lavarse las manos constantemente.
- Practicar la postura correcta.
- Cultivar la actividad mental.
- Tener precaución al comprar y preparar alimentos.

-No consumo de drogas.

El consumo de drogas es una de las principales causas de enfermedad y mortalidad del mundo con posibilidad de ser evitada. Las drogas se dividen en legales e ilegales, las primeras son aquellas cuya venta y consumo ésta permitido por la ley, el tabaco y el alcohol son ejemplo de ésta categoría; y las ilegales se obtienen por medios ilícitos. (Falco, 1994).

-Ejercicio físico.

La práctica de ejercicio regular ayuda a mantener un buen estado del sistema cardiovascular, equilibrio del peso corporal , fortalece huesos y demora la degeneración de los músculos, disminuye la ansiedad, reanima la depresión, mejora el auto concepto y reduce el estrés. (Falco, 1993).

-Examen médico periódico.

Son revisiones cuya finalidad es prevenir o descubrir la enfermedad en forma temprana antes de producir síntomas (Vargas y Palacios 1993). Que incluyen visitas por lo menos anuales al médico general, dentista, ginecólogo u otro especialista. No es necesario presentar algún síntoma para realizar estos chequeos.

Los exámenes médicos también pueden realizarse con el objetivo de confirmar un buen estado de salud que se posee.

-Conductas sexuales responsables.

La salud reproductiva es definida como: el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; la salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre la planificación familiar. (Flores, 2001).

- Algunos comportamientos de seguridad serían:

- No tomar alcohol antes de manejar.

- No ingerir tranquilizantes ni drogas.
- No rebasar la velocidad permitida.
- Evitar manejar cansado o con sueño.
- Utilizar el cinturón de seguridad.

De ésta forma el comportamiento humano a través de los hábitos o conductas conforman un estilo de vida, que a su vez determinan el continuo salud-enfermedad, ya sea por la acción que el hombre realiza sobre el ambiente, sobre los servicios de salud o con su propio organismo; así, el comportamiento modifica las condiciones que favorecen la aproximación de la persona a un nivel elevado de salud. (Flores, 2001).

Dentro de este apartado observamos, lo que son los hábitos de salud y como estos tienen relación directa con la calidad de vida y el estilo de vida que podemos llevar.

También se revisó la importancia de cuidar y vigilar la salud, aunque es necesario mencionar, que dichos conceptos al igual que el de valor de salud no han sido muy desarrollados podemos, decir que son conceptos que apenas se están formando al igual que el de hipocondría aunque este ha sido abordado mas ampliamente y del cual nos ocuparemos en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 5. MÉTODO.

5.1 Objetivo general.

Identificar si existe una correlación entre la Hipocondría, los valores de salud y la vigilancia de salud en una población de México.

5.2 Objetivos específicos.

- ✚ Indagar si los valores de salud tienen o no una relación con el padecimiento de la hipocondría.
- ✚ Indagar si los valores de salud tienen o no una relación con la vigilancia de salud.
- ✚ Indagar si la hipocondría y la vigilancia de salud tienen o no una relación con los valores de salud.
- ✚ Examinar si la hipocondría tiene o no una relación con la vigilancia de salud.
- ✚ Examinar si la hipocondría tiene o no una relación con los valores de salud.
- ✚ Examinar si la vigilancia y valores de salud tienen o no una relación con la hipocondría.
- ✚ Inquirir si la vigilancia de salud tienen o no una relación con el padecimiento de la hipocondría.

- ✚ Inquirir si la vigilancia de salud tiene o no una relación con los valores de salud.

- ✚ Inquirir si la hipocondría y los valores de salud tienen o no una relación con la vigilancia de salud.

5.3 Hipótesis.

Debido a que la investigación que se llevará a cabo es no experimental, descriptiva y explicativa de diseño transversal descriptivo, no se formuló una hipótesis como tal y se consideraron los datos por sí mismos, partiendo de la variable independiente (apoyo social) para identificar las variables dependientes (historia de salud).

5.4 Sujetos.

Se utilizó una muestra de 985 sujetos, con un rango de edad de 17 a 77 años, para ambos sexos.

La población estuvo integrada por:

- ✚ Administradores, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.
- ✚ Comunidades: sujetos sin importar sexo o nivel socioeconómico.
- ✚ En Instituciones (sector salud): Prestadores de servicio, enfermeras, técnicos, etcetera.
- ✚ Familias: padre, madre e hijos.
- ✚ Usuarios del Sistema Salud: pacientes de consulta externa e interna de los centros: Hospital MIG, Español, Hospital Juárez, Hospital 1º De Octubre y Centro Médico Nacional Siglo XXI.

5.5 Escenario.

- ✚ Sector salud: Salas de espera para consulta externa de los hospitales antes mencionados.
- ✚ Comunidades: Sociedad de Colonos del Frac. Bosques de Aragón S.C. y Sociedad de Colonos Lindavista S.C.
- ✚ Familias: Se solicitó 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 Núm. 3 “Justo Sierra” UNAM.
- ✚ Instituciones: Profesores, administrativos y alumnos de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

5.6 Definición de variables.

Hipocondría: Padecimiento que se caracteriza por la preocupación exagerada y sin fundamento sobre el estado general de salud y exageración sobre los padecimientos reales o imaginarios.

Valores de salud: Hábitos positivos de salud que se inculcan para tener un estilo de vida saludable.

Vigilancia de salud: Atender y cuidar las necesidades indispensables para tener un estilo de vida saludable.

5.7 Materiales e instrumentos.

Materiales:

- ✚ 985 formatos de los instrumentos “Funcionamiento Psicosocial” y “Funcionamiento de la Salud”. (Ramírez y Cortés, 2000).
- ✚ Bolígrafos.

Instrumento:

Se usaron 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 de estos instrumentos se obtuvo a partir de un estudio piloto utilizando una prueba Test-Retest, (ésta consiste en aplicar el instrumento a la población y posteriormente aplicar el mismo instrumento después de cierto tiempo, para evaluar la confiabilidad entre los resultados). Se dejaron pasar tres semanas para las mismas personas, aplicándolo a un grupo de 100 sujetos, tanto hombres como mujeres, el rango de edad fue de entre 17 a 80 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, durante la aplicación se encontraban dos 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 la escala.

Instrumento “Funcionamiento de la Salud”.

Escala	Reactivos
Creencias y actitudes de salud.	
Vigilancia de salud.	46,47,53,59 y 65
Valores de salud.	52,55,63 y 68
Hipocondría.	48,54,60 y 69

Diseño de investigación:

Fue una investigación no experimental, descriptiva y explicativa.

5.8 Procedimiento.

1. Se aplicaron los instrumentos FS y FP en las instituciones mencionadas (Sector salud, comunidades, instituciones y escuelas), con un tiempo estimado para responder de 20min. En algunos hospitales públicos se administró grupalmente ya que en algunas salas se encontraban juntos hasta 254 pacientes, esto dependió de su disponibilidad en aceptación y tiempo de los participantes. El aplicador estuvo presente a toda hora para resolver inquietudes y en algunos casos para leer los reactivos a las personas que lo requerían.
2. Captura de datos: Los datos obtenidos fueron capturados y analizados empleando el paquete estadístico computarizado SPSS.
3. Análisis de datos: Se utilizó la prueba no paramétrica Chi cuadrada (X^2) para evaluar la relación entre las variables (VI y VD).

CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE DATOS.

Se hizo un análisis no paramétrico, para el cual se utilizó la prueba Chi cuadrada para poder determinar la relación entre las variables tomando como nivel de significancia .005.

Se tomaron reactivos del instrumento de Funcionamiento de salud que estaban designados a hipocondría, valores y vigilancia de salud.

Hipocondría.

48 ¿Aunque los médicos me dicen que estoy bien, me preocupa mi salud?

54 ¿Me enfermo muy frecuentemente?

60 ¿Soy muy vulnerable para contraer enfermedades que otras personas de mi edad?

69 ¿Mis oportunidades de vida son mejores que las de otras personas de mi edad?

Valores de salud.

52 ¿Es importante tener buena salud para conseguir los propósitos en la vida?

55 ¿Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz?

63 ¿Tener buena salud es importante para una vida feliz?

68 ¿Existen cosas más importantes que la salud?

Vigilancia de salud.

46 ¿Atiendo mucho al rendimiento de mi cuerpo?

47 ¿Atiendo y cuido mi salud?

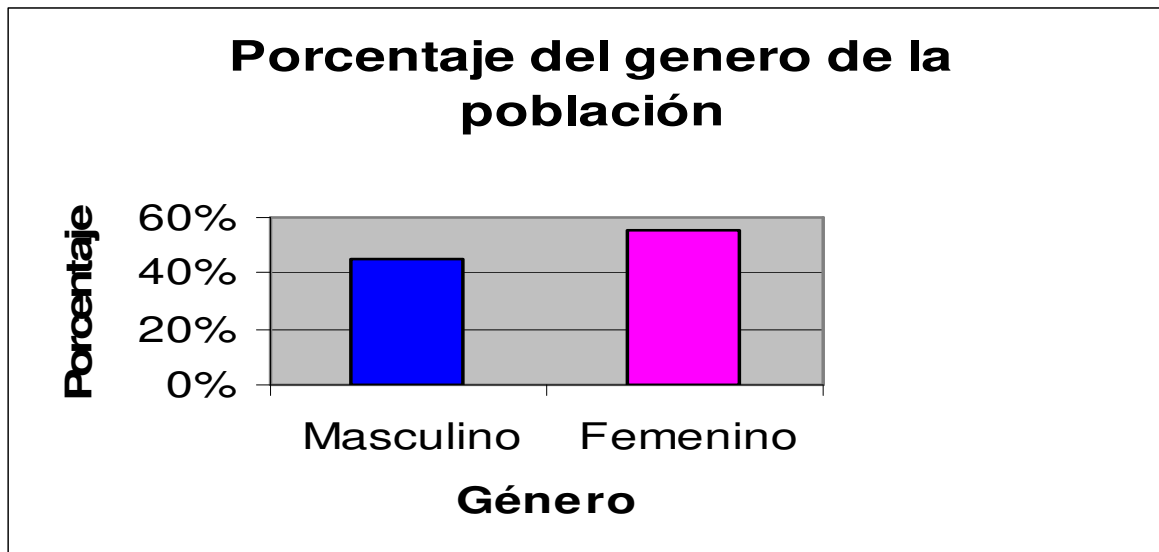
59 ¿Soy capaz de anticipar futuros problemas en mi salud?

