



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ESTADO DE HIDALGO

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

**ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES, ESTILOS DE VIDA,
ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON ENFERMEDAD RESPIRATORIA
AGUDA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A:

HIESUS AMIR DE DIOS CASTRO

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTÍZ

CODIRECTOR DE TESIS

DR. RUBÉN GARCÍA CRUZ



Pachuca de Soto, Hidalgo, 2021



21 de octubre de 2021
Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of academic psychology area

Manifetamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Hiesus Amir De Dios Castro**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **“Antecedentes heredofamiliares, estilos de vida, estrés y su relación con enfermedad respiratoria aguda”** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

“AMOR, ORDEN Y PROGRESO”

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	Presidente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Segundo Vocal	
Mtro. Jesús Antonio Carrillo Citalán	Tercer Vocal	
Dr. Rubén García Cruz	Secretario	
Dra. Claudia Margarita González Fragosó	Suplente	
Mtra. Ma. del Consuelo Cabrera Morales	Suplente	



Agradecimientos

A mi mamá Epifanía Castro López, a mi papá Arturo De Dios Castillo quien me enseñó lo valioso que es reflexionar y buscar respuestas, a mis hermanos Arturo, Marcos, Ismael y Juan, a mi tía María del Rosario Castro López quien es una segunda madre para mis hermanos y para mí, a mi tía Margarita y mi tío Felipe quienes también han sido parte valiosa e importante. A Alinne por motivarme, abrazarme y mostrarme el valor de realizar un sueño.

A mis profesores y profesoras que en cada semestre agregaban un capítulo a esta historia, al Dr. Esael quien por medio de sus palabras hizo que creyera en mí, a la Mtra. Gina por enseñar divirtiéndose y hacernos reír, el cielo es un buen lugar que visitar. A la comunidad estudiantil que prestó su tiempo para llevar a cabo este proyecto, así como a los profesores en aulas que siempre nos han aportado, tienen nuestra gratitud.

A los compañeros y compañeras que continúan creando, descubriendo e investigando; Vanessa, Magali, Mau, Alejandra y Karina, su apoyo y conocimiento fueron pautas para la realización de esta tesis.

Finalmente, la persona que me motivó a hacer este estudio, me brindó su experiencia, conocimiento, apoyo y una enorme paciencia, la Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz, gracias por su calidez humana, sus palabras de ánimo y comprensión en todo instante.

Y por último, pero no menos importante, a ti. Cree en ti.

El sistema respiratorio participa activamente en la expresión emocional. La gente suspira por tristeza, ansia o desagrado. En el suspenso o sorpresa hay detención de la respiración; durante el grito de terror y los sollozos hay alteraciones de la actividad respiratoria.

- Dr. Alfredo Carmona

Índice

Resumen	12
Abstract	14
Introducción.....	16
Capítulo I: Salud respiratoria y antecedentes heredofamiliares.....	18
1.1 Salud Respiratoria.....	18
1.2 Enfermedad respiratoria.....	21
1.3 Definición de antecedentes heredofamiliares.....	31
Capítulo II: Estilos de vida.....	31
2.1 Primeras aportaciones al concepto de estilo de vida.....	36
2.2 Estilo de vida y salud.....	40
2.3 Conductas instrumentales de riesgo y prevención	51
Capítulo III: Estrés y su impacto en la salud.....	56
3.1 Definición de Estrés.....	56
3.2 Estrés y salud.....	63
3.3 Modelos salud-estrés.....	65
Método General.....	70
Justificación.....	70
Objetivo general.....	73
Fases	73
Método Fase 1.....	74
Justificación	74
Objetivo General.....	75
Objetivos Específicos.....	75
Muestra.....	76
Variables.....	77
Hipótesis	78
Procedimiento.....	80
Análisis Estadístico propuesto.....	80
Consideraciones éticas	80

Resultados Fase 1.....	81
Método Fase 2.....	120
Justificación	120
Objetivo General.....	120
Objetivos Específicos.....	120
Muestra.....	121
Hipótesis	121
Variables.....	122
Procedimiento.....	125
Análisis Estadístico propuesto.....	125
Consideraciones éticas	125
Resultados Fase 2.....	126
Análisis Comparativo	172
Análisis Comparativo entre Fase 1 y Fase	175
Conclusiones y Discusión.....	180
Referencias.....	193
Anexos	201