65 ¿Tengo objetivos para conservar mi salud?

Análisis general de la población.

La muestra fue n=985 de los cuales 44% eran del sexo masculino y 55% del sexo femenino, el rango de edad de los encuestados fue de entre 17 y 77 años. (Véase gráfica 1).

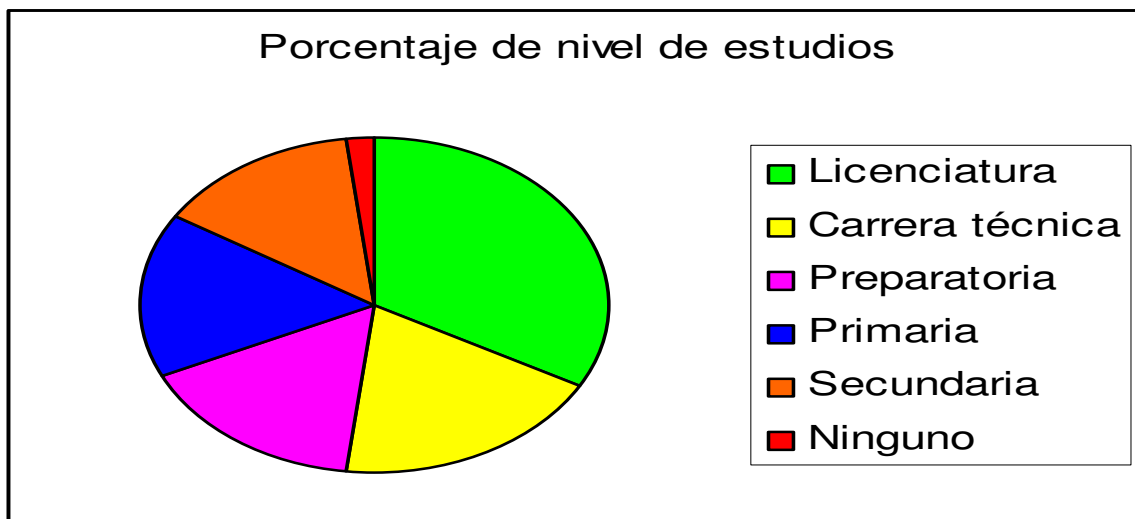
Género	Porcentaje
Masculino	45%
Femenino	55%



Gráfica 1. Muestra el porcentaje de hombres y mujeres de la población.

En cuanto a la escolaridad de la población, se obtuvo que el 35.5% tenía una licenciatura, el 18.6% una carrera técnica, el 16.3% contaba con la preparatoria, el 16.0% con primaria y el 13.8% con la secundaria y sólo el 1.7% no contaba con alguna escolaridad. (Véase gráfica2).

Escolaridad	Porcentaje
Licenciatura	33%
Carrera	
Técnica	19%
Preparatoria	16%
Primaria	16%
Secundaria	14%
Ninguno	2%



Gráfica 2. Muestra el porcentaje del nivel de estudios de la población.

Preocupación por salud * Atender y cuidar salud.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	166,180	25	,000
Likelihood Ratio	139,039	25	,000
Linear-by-Linear Association	26,451	1	,000
	984		

FIGURA 1. Nivel de significancia entre preocupación por salud y atender y cuidar la salud.

Como se puede observar en la Fig. 1, se muestra la correlación que hay entre la hipocondría (preocupación por salud) y el atender y cuidar la salud es de .000, lo cual es menor a .005, lo que quiere decir que las diferencias son significativas, por lo que sí existe una relación entre las variables antes mencionadas.

Crosstab

Count		Atender y cuidar salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0		2					2
	NO		25	55	73	44	85	282
	UN POCO	4	3	40	73	34	35	189
	REGULAR		3	28	71	33	22	157
	CASI			6	32	24	29	91
	SI		12	31	75	26	119	263
Total		4	45	160	324	161	290	984

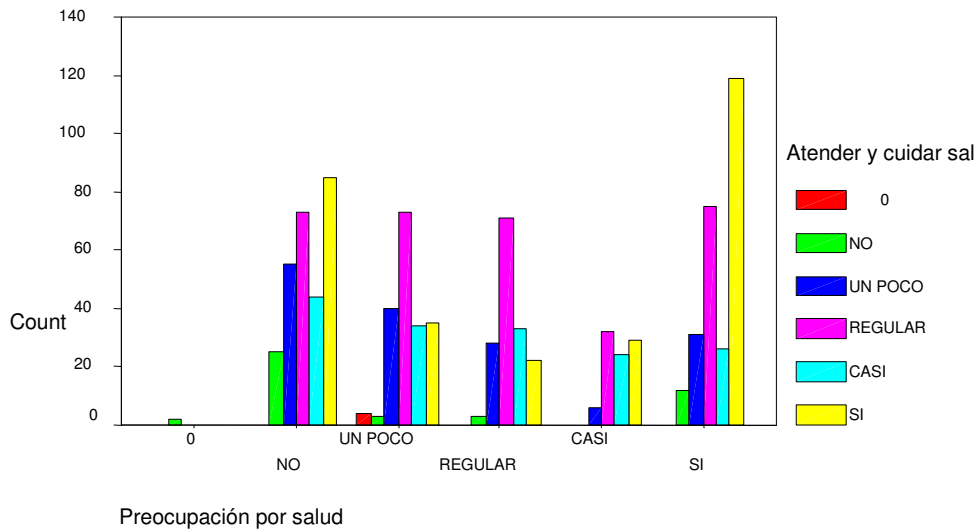


Fig. 1.1 Muestra la relación entre preocupación de salud y el atender y cuidara la salud.

Haciendo una correlación entre la preocupación por salud (hipocondría) y el atender y cuidar la salud, se encontró que 119 sí se preocupan por su salud, la atienden y la cuidan, 85 no se preocupan por su salud, pero sí la atienden y cuidan. (véase Fig. 1.1).

Preocupación por salud * Pendiente de reacciones de cuerpo.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	145,270 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	145,251	20	,000
Linear-by-Linear Association	42,232	1	,000
N of Valid Cases	984		

Fig. 2 JI Cuadrada obteniendo el nivel de significancia entre Hipocondría (Preocupación por salud) y el estar pendientes de las reacciones del cuerpo.

Como se ve en la Fig.2, al sacar la Chi cuadrada se encontró que la significancia entre las variables hipocondría (preocupación por salud) y el estar pendientes de las reacciones del cuerpo es de .000, por lo que sí existe una correlación entre las variables, ya que la significancia es menor a .005.

Crosstab

Count		Pendiente de reacciones de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0					2	2
	NO	23	35	49	36	139	282
	UN POCO	6	25	40	42	76	189
	REGULAR	6	12	58	31	50	157
	CASI	2	5	21	22	41	91
	SI	10	8	23	21	201	263
Total		47	85	191	152	509	984

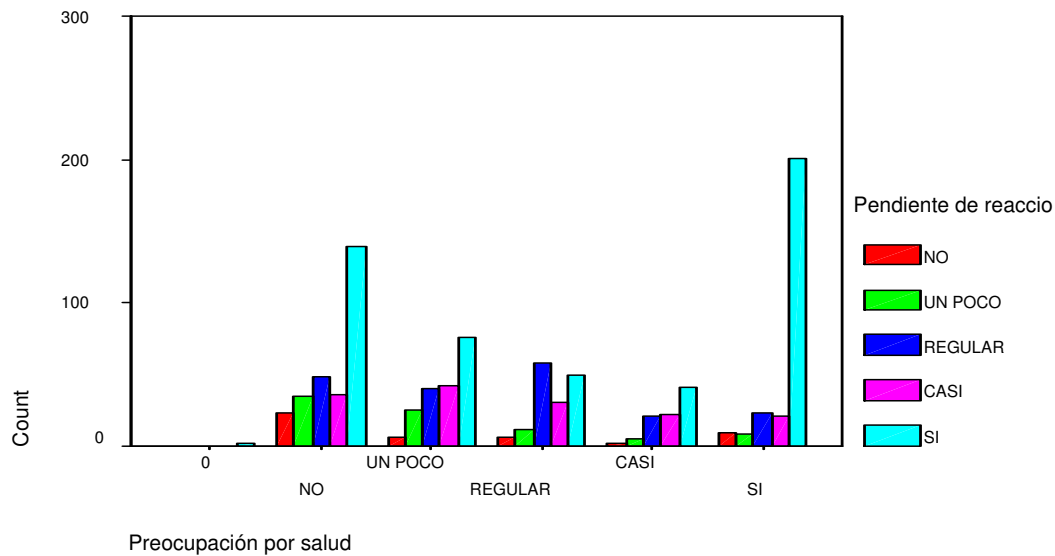


Fig 2.1 Muestra la relación entre la Hipocondría (preocupación por salud) y el estar pendiente a las reacciones del cuerpo.

La figura 2.1 muestra la correlación entre la hipocondría (preocupación por salud) y el estar pendiente de las reacciones del cuerpo, se puede ver que 201 personas contestaron que sí se preocupan por su salud, lo cual provoca que estén al pendiente de las reacciones de su cuerpo, por otro lado 139 que no se preocupan por su salud, sí están al pendiente de las reacciones de su cuerpo.

Preocupación por salud * Anticipar problemas de salud.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	127,517 ^a	25	,000
Likelihood Ratio	129,409	25	,000
Linear-by-Linear Association	14,600	1	,000
N of Valid Cases	984		

Fig. 3 JI Cuadrada entre Hipocondria (preocupación por salud) y el anticiparnos a los problemas de salud.

Al calcular Chi cuadrada y correlacionar la variable hipocondría (preocupación por salud) con el anticipar problemas de salud se puede ver que la significancias es de .000, que es menor a .005 lo cual quiere decir que la relación entre las variables ya mencionadas existe, lo cual no indica que una puede estar en función de la otra. Fig.3.

Crosstab

Count		Anticipar problemas de salud						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0		2					2
	NO	2	122	40	26	30	62	282
	UN POCO		46	56	48	27	12	189
	REGULAR		33	38	40	28	18	157
	CASI		14	12	21	27	17	91
	SI		78	45	43	33	64	263
Total		2	295	191	178	145	173	984

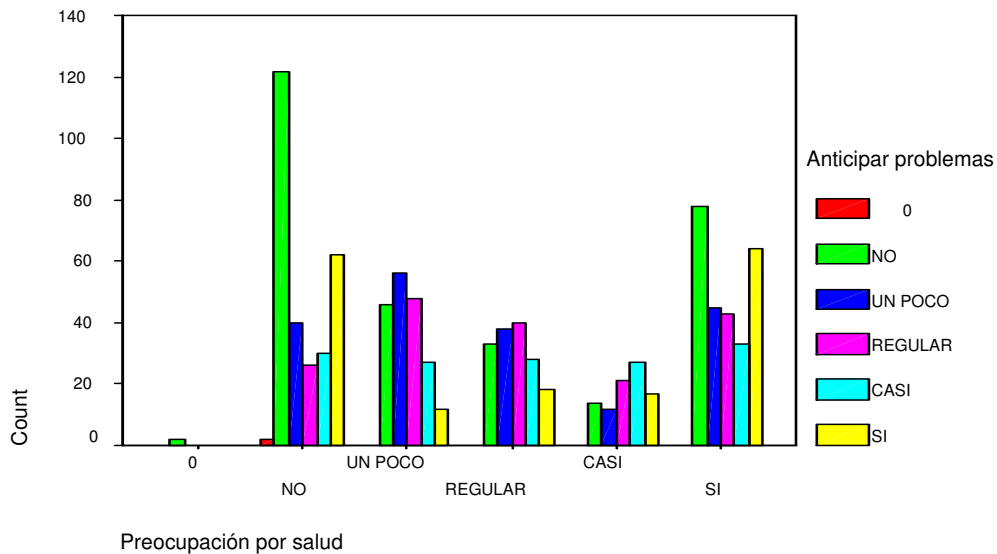


Fig. 3.1 Muestra la relación que hay entre la preocupación por salud y el anticiparse a los problemas de salud.

En la Fig 3.1 Se puede observar la relación que existe entre la preocupación de salud (hipocondría) y el anticiparse a los problemas de salud, además de que 64

de los encuestados mencionaron que sí se preocupan por su salud, se anticipan a problemas de salud, así como 62 personas que dijeron que no se preocupan por su salud, si se anticipan a problemas de salud.

Preocupación por salud * Objetivos para cuidar salud

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	102,124 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	105,648	20	,000
Linear-by-Linear Association	28,913	1	,000
N of Valid Cases	984		

Fig 4 Nivel de significancia Hipocondría (preocupación por Salud y tener objetivos para cuidar la salud).

Fig. 4. Teniendo como finalidad el obtener el grado de correlación entre la hipocondría (preocupación por salud) y el tener objetivos para cuidar la salud, se calculó una Chi cuadrada obteniendo como resultado que, el grado de significancia y por tanto de correlación entre estas variables es de .000, el cual es menor a .005 lo que quiere decir que sí existe relación entre éstas variables.

Crosstab

Count

		Objetivos para cuidar salud					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0					2	2
	NO	25	36	28	34	159	282
	UN POCO	17	28	41	33	70	189
	REGULAR	10	20	36	32	59	157
	CASI	4	4	14	18	51	91
	SI	10	12	26	21	194	263
Total		66	100	145	138	535	984

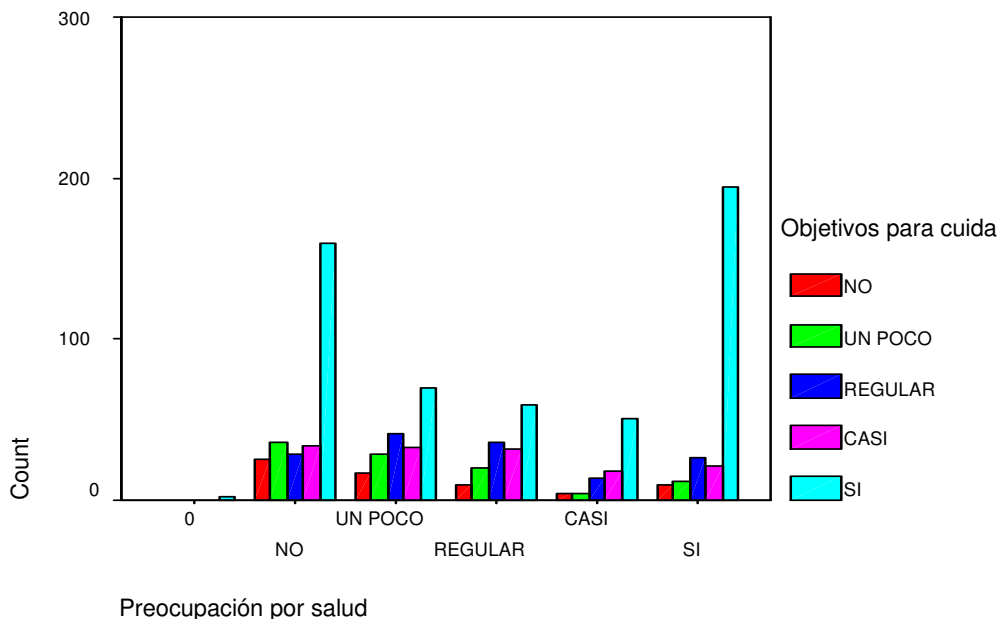


Fig 4.1 Relación entre la hipocondría (preocupación por salud) y los objetivos para cuidar la salud.

La figura 4.1 muestra la correlación entre la hipocondría (preocupación por salud) y el tener objetivos para cuidar la salud, donde se obtuvo que 194 personas que si se preocupan por su salud, sí tienen objetivos para cuidarla y 159 que no se preocupan por su salud, sí tienen objetivos para cuidarla.

Preocupación por salud * Salud para conseguir propósitos.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	59,594 ^a	30	,001
Likelihood Ratio	59,048	30	,001
Linear-by-Linear Association	,133	1	,715
N of Valid Cases	984		

Fig 5 Ji Cuadrada entre Hipocondría (preocupación por salud) Y salud para conseguir propósitos.

Calculando Chi cuadrada se puede ver el nivel de significancia es de .001, el cual es menor a .005, lo cual quiere decir que sí existe una relación entre las variable

hipocondría (preocupación por salud) y el tener salud para conseguir propósitos, por lo que podemos decir que una está en función de la otra. (Véase Fig. 5).

Crosstab

Count		Salud para conseguir propósitos						Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI		
Preocupación por salud	0						2	2	
	NO		12	6	17	21	225	1	282
	UN POCO		2	1	7	23	156		189
	REGULAR		2		19	22	114		157
	CASI			1	5	4	81		91
	SI	1	4	1	10	10	237		263
Total		1	20	9	58	80	815	1	984

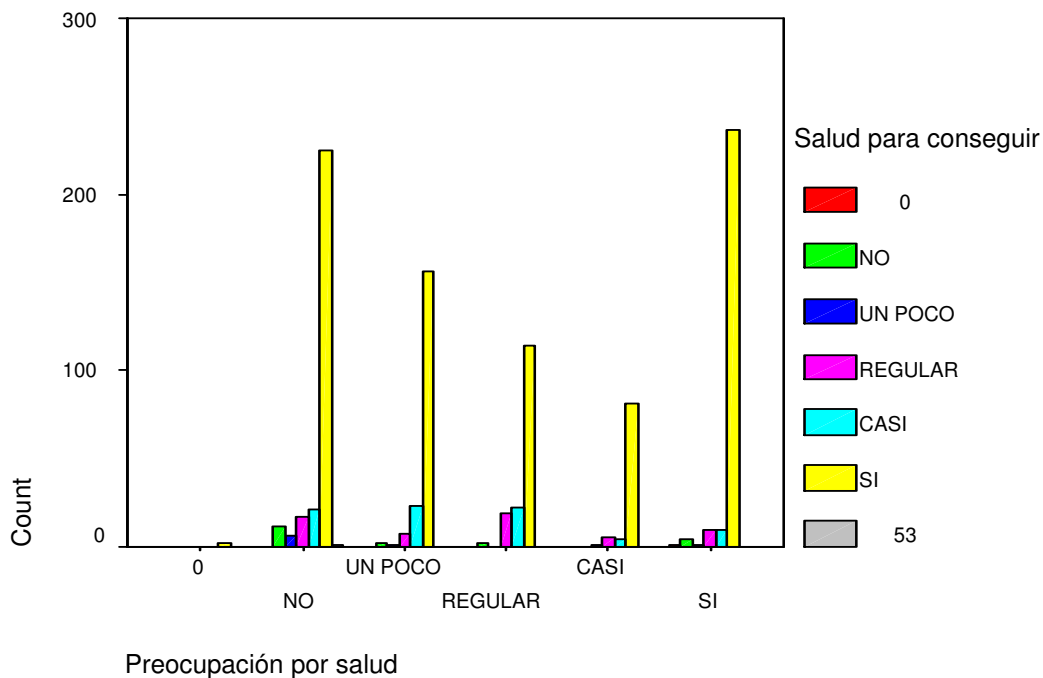


Fig 5.1 Se observa la relación que hay entre la Hipocondría (preocupación por salud y la salud para conseguir propósitos).

Se llevó a cabo la correlación entre hipocondría (preocupación por salud) y el tener buena salud para conseguir propósitos y se obtuvo que, 237 personas que se preocupan por su salud consideren que sí consiguen sus propósitos y 225 que no se preocupan por su salud dicen que consiguen realizar sus propósitos. (Véase Fig. 5.1).

Preocupación por salud * Buena salud para ser productivo.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	69,574 ^a	25	,000
Likelihood Ratio	68,103	25	,000
Linear-by-Linear Association	9,834	1	,002
N of Valid Cases	984		

Fig. 6 Ji cuadrada entre hipocondría (preocupación por salud) y tener Buena salud para ser Productivo..