Índice de Tablas

Tabla 1: Principales causas de enfermedad en Hidalgo.....	74
Tabla 2: Operacionalización de las variables.....	77
Tabla 3: Frecuencias obtenidas de la historia clínica respecto a los padecimientos relacionados con las ERA.....	82
Tabla 4: Frecuencias obtenidas de la historia clínica respecto a las ERA.....	83
Tabla 5: Enfermedades Respiratorias Agudas en estudiantes universitarios al momento de la evaluación.....	85
Tabla 6: Enfermedades Respiratorias Crónicas en estudiantes universitarios.....	86
Tabla 7: Medidas obtenidas de INCAVISA.....	87
Tabla 8: Estudiantes que reportaron una ERA y un evento disruptivo	96
Tabla 9: Medidas obtenidas de Perfil de Estrés por semestre.	99
Tabla 10: Correlación de las ERA y las subescalas de INCAVISA.....	113
Tabla 11: Correlación de las ERA y las subescalas de Perfil de Estrés.....	114
Tabla 12: Correlaciones entre Perfil de Estrés e INCAVISA.....	115
Tabla 13: Correlación entre los Antecedentes heredofamiliares y las ERA.....	117
Tabla 14: Correlaciones de Antecedentes heredofamiliares e INCAVISA.....	117
Tabla 15: Correlaciones de Antecedentes heredofamiliares y Perfil de Estrés.....	118
Tabla 16: Correlaciones de Estudiantes que presentaron ERA en los últimos meses e INCAVISA.....	118
Tabla 17: Correlaciones de Estudiantes que presentaron ERA en los últimos meses y Perfil de Estrés.....	119
Tabla 18: Sujetos de estudio fase 2	122
Tabla 19: Operacionalización de las variables fase 2.....	122
Tabla 20: Respuestas en la Historia Clínica del sujeto 1.....	144
Tabla 21: Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, sujeto 1.....	149
Tabla 22: Respuestas en la Historia Clínica del sujeto 2.....	151
Tabla 23: Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, sujeto 2.....	155
Tabla 24: Respuestas en la Historia Clínica del sujeto 3.....	157
Tabla 25: Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, sujeto 3.....	162
Tabla 26: Respuestas en la Historia Clínica del sujeto 4.....	163
Tabla 27: Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, sujeto 4.....	170
Tabla 28: Consumo de cigarros y aparición de Expectoración.....	175

Tabla 29: Niveles de Estrés y Dolor de Tórax.....	176
Tabla 30: Presencia de Faringitis y Epistaxis en estudiantes.....	176
Tabla 31: Estudiantes que se vacunaron contra la Influenza y reportan Resfriado común.....	177
Tabla 32: Estudiantes con mascota y reportaron Resfriado común.....	177

Índice de Figuras

Figura 1. Diagrama de las Determinantes Sociales de la Salud	19
Figura 2. Historia natural de la enfermedad	21
Figura 3. Distribución estacional de virus respiratorios.....	24
Figura 4. Determinantes estructurales e intermedios de la equidad de salud.....	39
Figura 5. Interacción de los estilos de vida.....	42
Figura 6. Comportamiento de la vida en una sociedad de consumo.....	45
Figura 7. Ciclo de la salud en condiciones de subdesarrollo.....	48
Figura 8. 3 C Compromiso, Confianza y Control.....	49
Figura 9. Producción de hormonas por el sistema nervioso vegetativo y el eje hipofisopararrenal.....	58
Figura 10. Dinámica de las defensas bioquímicas y las barreras físicas.....	62
Figura 11. Proceso neurológico del estrés.....	67
Figura 12. Participación del estrés en el desarrollo de los trastornos.....	68
Figura 13. Triada ecológica de la enfermedad.....	72
Figura 14. Esquema general de investigación.....	73
Figura 15. Distribución por sexo de las y los participantes en el estudio.....	81
Figura 16. Presencia de las Enfermedades Respiratorias Agudas en los últimos 6 meses.....	84
Figura 17. Antecedentes heredofamiliares relacionados con las ERA Y padecimientos.....	85
Figura 18. Distribución de los semestres según sus niveles de Preocupación.....	88
Figura 19. Distribución de los semestres según sus niveles de Desempeño físico.....	89
Figura 20. Distribución de los semestres según sus niveles de Aislamiento.....	89
Figura 21. Distribución de los semestres según sus niveles de Percepción Corporal.....	90
Figura 22. Distribución de los semestres según sus niveles en Funciones Cognitivas.	91
Figura 23. Distribución de los semestres según sus niveles en Actitud ante el Tratamiento.....	91
Figura 24. Puntuaciones de los semestres en la escala de Familia.....	92
Figura 25. Distribución de los semestres según sus niveles de Tiempo libre.....	93
Figura 26. Distribución de los semestres según sus niveles de Vida Cotidiana.....	93
Figura 27. Distribución de los semestres según sus niveles en Dependencia Médica..	94

Figura 28. Distribución de los semestres según sus niveles en Relación con el Médico.....	95
Figura 29. Distribución de los semestres según sus niveles en Redes Sociales.....	95
Figura 30. Pregunta 54 de INCAVISA, respuestas de estudiantes con una ERC.....	97
Figura 31. Pregunta 55 de INCAVISA, respuestas de estudiantes con una ERC.....	98
Figura 32. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Estrés.....	101
Figura 33. Distribución de los semestres según los Hábitos de Salud.....	102
Figura 34. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Ejercicio.....	102
Figura 35. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Descanso/Sueño.....	103
Figura 36. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Alimentación/Nutrición.....	104
Figura 37. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Prevención.....	104
Figura 38. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de ARC.....	105
Figura 39. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Red de Apoyo...	106
Figura 40. Distribución de los semestres según las DE en la escala de Red de Apoyo.....	106
Figura 41. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Conducta tipo A.....	107
Figura 42. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Fuerza Cognitiva	107
Figura 43. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Valoración Positiva.....	108
Figura 44. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Valoración Negativa.....	109
Figura 45. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Minimización de la Amenaza.....	110
Figura 46. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Concentración en el Problema.....	110
Figura 47. Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Bienestar Psicológico.....	111
Figura 48. Distribución de los semestres según las subescalas del Perfil de Estrés.....	112
Figura 49. Familiograma sujeto 1.....	127