Para obtener el nivel de significancia que hay entre las variables hipocondría (preocupación por salud) y el tener buena salud para ser productivo, se realizó una Chi cuadrada obteniendo que el nivel de significancia entre ellas es de .000, el cual es menor a .005, lo cual nos dice que sí hay relación entre las variables, por tanto podemos decir que una puede estar en función de la otra. (Fig. 6)

Crosstab

Count		Buena salud para ser productivo						Total
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0						2	2
	NO		15	18	18	23	208	282
	UN POCO	1	13	2	16	28	129	189
	REGULAR		4	6	26	25	96	157
	CASI		2	4	12	9	64	91
	SI		7	5	15	12	224	263
Total		1	41	35	87	97	723	984

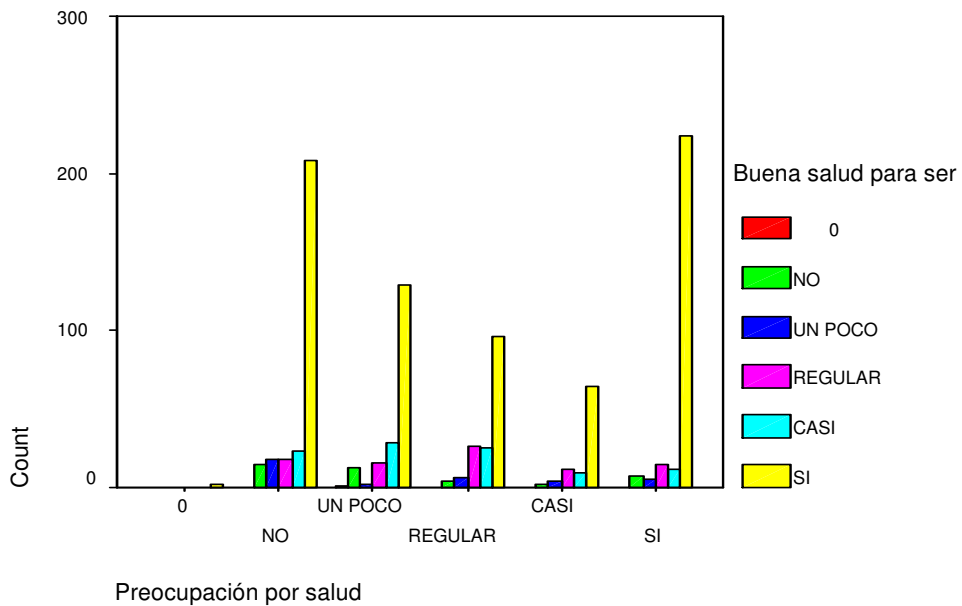


Fig 6.1 Muestra la relación que hay entre la hipocondría y el tener buena salud para ser productivo.

Fig. 6.1 Se puede observar la correlación entre preocupación por salud (hipocondría) y el tener una buena salud para ser productivo, se obtuvo que 224 personas que se preocupan por su salud sí consideran el tener buena salud para ser productivos y 208 que no se preocupan, sí necesitan tener buena salud para ser productivos.

Preocupación por salud * Salud para vida feliz.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	51,037 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	57,015	20	,000
Linear-by-Linear Association	6,627	1	,010
N of Valid Cases	984		

Fig. 7 Nivel de significancia que hay entre Preocupación por la salud y la Salud para una vida feliz.

La Fig.7 Muestra el nivel de significancia que hay entre la hipocondría (preocupación por la salud) y el tener buena salud para una vida feliz; el cual es de .000, o sea menor que .005, lo que dice que las diferencias son significativas; esto se refiere a que sí existe una relación entre las variables antes mencionadas, o bien que el tener buena salud para una vida feliz está en función de la preocupación que se tiene por la salud misma.

Crosstab

Count		Salud para vida feliz					Total	
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI		
Preocupación por salud	0						2	2
	NO	11	14	19	34	204		282
	UN POCO	8	7	9	30	135		189
	REGULAR	6	5	20	21	105		157
	CASI		6	10	12	63		91
	SI	9	7	8	10	229		263
Total		34	39	66	107	738		984

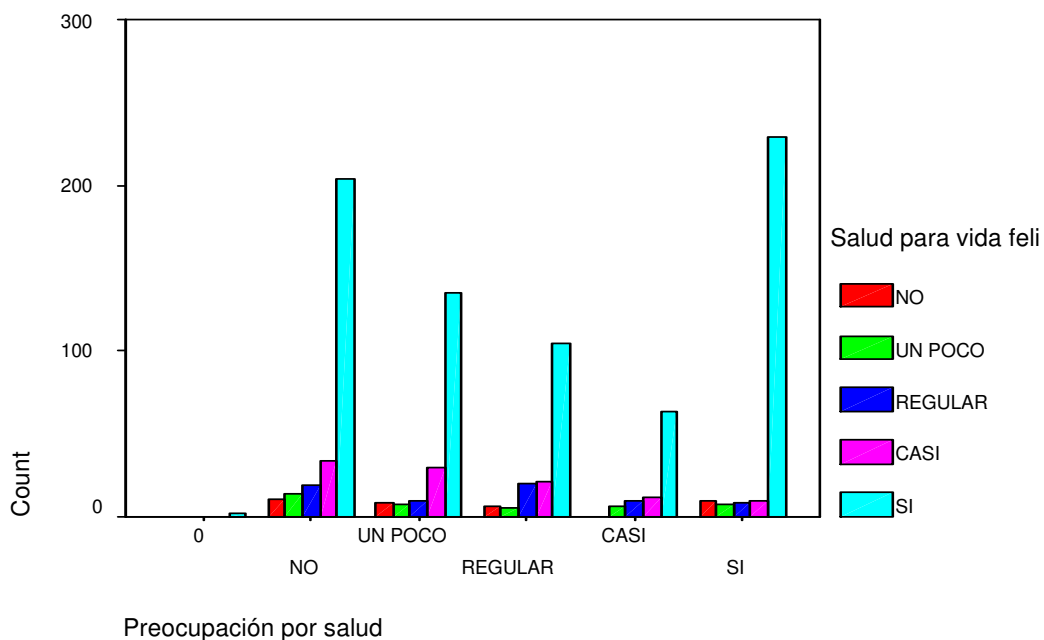


Fig.7.1 Correlación entre Preocupación por la salud y la Salud para una vida feliz.

Al realizar la correlación entre la preocupación que se tiene por la salud y el tener buena salud para una vida feliz, se encontró que, 229 que sí se preocupan por su salud tienen una buena salud y por tanto su vida será feliz y que 204 que no se preocupan por su salud consideran el tener buena salud para tener una vida feliz. Como se muestra en la Fig.7.1.

Preocupación por salud * Cosas más importantes que salud.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	73,591 ^a	25	,000
Likelihood Ratio	69,868	25	,000
Linear-by-Linear Association	15,046	1	,000
N of Valid Cases	984		

Fig. 8. Nivel de significancia que hay entre Preocupación por la salud y Cosas mas importantes que la salud.

Se puede ver en la Fig.8 que con el fin de observar la relación que existe entre la hipocondría (preocupación por la salud) y la existencia de cosas más importantes que la salud, se realizó una Chi cuadrada en donde se encontró un nivel de significancia de .000, el cual es menor a .005, lo cual nos muestra que las diferencias son significativas; esto quiere decir que sí hay una relación entre éstas variables, o que la existencia de cosas más importantes que la salud están en función de la preocupación que tenemos por la salud.

Crosstab

Count		Cosas más importantes que salud					Total	
		0	NO	UN POCO	REGULAR	CASI		SI
Preocupación por salud	0		2				2	
	NO		179	22	14	15	52	282
	UN POCO		127	21	7	10	24	189
	REGULAR		96	12	24	8	17	157
	CASI		58	15	6	2	10	91
	SI	2	211	7	12	5	26	263
Total		2	673	77	63	40	129	984

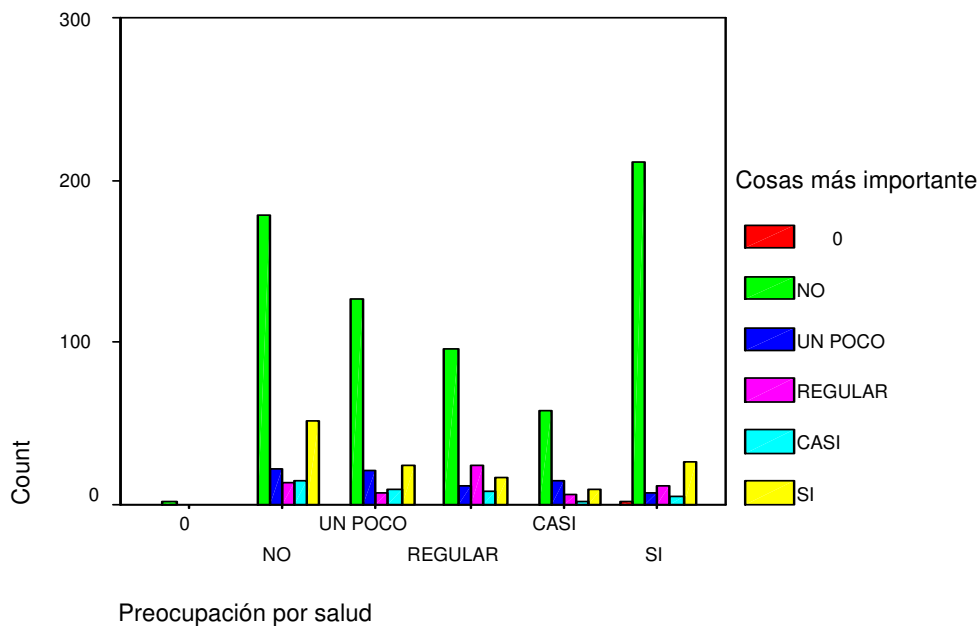


Fig. 8.1 Correlación entre Preocupación por la salud y Cosas más importantes que la salud.

En la fig.8.1 se observa la relación entre la hipocondría (preocupación por salud) y sí hay cosas más importantes que la salud, los datos muestran que 211 personas que se preocupan por su salud, no hay otra cosa más importante que la salud y que 179 que no se preocupan por su salud consideran que no hay cosas más importantes que la salud.

Preocupación por salud * Enfermedad frecuente.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	150,870 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	124,669	20	,000
Linear-by-Linear	24,174	1	,000
N of Valid Cases	984		

Fig. 9 Nivel de significancia que hay entre Preocupación por la salud y Enfermarse frecuentemente.

En la Fig.9 Se encontró un nivel de significancia de $.000 < \alpha < .005$ entre las variables: hipocondría (preocupación por la salud) y enfermarse frecuentemente. Este nivel nos indica que las diferencias son significativas, lo cual quiere decir que sí hay una relación entre dichas variables. Así se puede decir que, el enfermarse frecuentemente está en función de la preocupación que se tiene por la salud.