Figura 50. Mapa Clínico de Patogénesis S1.....	128
Figura 51. Mapa Clínico de Fortalezas S1.....	129
Figura 52. Familiograma sujeto 2.....	131
Figura 53. Mapa Clínico de Patogénesis S2.....	132
Figura 54. Mapa Clínico de Fortalezas S2.....	133
Figura 55. Familiograma sujeto 3.....	135
Figura 56. Mapa Clínico de Patogénesis S3.....	137
Figura 57. Mapa Clínico de Fortalezas S3.....	138
Figura 58. Familiograma sujeto 4.....	140
Figura 59. Mapa Clínico de Patogénesis S4.....	141
Figura 60. Mapa Clínico de Fortalezas S4.....	142
Figura 61. Familiograma de toda la familia del estudio.....	143
Figura 62. Niveles en el instrumento de INCAVISA. Sujeto 1.....	148
Figura 63. Puntuaciones en el instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 1.....	150
Figura 64. Niveles en el instrumento de INCAVISA. Sujeto 2.....	154
Figura 65. Puntuaciones en el instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 2.	156
Figura 66. Niveles en el instrumento de INCAVISA. Sujeto 3.	161
Figura 67. Puntuaciones en el instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 3.....	163
Figura 68. Niveles en el instrumento de INCAVISA. Sujeto 4.....	170
Figura 69. Puntuaciones en el instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 4.....	171
Figura 70. Niveles en el instrumento de INCAVISA de todos los sujetos.....	173
Figura 71. Puntuaciones en el instrumento del Perfil de Estrés de todos los sujetos.....	174
Figura 72. Niveles del instrumento de INCAVISA de los 4 huéspedes.....	178
Figura 73. Niveles del instrumento de Perfil de Estrés de los 4 huéspedes.....	179

Resumen

Los antecedentes heredofamiliares marcan una secuencia genética en el desarrollo de las personas, como la carga en padecimientos, enfermedades crónicas y alergias, entre estos conceptos traza la posible calidad de vida que tendrá el sujeto, esto se escucha casi como un destino ya escrito incluso antes de nacer, pero todo ello puede cambiar y es preciso decirlo porque sin la interacción con las variables del desarrollo de estas enfermedades, o este “destino” no se cumpliría, estas variables se encuentran en el ambiente que posiblemente causaron la enfermedad ahora instaurada en el mapa genético si lo vemos desde una perspectiva reduccionista, solemos convivir con estas variables en la cotidianidad y justo aquí se convierte en un estilo de vida, el comportamiento a veces aprendido en la cultura y otras veces adquirido sin conocer otras posibilidades, se convierte en el enlace entre los antecedentes heredofamiliares (antecedentes personales no patológicos) y la enfermedad, y este define la trayectoria hacia este “destino”, a lo largo del desarrollo se permea de actitudes, valores, tendencias y formas vitales que caracterizan los modos de vida, estos comportamientos pueden influir negativa o positivamente en la salud, en corto plazo el sujeto puede incidir en enfermedades agudas y posteriormente conforme cuide sus hábitos alimenticios, horas de sueño, higiene personal, regularice sus emociones entre otros factores, podrá gozar de una buena calidad de vida, por el contrario de no hacerlo, es propenso a desarrollar enfermedades crónicas. Este estudio abordara la influencia de los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés como factores relacionados con la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda (ERA), como se ha visto en la literatura, el estrés surge como un cambio fisiológico en respuesta adaptativa para hacer frente a estímulos externos que a juicio del sujeto pueda o no manejarlo con los recursos que cuente, de este punto se desglosará la influencia de cada una de estas variables para el desarrollo de una ERA. Este estudio tuvo una metodología mixta, en la primera fase se realizó un muestreo no probabilístico a 239 estudiantes universitarios de la Licenciatura en Psicología

en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en San Agustín Tlaxiaca, con un rango de edad de 18 a 35 años, se utilizó una historia clínica, con respuestas ordinales, nominales y abiertas, también se utilizó el Inventario de Calidad de Vida (INCAVISA) y el Perfil de Estrés para hacer las mediciones de los estilos de vida y estrés de los sujetos. En la segunda fase de este estudio se utilizaron los mismos instrumentos sólo que el tipo de respuesta en la historia clínica cambió a respuestas abiertas, la aplicación se realizó a 4 integrantes de una familia, 2 de los sujetos pertenecientes a una generación de 45 a 60 años y los otros de 20 a 35 años, ambas generaciones con alta incidencia de ERA. Los resultados muestran una alta frecuencia de padecimientos como Rinorrea, Tos, Dolor de Tórax y Sibilancias, tanto en los estudiantes como en la familia, la Rinofaringitis Aguda tiene mayor presencia con las personas que no se vacunaron contra la influenza en el año anterior a la aplicación de este estudio, más del 60% de los estudiantes que tenían una mascota también enfermaron durante el año, en los resultados finales, se observó que la mayoría de los sujetos con una ERA y una ERC transitaban por un evento disruptivo y reportaban niveles altos de estrés durante la evaluación y un bajo apego a los hábitos de salud, siendo Faringitis la ERA con mayor presencia.