Crosstab

Count		Enfermedad frecuente					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación 0 por salud	NO	203	35	27	5	12	282
	UN POCO	92	38	42	12	5	189
	REGULAR	72	36	37	9	3	157
	CASI	35	35	11	7	3	91
	SI	139	32	52	6	34	263
Total		541	176	169	39	59	984

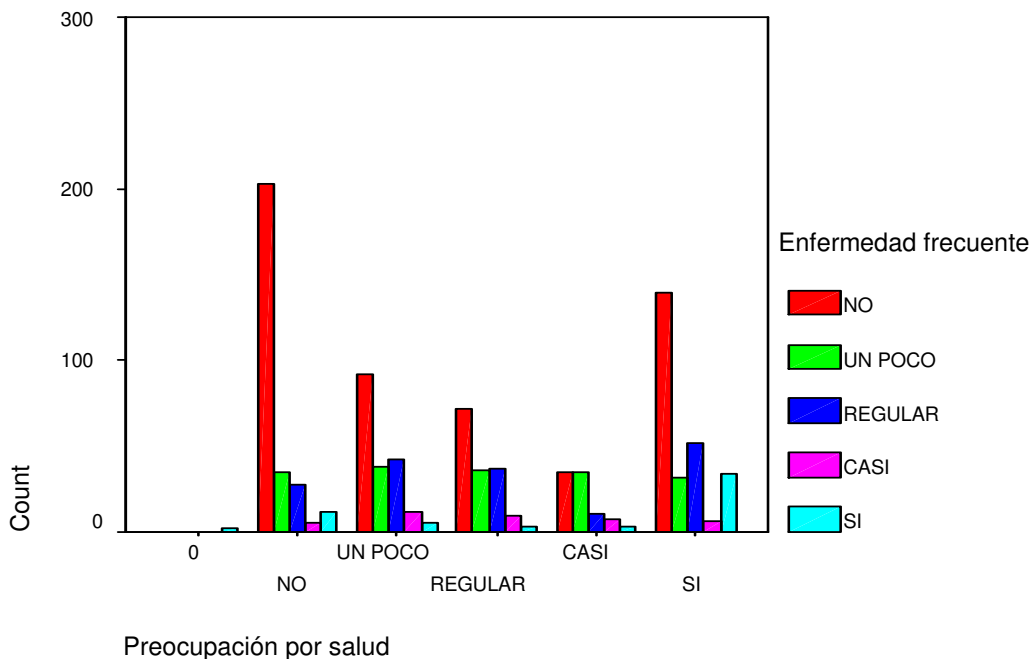


Fig.9.1 Correlación entre Preocupación por salud y Enfermarse frecuentemente.

Al realizar la correlación entre hipocondría (preocupación por salud) y el enfermarse frecuentemente, se encontró que 139 personas que se preocupan por su salud, no se enferman frecuentemente y que 203 que no se preocupan por su salud, no se enferman frecuentemente. (Véase 9.1).

Preocupación por salud * Vulnerable a contraer enfermedades.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	108,621 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	100,142	20	,000
Linear-by-Linear Association	27,100	1	,000
N of Valid Cases	984		

Fig. 10 Nivel de significancia que existe entre Preocupación por la salud y el ser vulnerable a contraer alguna enfermedad.

El cuadro de la Fig. 10 Nos muestra que, al correlacionar la hipocondría (preocupación por la salud) con la vulnerabilidad a contraer enfermedades, se obtuvo un nivel de significancia de .000; $p < .005$, el cual hace referencia a que sí hay diferencias significativas, esto quiere decir que sí se observa una relación entre las variables. O bien que la vulnerabilidad a contraer alguna enfermedad está en función de la preocupación que se manifiesta por la salud.

Crosstab

Count		Vulnerable a contraer enfermedades					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0			2			2
	NO	224	26	10	9	13	282
	UN POCO	122	33	13	13	8	189
	REGULAR	85	21	31	12	8	157
	CASI	35	27	15	8	6	91
	SI	155	36	33	13	26	263
Total		621	143	104	55	61	984

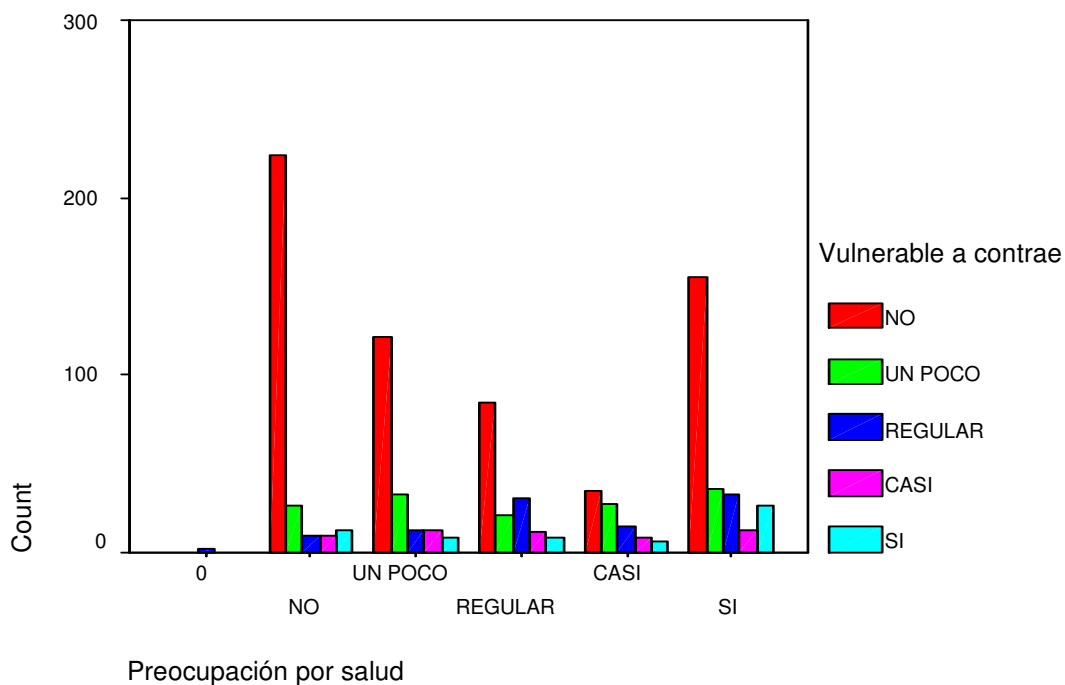


Fig. 10.1 Correlación entre Preocupación por la salud y el ser vulnerables a contraer alguna enfermedad.

Al realizar la correlación entre hipocondría (preocupación por la salud) y el ser vulnerable a contraer enfermedades, se encontró que 224 personas que no se preocupan por su salud no han sido vulnerables a contraer alguna enfermedad y que 155 que se preocupan por su salud consideran que sí son vulnerables a contraer una enfermedad.

Preocupación por salud * Mejores oportunidades que otras personas.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	50,544 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	46,290	20	,001
Linear-by-Linear Association	3,593	1	,058
N of Valid Cases	984		

Fig.11 Nivel de significancia que existe entre la Preocupación por la salud y el tener mejores oportunidades que otras personas.

Como se observa en la Fig.11 El nivel de significancia que se obtuvo al relacionar la hipocondría (preocupación por la salud) y el tener mejores oportunidades que otras personas fue de .000;< a .005, el cual muestra que las diferencias son significativas, afirmando así que hay una relación entre estas variables. A lo cual podemos mencionar que el tener mejores oportunidades que otras personas está en función de la preocupación por la salud que tengamos.

Crosstab

Count		Mejores oportunidades que otras personas					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0	2					2
	NO	57	20	82	40	83	282
	UN POCO	26	32	54	33	44	189
	REGULAR	14	17	58	35	33	157
	CASI	9	9	32	17	24	91
	SI	42	24	70	38	89	263
Total		150	102	296	163	273	984

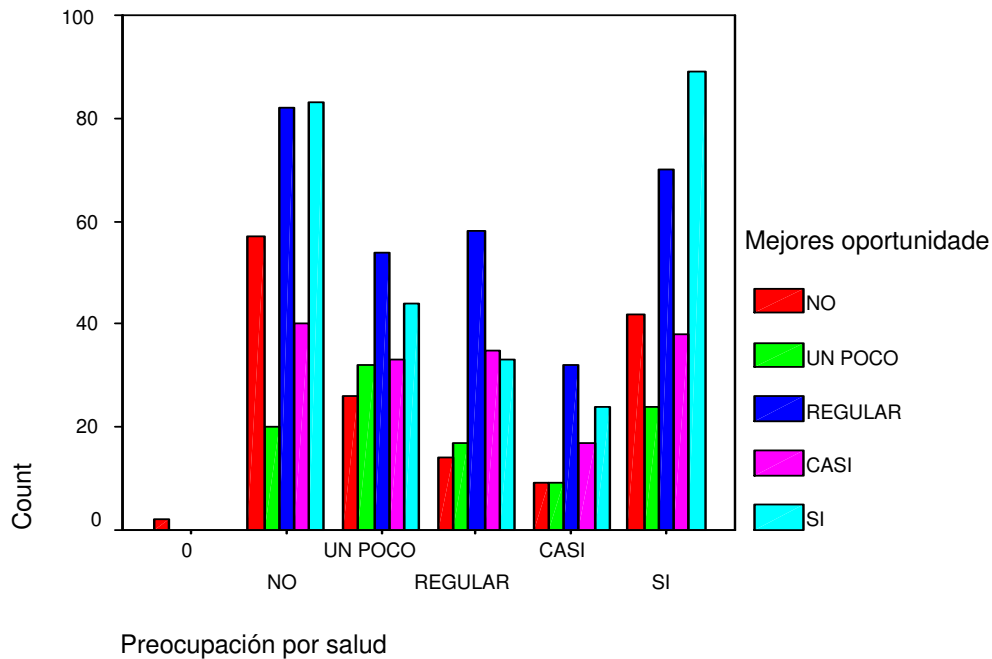


Fig.11.1 ¿Correlación entre Preocupación por la salud y el tener mejores oportunidades que otras personas?.

Realizando una relación entre las variables hipocondría (preocupación por salud) y tener mejores oportunidades que otras personas, se puede observar que 89 personas que se preocupan por su salud consideran sí tienen mejores

oportunidades que otras personas y 83 que no se preocupan por su salud sí tienen mejores oportunidades que otras personas. (Véase Fig. 11.1).