Palabras clave: enfermedad respiratoria, estrés, estilos de vida, antecedentes heredofamiliares.

Abstract

The family hereditary antecedents mark a genetic sequence in the development of people, such as the burden of diseases, chronic diseases and allergies, among these concepts it traces the possible quality of life that the subject will have, this is heard almost like a destiny already written even before birth, but all this can change and it must be said because without the interaction with the variables of the development of these diseases, or this "destiny" would not be fulfilled, these variables are found in the environment that possibly caused the disease now established in the genetic map if we see it from a reductionist perspective, we tend to live with these variables in everyday life and right here it becomes a lifestyle, the behavior sometimes learned in culture and other times acquired without knowing other possibilities, becomes the link between family history (non-pathological personal history) and disease, and this defines the trajectory towards this "destination", throughout development is permeated with attitudes, values, tendencies and vital forms that characterize the ways of life, these behaviors can negatively or positively influence health, in the short term the subject can influence acute illnesses and later as you take care of your eating habits, sleep hours, personal hygiene, regularize your emotions, among other factors, you will be able to enjoy a good quality of life, on the contrary, if you do not, you are prone to developing chronic diseases, this study will address the influence of family history, lifestyles and stress as factors related to the acquisition of an acute respiratory disease (ARD), as seen in the literature, stress arises as a physiological change in adaptive response to cope with stimuli that in the judgment of the subject may or may not handle it with the resources available, from this point the influence of each of these variables for the development of an ERA. This study had a mixed methodology, in the first phase a non-probabilistic sampling was carried out on 239 university students of the Bachelor's Degree in Psychology at the Autonomous University of the State of Hidalgo in San Agustín Tlaxiaca, with an age range of 18 to 35 years, A clinical history was used, with ordinal, nominal and open responses, the Quality of Life Inventory (INCAVISA)

and the Stress Profile were also used to measure the life styles and stress of the subjects. In the second phase of this study, the same instruments were used, except that the type of response in the clinical history changed to open responses, the application was made to 4 members of a family, 2 of the subjects belonging to a generation of 45 to 60 years and the others from 20 to 35 years, both generations with a high incidence of ARD. The results show a high frequency of diseases such as Rhinorrhea, Cough, Chest Pain and Wheezing, both in students and in the family, Acute Rhinopharyngitis has a greater presence with people who were not vaccinated against influenza in the year prior to the application of this study, more than 60% of the students who had a pet also became ill during the year, in the final results, it was observed that most of the subjects with an ARD and a CKD were going through a disruptive event and reported high levels of stress during the evaluation and a low adherence to health habits, being Pharyngitis the ARD with the greatest presence.

Key words: respiratory disease, stress, lifestyles, hereditary family history.

Introducción

Las enfermedades respiratorias agudas o también conocidas como infecciones respiratorias agudas son causa de principal morbilidad en todo el mundo, afectan principalmente a menores y ancianos, tales infecciones son de origen mixto, pueden ser causadas por virus y bacterias con alto nivel de contagio y rápida dispersión, si bien es entendido que las modalidades de transmisión han ido evolucionando el modo primario son las gotitas de saliva, en México se constituye un problema prioritario en la salud por su continua presencia dentro de las diez principales causas de defunción en distintos grupos de edad (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

La mayoría de las personas pueden reducir el riesgo de presentar una enfermedad llevando estilos de vida saludables, pero los antecedentes heredofamiliares pueden ser la mayor influencia de riesgo en el desarrollo de afecciones cardíacas, diabetes, infartos y más, nadie puede cambiar su mapa genético, pero puede reducir el riesgo de desarrollar enfermedades o problemas de salud (National Center for Biotechnology Information [NCBI], 2008).

El estrés por otra parte refleja el efecto de estímulos negativos que alteran la homeostasis del organismo, pero esto se vuelve una constante que perturba los sistemas; nervioso autónomo, endocrino e inmune, dando como resultado un aumento de susceptibilidad y evolución de enfermedades infecciosas retrasando la producción de anticuerpos y suprimiendo la actividad de células asesinas naturales, linfocitos T citotóxicos y macrófagos ante la exposición de un agente infeccioso en el organismo (González-Gómez y Escobar, 2006).

En este sentido el objetivo de esta investigación fue realizar un estudio de metodología mixta para Identificar si existe una relación entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria, a través del modelo DESPLIX. Con respecto a la estructura, se encuentra conformada por 3 capítulos en el marco

teórico, el primero denominado “Salud respiratoria y antecedentes heredofamiliares”, el segundo tiene por nombre “Estilos de vida” y por último el capítulo tres “Estrés y su impacto en la salud”.