Preocupación por salud * Atender rendimiento de cuerpo.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	138,340 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	132,718	20	,000
Linear-by-Linear Association	27,012	1	,000
N of Valid Cases	984		

Fig.12 Nivel de significancia que existe entre Preocupación por la salud y Atender el rendimiento del cuerpo.

Al realizar la Chi cuadrada para apreciar la relación que hay entre la hipocondría (preocupación por la salud) y el atender el rendimiento del cuerpo, se obtuvo un nivel de significancia de .000; < a .005, dando así a notar que las diferencias son significativas y por tanto, sí se da una relación entre las dos variables antes mencionadas. Dicho de otra forma atender el rendimiento de nuestro cuerpo está en función de la preocupación que se presenta por la salud. (Véase Fig.12).

Crosstab

Count		Atender rendimiento de cuerpo					Total
		NO	UN POCO	REGULAR	CASI	SI	
Preocupación por salud	0	2					2
	NO	38	69	75	39	61	282
	UN POCO	18	54	76	22	19	189
	REGULAR	8	39	83	13	14	157
	CASI		19	23	28	21	91
	SI	23	36	89	30	85	263
Total		89	217	346	132	200	984

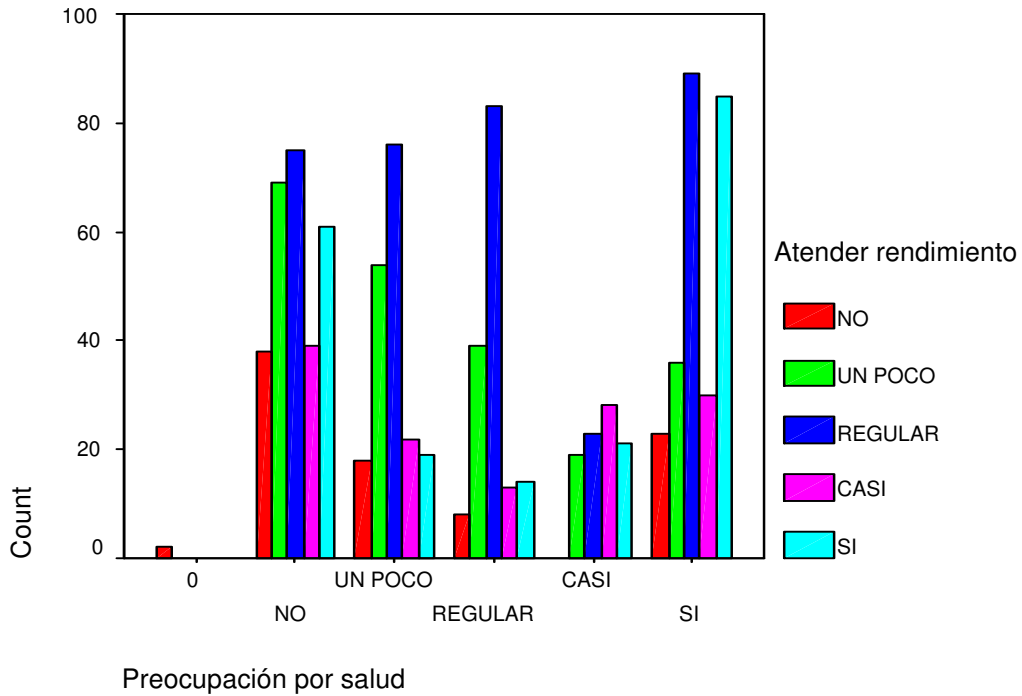


Fig. 12.1 Correlación entre Preocupación por la salud y Atender el rendimiento del cuerpo.

Haciendo una correlación entre Hipocondría (preocupación por salud) y el atender rendimiento del cuerpo, se encontró que 85 personas que se preocupan por su salud sí están atentos al rendimiento del cuerpo y 61 que no se preocupan por su salud procuran atender el rendimiento del cuerpo. (Véase Fig. 12.1).

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.

A partir de la información recabada en los capítulos anteriores, se puede concluir que fueron varias razones por las cuales surgió la psicología de la salud:

Una de ellas es, el cambio en la concepción de los términos de salud y disfrutar de una buena salud. Recuérdese que tradicionalmente la salud se ha conceptualizado como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, más recientemente el concepto de salud ha sido redefinido en términos positivos como un complemento estado de bienestar físico, mental y social. Este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos. Stone (1979; Cit. en: Oblitas y Becoña, 2006).

Paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del modelo biomédico, modelo dominante de la medicina. Téngase presente que en dicho modelo, basado en el reduccionismo y en el dualismo mente –cuerpo, se ha asentado la medicina moderna Ángel (1977; cit. en: Oblitas y Becoña 2006). Este modelo se focaliza en los aspectos físicos de la salud y la enfermedad e ignorar los factores psicológicos y sociales.

También se ha revisado el cambio en los patrones de enfermedad, antes de los avances espectaculares de la medicina en el siglo XX, una gran parte de las enfermedades mortales eran de tipo agudo o infeccioso, el descubrimiento de fármacos efectivos, como antibióticos y vacunas, contribuyó con la erradicación del número de víctimas inherentes a esta enfermedad. La reducción en la incidencia de dichas enfermedades y el incremento en la longevidad han dejado paso a las enfermedades crónicas. Esto hace referencia a que la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con nuestra conducta y nuestros hábitos positivos y negativos de la salud y así son prevenibles.

Es por tanto que existe suficiente evidencia de que la salud, está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. La conducta tiene un efecto inmenso en nuestra salud. Además que ya no se percibe

a la salud como algo a conservar sino mas bien a desarrollar, en los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de salud. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos pues acepta que los aspectos psicosociales afectan los sistemas corporales lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. (Greene 1988).

Las cuestiones de índole económica han jugado un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales en la salud. Los costos por ciudadano se han disparado. Por otro lado, una cantidad importante de los costos del cuidado del ciudadano, van destinados a reparar daños causados por hábitos y estilos de vida no saludables. Por tanto, los factores económicos junto con el cambio en los patrones de enfermedad han provocado un giro hacia medidas preventivas y, especialmente, en cambiar las conductas no saludables. Agras & Weiss (1982; cit. en: Oblitas y Becoña, 2006).

Otra razón es, la madurez de la tecnología conductual ya que ha contribuido de modo claro a la emergencia de la psicología de la salud, en este momento histórico como un hecho casi natural al tener éxito en la salud mental y quedar a un paso la salud física, que tiene clara la relación con los factores psicológicos y conductuales.

Con base en esto, es que la definición más aceptada y por tanto la que se tomó en cuenta es la de Matarazzo (1980):

“La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.”(Pág.4)

Como puede apreciarse en dicho concepto de Psicología de la Salud, ésta se caracteriza, fundamentalmente, por:

- 1) Dirigir su área de actuación tanto al individuo como al conjunto de instituciones y fuerzas que están relacionadas con la salud, esto es, a los niveles intraindividuales, interindividuales y sociales de la salud. Stone (1983; cit. en: Simon 1999).
- 2) Primar los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- 3) Potenciar la investigación destinada a conocer, como contribuyen a la salud los factores comportamentales y a la elaboración de estrategias adecuadas para su evaluación y control o modificación.
- 4) Analizar y mejorar las políticas de salud y el sistema de atención a la salud. Godoy (1991.1993; cit. en: Simon 1999).

Se menciona que el psicólogo de la salud es quien va cumplir con estas tareas, ya que dentro de esta área su papel agrupa tres grandes categorías, como lo es la investigación, aplicación e información.

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

Respecto al tratamiento, los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor, además de interesarse por la evaluación de la efectividad de las diferentes estrategias de tratamiento.

Otras facetas en las que se han implicado los psicólogos de la salud, son ofrecer evaluación psicológica a los pacientes médicos y asesorar en cuestiones psicológicas a los distintos profesionales de la salud. Los psicólogos de la salud

también han utilizado una gama amplia de técnicas (métodos psicoterapéuticos, modificación de conducta, biofeedback, etcetera) para tratar numerosos y variados trastornos, que van desde la obesidad a enfermedades cardiovasculares. (Oblitas y Becoña 2006).

Los psicólogos de la salud se ubican fundamentalmente en tres escenarios:

1. Instituciones de enseñanza superior, realizando funciones docentes e investigación.
2. Centros de asistenciales, clínicas, hospitales e institutos de salud de los tres niveles de atención, con funciones de planeación, servicios e investigación.
3. Práctica privada enfocada a la atención individual y de pequeños grupos. (Rodríguez, 1998).

Así, hoy en día los psicólogos de la salud trabajan con pacientes de todas las edades y abarcan una gran variedad de disciplinas. También colaboran con gran número de profesionales.

Por todo esto, es que la psicología de la salud ha comenzado a tratar términos como hipocondría valores y vigilancia de salud. Con respecto a la hipocondría podemos decir que aún no existe una definición específica, ya que médicamente se dice que, es una enfermedad por la que una persona cree de forma infundada que padece alguna enfermedad grave; y la psicológica, que considera a la hipocondría, un trastorno en que la persona interpreta síntomas somáticos como enfermedad. Esta interpretación la hace en el contexto de un intento desesperado para que los síntomas desaparezcan, porque generan a él paciente un dolor inmenso y una amenaza de enfermedad o muerte. (Muñoz y Martí, 2004).

La característica esencial de la hipocondría es la preocupación y el miedo a padecer, o la convicción de tener, una enfermedad grave, a partir de la interpretación personal de uno o más signos ó síntomas somáticos. La

sintomatología más típicamente hipocondríaca es la sugestiva, que experimenta acompañada de una especial alteración negativa del estado de ánimo, sumamente desagradable, y que le hace colocarse en una actitud fóbica frente a sus molestias, de las que siempre cree que son el comienzo de enfermedades graves. Finalmente, el hipocondríaco acaba renunciando a casi todo para consagrarse a cuidar su enfermedad imaginaria ("enfermo imaginario"). (Muñoz y Martí, 2004).

Por ende, se puede decir que el problema principal de una persona que padece hipocondría, radica en que la vida de la persona se centra en la preocupación por su cuerpo y en el estar pendiente de cualquier síntoma, signo o manifestación que "pueda" indicar algún mal. Tienden a cuidarse en exceso para evitar su "agravamiento" y sienten que no son atendidos adecuadamente por el médico, por lo que consultan a uno u otro, por lo cual la familia termina incomodada, con grandes gastos económicos por las constantes quejas.