Capítulo I. Salud Respiratoria y Antecedentes Heredofamiliares

1.1 Salud Respiratoria

La prevención y el manejo de las enfermedades respiratorias en sus diversas etapas conforman la salud respiratoria, la promoción del cuidado depende en gran medida de la comprensión integral del funcionamiento e interacción del individuo entre los múltiples elementos en el ambiente; iniciamos explicando el proceso de combustión entre principal órgano del aparato respiratorio, el pulmón, el cual provee de oxígeno y está en constante contacto con los gases externos con cada respiración, los filtros que ayudan a limpiar el aire se encuentran en las vías aéreas; nariz, laringe, faringe, tráquea y el árbol bronquial, son los encargados de limpiar y calentar el aire que aspiramos, la congestión de alguno de ellos impide filtrar el aire y por lo tanto la consecuencia es enfermarse (Enarson et al., 2001).

Según el Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales [FSRI] (2017, p 9) “Mundialmente, al menos dos mil millones de personas están expuestas al humo tóxico del combustible de biomasa típicamente quemado de manera ineficiente en fogones de interiores mal ventilados”. El término Promoción de la Salud fue usado por primera vez en 1945 por Henry Sigerist quien definió las 4 principales tareas de la medicina a lo cual se traslada a los niveles de atención: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, restablecimiento del paciente y rehabilitación (Torres-Lebrato et al., 2018).

Proceso Salud-Enfermedad e Historia Natural de una Enfermedad

El término salud ha tenido diferentes interpretaciones desde su concepción en la carta constitucional de la OMS en 1926, las distintas explicaciones subjetivas del buen uso de la palabra “salud” se ha visto mayormente influenciada por el contexto y conocimiento del estado físico del individuo, en 1981 Hernán San Martín definió la salud como “un estado fisiológico de equilibrio y adaptación de todas las potencialidades humanas (biológicas, psicológicas y sociales)

frente a su ambiente”, una persona que ha llegado a concebir un estado óptimo para desempeñarse de acuerdo sus condiciones dando como resultado adaptarse a su medio se considera una persona con salud, ya que el proceso de adaptación se involucran determinantes sociales, biológicos, genéticos y ecológicos (Ver figura 1) (Salas-Fernández y Castañeda-Prado, 2018).

Figura 1

Diagrama de las Determinantes Sociales de la Salud

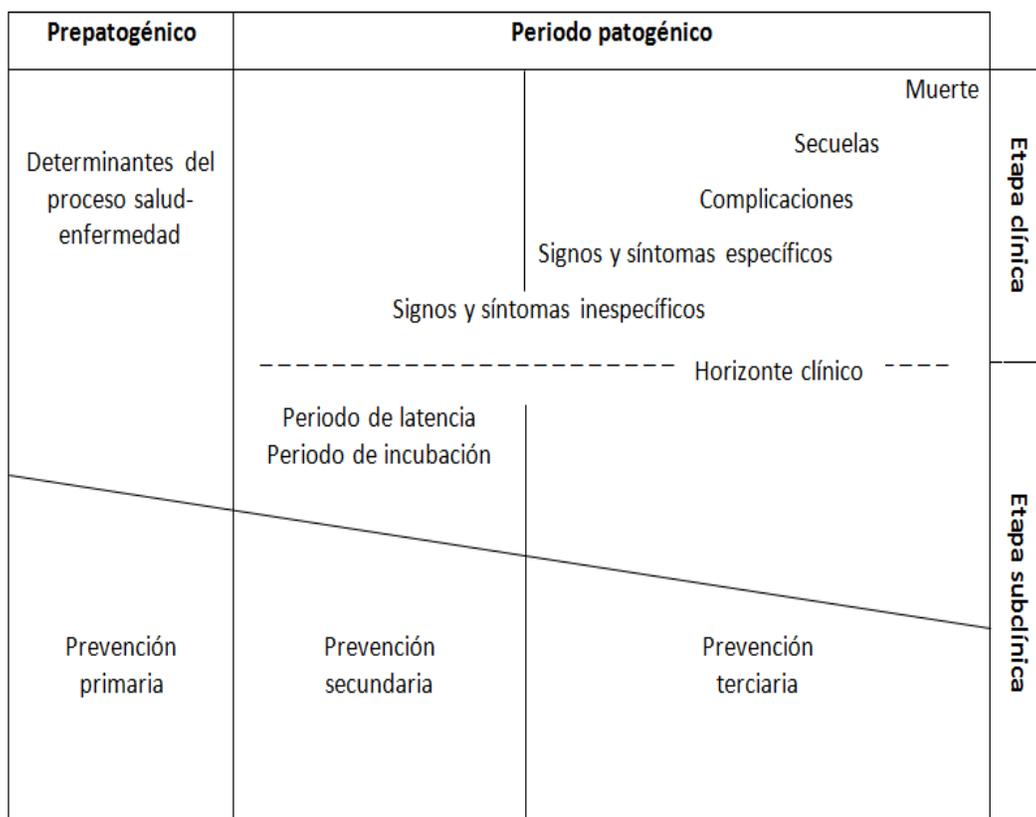


Nota: Adaptado de “Salud y enfermedad. Salud Pública y Medicina Preventiva” por Salas-Fernández y Castañeda-Prado, p.32, 2018. El Manual Moderno.

De acuerdo con Leavell y Clark en 1965 (como se citó en Salas-Fernández y Castañeda-Prado, 2018) la prevención de un trastorno se delimita en dos fases que tratan de contrarrestar el proceso salud-enfermedad (Ver figura 2):

- Prepatogénica: en esta etapa aún no se manifiestan síntomas o signos que describan alguna enfermedad, tampoco hay cambios celulares y el equilibrio en la salud aún se conserva.

- Patogénica: Inician cambios graduales en el huésped en que los síntomas y signos empiezan a notarse en pequeña medida, en semanas, meses o incluso años en que la molestia no amerita la visita primaria. Esta etapa se puede dividir en dos periodos:
 - Periodo subclínico: Se tratan de incubar las alteraciones celulares, bioquímicas y fisiológicas en el huésped para que la enfermedad no pase a la prevención en tercer nivel.
 - Periodo clínico: Comienzan los cambios celulares y ya hay presencia de signos y síntomas en donde la enfermedad se vuelve progresivamente agresiva contra el huésped. Esta etapa se vuelve crucial para el huésped ya que si la detección se hace en tiempo oportuno se puede alcanzar la recuperación, pero si no las intervenciones en segundo nivel se limitan y el huésped pasa a intervenciones de tercer nivel en que la enfermedad se vuelve crónica o puede llevar al paciente a la muerte.

Figura 2*Historia Natural de la Enfermedad*

Nota: Adaptado “Salud y enfermedad. Salud Pública y Medicina Preventiva” por Salas-Fernández y Castañeda-Prado, p. 36, 2018. El Manual Moderno.

1.2 Enfermedad respiratoria

Según la OMS (2019), las enfermedades respiratorias afectan las vías aéreas, nasales, pulmones y bronquios, incluyen infecciones agudas como bronquitis y neumonía hasta enfermedades crónicas como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma.

En un estudio elaborado en La Habana, Cuba con el objetivo de identificar relaciones entre variables atmosféricas, contaminantes atmosféricos y consultas por enfermedades

respiratorias agudas y asma, se sacaron las medias de los contaminantes más predominantes en la región; dióxido de nitrógeno, dióxido de azufre y partículas en suspensión para averiguar si había una correlación donde a mayor contaminantes mayores incidencias, también influyó la temperatura atmosférica y la velocidad del viento, para esto se monitorearon 2 hospitales de la zona, los resultados concluyeron en que las concentraciones anuales de dióxido de nitrógeno y dióxido de azufre estaban muy por debajo de las admisibles en la norma sanitaria del país, influyó la baja temperatura para el incremento de consultas por crisis agudas de asma bronquial, lo más destacable en el análisis fue la alta concentración de partículas y las consultas en niños y adultos por enfermedades respiratorias agudas (Molina-Esquivel et al., 2001).

Enfermedades respiratorias transmisibles

Las enfermedades respiratorias agudas (ERA) o también llamadas infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen un grupo complejo y heterogéneo de enfermedades ocasionadas por un gran número de agentes causales que afectan algún punto de las vías respiratorias. Representan para todos los países un importante problema de salud tanto por sus grandes cifras de morbilidad como por su vigente mortalidad, a todo lo cual contribuyen las dificultades inherentes a la implementación de programas eficaces para su prevención y control (Secretaría de Salud, 2013). Entre ellas están:

Infecciones Respiratorias Altas

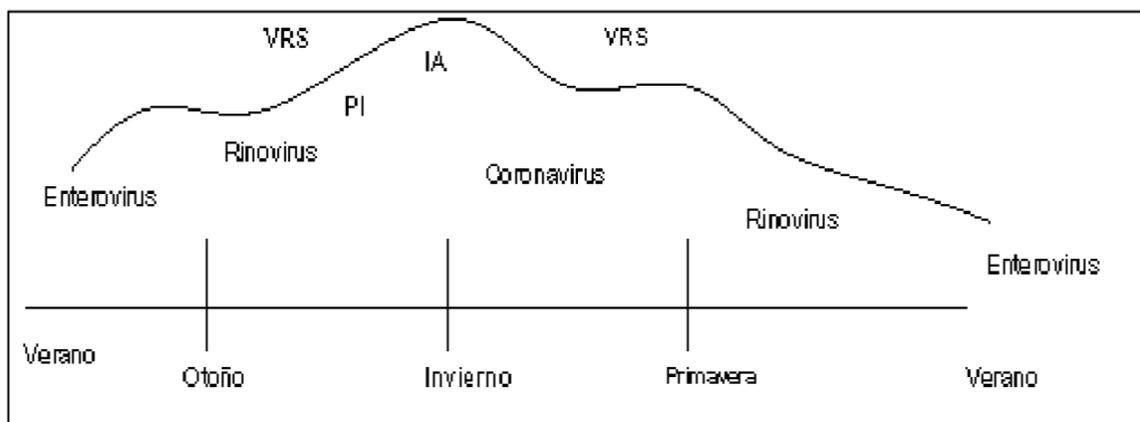
De acuerdo con Macedo y Mateos (2006) estas son infecciones que afectan la tráquea, nasofaringe, oído, laringe, senos paranasales y orofaringe, también debe considerarse que la mucosidad del tracto respiratorio superior continua al inferior y por lo tanto puede evolucionar la infección.