Los hipocondríacos son muy sensibles al dolor físico por lo que un simple piquete, golpe o raspón, suele convertirse en todo un evento y tormento, ya que desean que todos los demás vean como muy grave su problema.

La interpretación distorsionada de los síntomas físicos llegan a tener tal peso en su mente y conductas que su calidad de vida se ve totalmente afectada ya que pueden llegar a presentar cuadros "clínicos" muy peligrosos, o a realizar acciones como el automedicarse por todo y para todo, con los riesgos enormes que esto conlleva, también suelen realizarse estudios que por su naturaleza representan un riesgo en sí mismos o sumirse en cuadros de depresión intensos al sentir que están "al borde de la muerte". (Muñoz y Martí 2004).

Debido a esto, la hipocondría es un trastorno que lleva a tener una vigilancia excesiva de la salud, como menciona Muñoz y Martí (2004). La hipocondría es un trastorno asociado muy a menudo con la ansiedad, el principal síntoma de la hipocondría es la preocupación exagerada que siente por su salud. El hipocondríaco medita constantemente sobre sus síntomas, reales o imaginarios,

llegando a percatarse de signos funcionales que normalmente se escapan a la conciencia (intensidad de los latidos cardíacos, funciones digestivas, etcétera).

Haciendo referencia a lo que es vigilancia de salud, se dice que es un conjunto de hábitos o valores que tienen las personas para valorar su estado de salud en relación con las conductas de riesgo, para así orientar actividades y estrategias preventivas. (Grenne, 1988). Es importante mencionar que los valores de salud, hacen referencia al grado de importancia que tiene para un individuo su salud por medio de los hábitos inculcados por una sociedad.

Para decir que se tiene un valor de salud primero es indispensable que el individuo cuide su salud y que de esta forma pueda valorarla, aunque este valor no este entre los principales por la sociedad. Como lo corrobora Ware y Young (1979; cit. en: Di Mctleo, 1991) quienes realizaron un estudio, en el cuál teóricamente la salud se ubica dentro de los principales valores, sin embargo encontraron que entre el 20% y 40% de los encuestados, no consideraron a la salud dentro de sus cinco valores más importantes.

Es por esto que Beneit (1994) y Roa (1995) mencionan que el valor que se le de a la salud es un factor primordial para el mantenimiento de la misma aunque no es lo único ya que hay distintos aspectos que influyen en la adquisición y mantenimiento de los hábitos o conductas de salud.

Al hablar de estos términos podemos decir que se encuentran correlacionados ya que, al realizar un análisis mediante la Chi cuadrada, se obtuvo que los reactivos que se encontraban ligados a hipocondría con los de vigilancia y valores fueran altamente significativos entre sí.

Por lo anterior se puede decir que la elección de los variables fue efectiva ya que en todas las correlaciones se obtuvo un nivel de significancia de .000 debajo de .005.

Cabe mencionar que para poder llevar a cabo el análisis de los datos se eligió un solo reactivo que representara a la hipocondría, él cual fue ¡Aunque los médicos me dicen que estoy bien ,me preocupa mi salud! (Preocupación por salud) a lo cual Muñoz y Martí (2004) señalan que hay una cierta tendencia a pensar que uno puede estar enfermo porque en algún momento tuvo una enfermedad y se cree que esto todavía ejerce alguna influencia con lo que hay una tendencia a pensar que uno tiene que preocuparse mucho de su cuerpo. Aparece entonces la tendencia a la hipocondría a tomarse a uno mismo como un ser débil y enfermo.

Estando de acuerdo en que la vigilancia y los valores de salud que tenga una persona pueden ayudarla a prevenir una enfermedad y tener una buena calidad de vida, no podemos decir lo mismo en personas hipocondríacas ya que como se ha dicho anteriormente, la hipocondría es el excesos de vigilancia por la salud y por tanto sería contraproducente.

Si bien, en esta investigación se dio una correlación significativa entre las variables no quiere decir, que una dependa de la otra. Cabe señalar que no debemos generalizar los casos.

En cuanto a los temas que se trataron en esta investigación se puede mostrar que son muy pocos los autores que los abordan y éstos no lo hacen a fondo ya que la información que se maneja es escasa, vaga y superficial.

Es importante resaltar a futuro el papel del psicólogo dentro de la psicología de la salud ya que se manifiesta una relación importantísima entre ellos como:

- La presencia de los psicólogos de la salud en los sistemas de atención deberá aumentar en los próximos años, especialmente en el primer nivel con una práctica profesional orientada a la prevención atendiendo al perfil psicológico del país.
- Definir el papel del psicólogo de la salud en las políticas de servicios de salud y la legislación correspondiente.
- Incluir en los programas de entrenamiento a nivel de pregrado y de posgrado información sobre la estructura y organización de los servicios de atención a la salud así como las políticas generales que definen a éstos.

- Definir y operar programas de entrenamiento y actualización de los psicólogos que actualmente laboran en los sistemas de salud.
- El incremento del financiamiento para llevar a cabo investigación que impacte la práctica de los profesionales para incidir en la salud de la población.
- Incrementar el impacto de la investigación de tal modo que los conocimientos y los productos tecnológicos de esta actividad incidan efectivamente en la salud de la población.
- Es indispensable que los psicólogos participen más activamente en eventos científicos de las otras disciplinas de la salud.
- Incrementar el número de revistas y medios de difusión de la producción científica de los psicólogos de la salud de la región.
- Incrementar el número de organizaciones académicas que faciliten y promuevan la certificación de la práctica profesional, la educación continua, el intercambio con otras organizaciones nacionales e internacionales y en general la difusión del campo de la Psicología de la salud.

Es innegable que América Latina en materia de salud ha avanzado de manera importante, sin embargo, nuestra población aún vive desigualdades muy acentuadas y los contrastes nos lastiman.

Tomando en cuenta las características de desarrollo en las regiones el reto de la Psicología de la salud seguirá siendo el contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de nuestra población. (Rodríguez & Rojas, 1998).

REFERENCIAS

Amigo, V. y Fernández, R. (1988). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.

Ardila, R. (2000). Prevención primaria en Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.

Avilés, C. (1996) El rol del educador en salud en la promoción de la salud, Ponencia Asamblea anual asociación de educadores en salud de Puerto Rico. San Juan Puerto Rico

Ballester R (1997) Introducción a la psicología de la salud .España. Promolibro

Becoña. E. Vázquez, F. Y Oblitas, L. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas En: E. Becoña y L. Oblitas. Psicología de la Salud. México: Plaza Valdez.

Bellamy, C. (1995) Desarrollo duradero en el ámbito de salud. Promoción y educación, En Revista Internacional de promoción de la salud y Educación para la salud Vol. 11 No. 4

Belloch, A (1989) Conducta de salud y conducta de enfermedad. En E. Ibáñez y A. Belloch Psicología y medicina Valencia, Promolibro

Beneit, M. P. & Latorre, P. J. M. (coord) (1981) Psicología de la salud. Lumen, Argentina.

Beneit, P (1994) Conductas de Salud en: J. Latorre y P. Beneit (eds) Psicología de la Salud. Argentina. Lumens.

Blanco, J.G., Rivera, M., López, A., Rueda, A. E., (1995) Calidad de vida y salud en el Distrito Federal En : Eibenschutz, R. Programa de desarrollo urbano del DF grupo de estudios metropolitanos UAM-X (Reporte técnico)

Brannon y Feist (2001) Psicología de la salud. Madrid. Paraninfo Thomson Learnig

Buceta (1987) Psicología clínica y salud. Aplicación de estrategias de intervención Madrid UNED

Buceta, Bueno y Mass (2002) Intervención Psicológica en trastornos de salud. Dickinson. Madrid.

Buceta, J.M Y Bueno, A.M.(1990) Modificación de conducta y salud Madrid.

Buela, Sierra & Carroboles (1995) Psicología clínica y de la salud en España.: su estado actual. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol.1

Buendía, J (1991) Psicología Clínica y Salud. Desarrollo actuales Ed Secretariado de Publicaciones Universidad de Murcia.

Caballo, V.E.(1991)Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Siglo XXI , Madrid

Caceres, D.E. (1996) La psicología de la salud en Colombia. Conferencia Latinoamericana de Psicología de la Salud. UNAM, México. Junio.

Campos y Campos (1985) La participación del psicólogo en el contexto de la salud laboral. Tesis de Lic, en Psicología, UNAM, ENEP Iztacala

Cardaci, D. (1997) Participación social y promoción de la salud. Memorias del IV congreso Latinoamericano de Ciencias sociales y Medicina. Cocoyoc, Mor., México, Junio.

Castillo, P. y Vieyra, S. (1995) Calidad total, calidad de vida y salud ocupacional.. Tesis de Licenciatura UNAM, Iztacala. México.

Del Rey Calero, J. y Calvo Hernández, J.R.(1998) Como cuidar su salud. Su educación y promoción. Ed. Harcourt Brace. España.

Donoso, S. R. (1990) Violencia Urbana y vida cotidiana. Simposium sobre la calidad de vida UNAM,México.

Duran, G.L.(1998) La participación del psicólogo en la atención integral a la salud. En : G. Rodríguez y M. Rojas. (comp.) La Psicología de la salud en América Latina. México, Porrúa. UNAM.

Falco. (1993) El trabajo del psicólogo en los programas de educación para la salud. Una alternativa profesional. Tesina de licenciatura, Universidad Iberoamericana, D. F México.

Fernandez , R. (1996) Evaluación en Psicología de la Salud algunos problemas metodologicos en M. Casuyo (eds) Evaluación Psicológica en el campo de la salud. España. Paidós.

Feste (1993) Motívese a usted mismo. En: Festes, C. Limusa, México.

Flores (2001) Psicología de la salud. Psicología en red disponible en: [www.psicologia de la salud.com/biblioteca](http://www.psicologia.de.la.salud.com/biblioteca)

Fox, B.A y Cameron, A.G.(1997) Ciencia de los alimentos, nutrición y salud 5^a Edición Ed. Limusa Noriega Editores.

Fuentes, R. (1994). Psicología Médica. México: Fondo de cultura económica.