Rinitis (Resfriado Común).

Consiste en la inflamación de la mucosa nasal, es una de las infecciones más frecuentes y puede ser causada por muchos virus y diferentes entre sus clases, a pesar de su frecuencia no existen medidas preventivas específicas para los agentes etiológicos, los virus con más frecuencia son; Rinovirus, Parainfluenza, Coronavirus, Adenovirus, entre los menos frecuentes están; el Virus Respiratorio Sincicial y Enterovirus (Ver figura 3). Respecto con la forma de adquisición esta es por vía respiratoria, el virus se extiende por el contacto directo con esta sustancia específica, ya sea con secreciones infectadas, de mano a mano a través de fómites (objetos carentes de vida) y posteriormente se mantienen inoculados en la mucosa conjuntival o nasal, la mucosa oral es una cavidad menos efectiva para su inoculación, esta infección suele ocurrir en los meses fríos del año, por ello se cree que con las bajas temperaturas las personas buscan lugares cerrados y con el hacinamiento la diseminación del virus es más fácil. El periodo de incubación suele ser de uno a cuatro días, al paso del tercer y cuarto día la eliminación es casi total y para el quinto desaparece. Las manifestaciones clínicas dependen del tipo de agente, el contacto que tuvo, los agentes antigénicos y el estado inmunológico del huésped, los síntomas y signos suelen ser el aumento de secreciones mucosas como el escurrimiento nasal u obstrucción, inflamación de las mucosas, estornudo, dolor al tragar, congestión conjuntival y los síntomas sistémicos como la fiebre, cefaleas, afonía, mialgias y tos seca también se pueden presentar.

Figura 3

Distribución Estacional de Virus Respiratorios



Nota: Distribución estacional de virus respiratorios. “Infecciones respiratorias. Temas de bacteriología y virología médica” por Macedo y Mateos, 2006.

Faringitis y Amigdalitis.

Faringitis Viral

Al igual que la rinitis su origen es viral, pero puede ser bacteriana y puede presentarse en el curso de otra infección, entre las variantes de la faringitis viral se encuentra:

- Fiebre faringoconjuntival: el virus etiológico es el Adenovirus, es más severo que el resfriado común, se manifiesta con malestar general, cefaleas, mareos, odinofagia, mialgias, escalofríos, fiebre alta y exudado faríngeo purulento, este último consiste en frotar un hisopo en la zona posterior de la lengua, un color amarillento o capas blancas pueden notarse, también puede existir conjuntivitis, pero esta solo afecta a un tercio de los casos.
- Faringitis herpética: trata de una infección en primer grado de Herpes simplex, que bien se trata como una faringitis aguda, las vesículas y úlceras planas en el paladar son signos característicos.

- Herpangina: es causado por el virus Coxsackie, presenta pequeñas vesículas en la úvula, paladar blanco, y pilares anteriores de la faringe, de las cuales pueden convertirse en úlceras blancas.
- Mononucleosis infecciosa: la etiología es por el virus Citomegalovirus en la mitad de los casos se presenta, fiebre alta, fatiga, odinofagia, adenopatías periféricas y esplenomegalia.

Faringitis Bacteriana.

El nombre de la principal bacteria es Streptococcus betahemolítico del grupo A, otros agentes bacterianos son de los grupos C, G y F de fancefield, existen también agentes con menor frecuencia que son; Neisseria gonorrhoeae, Arcanobacterium hemolyticus, Neisseria gonorrhoeae, Corynebacterium ulcerans y Micoplasma pneumoniae, como se vio anteriormente cada una de las infecciones tiene un pico que es el aumento de casos en una estación del año, el de esta es en otoño e invierno, el grupo etario de mayor frecuencia y condiciones de riesgo es de 5 a 15 años y la transmisión es por contacto directo de persona a persona, el periodo de incubación es de dos a cuatro días, las manifestaciones clínicas son, dolor de garganta, cabeza, malestar general y fiebre, en los niños los síntomas son severos, en ellos las náuseas, vómitos y dolor abdominal es más frecuente, los signos más significativos es hinchazón y enrojecimiento, hiperplasia linfoide en la parte trasera de la faringe, al igual que la amígdala, manchas blancas e hinchazón cervical.

Infecciones Respiratorias Bajas

Laringotraqueobronquitis Aguda.

Es una infección viral la cual se ubica en la zona alta y baja, está vinculada con la edad, es también llamada CRUP, la cual deriva del vocablo escocés “ruop”, que significa “gritar con

voz chillona”, se produce una inflamación en área subglótica y se desarrolla en un cuadro cuyas características se asocian a la disnea y estridor.