González-Celis(1995) Creación de indicadores de bienestar y calidad de vida. UNAM. México

Grau, J.A. (1996) La psicología de la salud y las enfermedades crónicas. Un paradigma del trabajo futuro, En: Rodríguez y Rojas,(coords). La psicología de la salud en América Latina .Facultad de Psicología UNAM. Porrúa. México. 1998

Grau, J.A. y González P.U. (1998) Ética, calidad de vida y psicología de salud. Psicología y salud No.12 Jul/Dic.

Grenne, W.(1988) Educación para la salud. Interamericana, México.

Harris & Guten (1979) Health related behavior and health promotion psychology health.

Hernández G.H. (1999) Municipio saludable: ¿cambio cultural o nueva retórica? Psicología y salud Instituto de investigaciones psicológicas. Universidad Veracruzana Enero-Junio No 13 Ed Nueva Época.

Hernández, G. y Rojas, M. (1998) La psicología de la salud en América Latina. EN: La Psicología de la salud en América Latina. (coords) Graciela Rodríguez y M. Rojas, México. Porrúa, UNAM.

Kocyba (1996) La medicina y la religión entre los mayas prehispánicos en: Morales (eds) Historia de la salud en México D. F. INAH

Leon, J.M., Medina S., Barriga, S., Ballesteros, A.; Herrera, M. (2004) Psicología de la salud y Calidad de vida. Voc, Barcelona.

López, A. (1982). La salud desigual en México. México: Siglo XXI editores.

Marti, J.L. (2004) De la enfermedad a la fabula. Apariencia e imagen de la salud. Rubi, Barcelona.

Martinez. (2001) Modelo biocognitivo de la salud: Campos de creencias y sus códigos bioéticos. Gestión medica. En: red disponible. www.Gestionmedica.com

Matarazzo J (1980) Behavior health and Behavior a1 Medicine frontiers for a new health psicology. American Psicologist. No 35

Miss, Shealy (1998) Permanece sano. En: Miss, C. E. & Shealy, N. La creación de la salud. Océano, España.

Morales, C. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. México: Páidos.

Morales, C.F. (1999) La psicología en la atención primaria de la salud. Introducción a la psicología de la salud. Paidos Buenos Aires 1^a Ed.

Morales, P. (1999) La psicología en los programas y servicios de salud. Aspectos generales en: Morales, F (ed) introducción a la psicología de la salud .México. Paidos

Moss, R. (1989) El misterio de estar sano en: Dossey, R., Casin, N. & Ross, E. Edt. Nueva salud, Kairos. España, Barcelona.

Muñoz y Martí (2004) Enfermos imaginarios: Barcelona. De Bolsillo

Oblitas, L.A. y Bacoña (2006) Psicología de la salud. México. Plaza y Valdez.

Oblitas, L.A.(2004) Psicología de la salud y calidad de vida. Thomson, México.

OPS (1992) Organización panamericana de la salud y educación para la salud promoción de la salud y equidad. Declaración de la conferencia internacional de promoción de la salud. Bogota.

Palomar, J.,L. (1996) Calidad de vida en la ciudad de México. Simposium sobre la calidad de vida en México. UNAM. México.

Penzo, W (1990) Licenciatura en psicología medica. Barcelona. Saluat.

Ramírez, G., Cortes, V. , Cedillo, I. y Hernández, L. (2001) El papel de la psicología de la salud. Alternativas en Psicología. Año VI. No.7 Febrero.

Ramírez, M., Cortés, E. Vaquero, J. Y Arriaga, J. (2002). Evaluación de requerimientos de la salud integral en población mexicana. Psicología y ciencia social. En prensa.

Ramos- Galván, R.(2000) La higiene escolar en México. Boletín Medico Escolar Infantil de México. Vol. 57 No. 3 Marzo.

Reig, A., Rodríguez, J. y Mira, J. J. (1987) Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas. Información psicológica. 30

Reynoso (2005) Psicología clínica de la salud un enfoque conductual. México

Ribes, E. (1990) Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona, Martínez Roca.

Ribes, E. (1991). Psicología y Salud: Un análisis conceptual. México: Trillas.

Roa A (1995) Marco Teórico Conceptual de la Psicología de la Salud. México

Rodríguez G.R., Hernández-Pozo y Ramos T. (1993) Panorama Preliminar del estado de la investigación en Psicología de la salud en Latinoamérica, en: Palacios, J.; Lucio, E. (eds) 1er Congreso Internacional de Psicología y Salud UNAM. México.

Rodríguez, G. & Rojas. (1998) La psicología de la salud en América Latina. Facultad de psicología. UNAM, México.

Rodríguez, G. Y Palacios, J. (1998). Algunas consideraciones sobre la psicología de la Salud en México. En: Urbina, J. El Psicólogo, formación y ejercicio, México: UNAM

Rodríguez, G. Y Rojas, R. (1998). Introducción a la Psicología Clínica. México: Mac Graw-Hill.

San Martín (1992) La noción de salud y enfermedad. Tratado general de salud en las sociedades. Prensa medica, México.

San Martín, H. (1998) La calidad de vida y el bienestar social. Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Ediciones Científicas La prensa medica mexicana S.A de C.V.

Santacreu, J (1991) Psicología clínica y Psicología de la salud: Marcos teóricos y modelos. Revista de Psicología de la salud 3.

Serrano G.(1990) Hacia una salud mas dinámica. Educación para la salud y participación comunitaria. Una perspectiva metodologica. Ed Díaz de Santos, S.A. Madrid.

Shane, B y Chelhley, K(2001) Como la investigación operativa esta logrando mejorar los servicios de salud. Population Referente Boreal. U.SA.

Simón, M. A(1999) Manual de psicología de la salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones ED. Biblioteca Nueva. Universidad España.

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

Simonton. (1989) La armonía de la salud. En: Dossey, N., Colins & Kabler, E. Ross. La nueva salud, Kairos, España.

Stanford(1999) Estudio realizado por la Universidad de Stanford en el cuidado de la salud. En: The World health report (1999) Making a Difference. World Health Organisation.

Stone, G. C.(1983) Proceedings of the national working conferences on education and training in health psychology health psychology.

Stratton, R (2001) Fundación mexicana para la salud.

Taylor, S. E. (1986) Health psychology Nueva York. Random house.

Trejo, D (2001) Psicología de la salud: Estilos de vida – hábitos de salud. Tesis. UNAM. FESI.

Vargas, A y Palacios B (1993) Educación para la salud. México D.F Interamericana.

Vega, C. (2002) Psicología de la salud: Hábitos de salud para conservar un estado saludable. Tesis. UNAM. FESI.

ANEXOS

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

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

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

Marque el número que más se acerque a su respuesta.

Pésima Mala Regular Bien Excelente
 1 2 3 4 5

39.	¿Cómo ha sido su salud en los últimos seis meses, comparada con otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	SR
40.	¿Cómo es su salud comparada con la de otras personas de su edad?	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	ST

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

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

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

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

43.	¿Ir al doctor? (excepto por embarazo).	A 0	B 1	C 2	D 3-5	E 6 o más	<input type="checkbox"/>	VD
-----	--	--------	--------	--------	----------	-----------------	--------------------------	----

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones durante el año pasado con amigos y familiares cercanos que sean adultos

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

25.	El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares mas cercanos?	1	2	3	4	5
26.	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

27.	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

--

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

28.	El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus amigos y familiares mas cercanos?	1	2	3	4	5
29.	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

30.	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

--

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

31.	El año pasado ¿Qué tan a menudo su familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5
32.	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

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

--

TS = =

--	--	--	--

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

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

34.	¿Qué tan a menudo su familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5
35.	¿Qué tan a menudo su familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5
36.	¿Qué tan a menudo su familiares y amigos cercanos le llamaron su atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5
37.	¿Qué tan a menudo su familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chistes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5

IN

FUNCIONAMIENTO DE LA SALUD

RESPUESTA A ENFERMEDAD		
AA	AUTO AYUDA	7, 7, 12
AP	AYUDA PROFESIONAL	6, 9, 14
AM	AYUDA AMIGOS	3, 10, 13
AE	AYUDA ESPIRITUAL	2, 5, 11
PT	PASO DEL TIEMPO	8
HÁBITOS DE SALUD		
HP	HÁBITOS POSITIVOS	17,18,20,21,23,24,25,27,28,30,31,32,37,38
HN	HÁBITOS NEGATIVOS	15, 16, 19, 22, 26, 29, 33, 34, 35, 36
HISTORIA DE SALUD		
ST	SALUD TOTAL	40
SR	SALUD RECIENTE	39
EC	ENFERMEDAD CRÓNICA	41
IE	IMPEDIMENTO ENF. C.	42
USO DEL SECTOR SALUD		
VD	VISITA DOCTOR	43
TN	TRATAMIENTO HOSPI.	44
TE	TRATAMIENTO EMER.	45
PT	PASO DEL TIEMPO	8
CREENCIAS Y ACTITUDES SAL		
EA	AUTO EFICIENCIA	50, 61, 62, 64
VS	VIGILANCIA SALUD	46, 47, 53, 59, 65
VL	VALORES DE SALUD	52, 55, 63, 68
CP	CONFIANZA AL PER.	49, 56, 57, 58
CS	CONFIANZA SISTEMA	51, 66, 67
HI	HIPOCONDRIA	48, 54, 60, 69

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

ESTRÉS DE VIDA		
NE	NUMERO DE EVENTOS ESTRESANTES	
EP	ESTRÉS PERCIBIDO	1 a 17
EG	ESTRÉS GLOBAL	18
AFRONTAMIENTO		
HA	TOTAL AFRONTAMIENTO	19 a 24
APOYO SOCIAL		
TS	TOTAL APOYO SOCIAL	
AO	APOYO EMOCIONAL	28, 29, 30
AI	APOYO INFORMATIVO	25, 26, 27
AT	APOYO TANGIBLE	31, 32, 33
IN	INTERCAMBIO NEGATIVO	34, 35, 36, 37
SALUD PSICOLÓGICA (ESTRÉS PSICOLÓGICO)		
TT	TENSIÓN TOTAL	
CA	CAMBIO DE ESTADO DE ANIMO	38, 52, 55
CU	CULPABILIDAD	39, 51, 54
LM	LENTITUD MOTORA	44, 49, 57
EE	ESTADO ANSIOSO	41, 47, 50
QS	QUEJA SOMÁTICA	46, 48, 53
DC	DISTURBIO COGNITIVO	40, 43, 58
SV	SATISFACCIÓN DE VIDA	42, 45, 56, 55