Se presenta con mayor frecuencia en la infancia y esta representa un 15% de las ERA en los infantes, esta tiene una mayor presencia en el sexo masculino, la infección viral compromete la zona respiratoria superior como los conductos nasales, nasofaringe y después se propaga por la vía canicular descendente y que afecta todas las zonas del aparato respiratorio.

Bronquitis Aguda

Este trastorno suele aparecer en el invierno, es de origen viral consiste en la inflamación traqueobronquial, es probable que la severidad aumente con la exposición al cigarrillo y otros contaminantes en el ambiente, algunos estudios epidemiológicos en el tema indican que presentar este trastorno tiene un papel importante en el desarrollo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), las primeras señales de padecimiento es la presencia de tos seca, expectoración, sibilancias y los adultos suelen presentar fiebre.

Bronquiolitis

Es una enfermedad con una aparición en los primeros dos años de vida, tiene presencia en el tracto respiratorio inferior, al igual que el anterior trastorno este aparece en invierno con un declive en primavera, tiene una mayor tasa de incidencia entre los 2 y 10 meses de vida y es más frecuente en varones, con un especial ingreso cuando hay un factor de riesgo como en madres adolescentes, hacinamientos y el número de hermanos. Al inicio es común la presencia de tos, rinitis, también es común la fiebre, pero leve, poco a poco las afectaciones en el tracto respiratorio inferior aumentan, la irritabilidad, tos silbante, obstrucciones, aleteo nasal y las somnolencias.

Neumonía Aguda

En una enfermedad inflamatoria en el tejido esencial del pulmón, de origen infecciosa la cual puede ser causada por hongos, bacterias, parásitos e incluso virus, tiene una mayor incidencia en las edades extremas de la vida en los que hay mayores consecuencias y más graves. El desarrollo de esta enfermedad implica un defecto importante en las defensas del huésped, se obtiene por medio de la vía canicular descendiente por micro aspiraciones del material aerolizado.

De acuerdo a Fernández (2011) con la “Guía de Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas” proporcionada por el gobierno de Argentina en la segunda década del año 2000, dice que las IRA son causadas por bacterias y virus, tienen una evolución menor a 15 días, enfermedades como la rinorrea, odinofagia, obstrucción nasal, disfonía o dificultad para respirar tienen una manifestación relacionada con el aparato respiratorio, aunque a veces puede no presentarse fiebre, la rinitis, otitis y faringitis son los cuadros más frecuentes y la mayoría de los mismos suelen ser de origen viral, algunas infecciones respiratorias pueden presentarse clínicamente de diversas formas:

- Puede presentarse de forma similar a la gripe a lo cual se le denomina como Enfermedad Tipo Influenza (ETI)
- Con manifestaciones clínicas severas donde se requiere una hospitalización y ejemplo de esto es la bronquitis y neumonía, a estos cuadros se les denomina Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG)
- Una condición especial se haya en pacientes de entre 5 y 64 años que enferman repentinamente previamente sanos, estos casos tienen que ser cuidadosamente observados, a esta clasificación se denomina IRAG Inusitada (IRAGI)

En marzo del 2009 en México hasta junio del mismo año la Organización Mundial de la Salud informó 6,225 casos confirmados del virus A H1N1 de origen porcino el cual causó una

pandemia que se extendió a 73 países, en diciembre del mismo año se señalaron 66, 323 afectados y 713 defunciones en el último informe oficial en México, el Instituto de Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) hizo una revisión retrospectiva en expedientes de 36 niños con este diagnóstico, la edad oscilaba entre 1 y 14 años, se agruparon las variables como la edad, sexo, procedencia, días de evolución previas a la consulta, esquema de vacunación, estancia en terapia intensiva, signos, síntomas, resultados de laboratorio, patrones radiológicos y comorbilidades, la recolección de datos se capturó en el programa SPSS versión 17. Los días que transcurrieron desde que se adquirió la enfermedad hasta cuando se acudió al servicio de urgencias fueron de 1 a 9, el 16.7 % tenía antecedentes de contacto con el virus, además, el 33% de los niños se había vacunado contra la influenza estacional en el periodo 2008-2009, seis de los pacientes requirieron tratamiento en terapia intensiva, cinco recibieron ventilación mecánica y tres de ellos perdieron la vida. Hubo comorbilidades entre obesidad y asma además que presentaron dificultad respiratoria, fiebre mayor a 38°, un factor importante en la muerte de dos de los niños fue el diagnóstico tardado y no tenían antecedentes patológicos, en el último niño los factores fueron variados y todos contribuyeron para su muerte, entre ellos: retraso del neurodesarrollo, desnutrición, neumopatía y apnea Garrido et al. (2010).

Por otra parte, Unahalekhaka (2014) menciona los factores que influyen en el desenlace e incidencia de las infecciones, como las siguientes:

- Condiciones del medio ambiente; ejemplo de esto son la humedad, contaminantes atmosféricos, la estación, hacinamiento de los hogares, la humedad y la temperatura
- Atención médica; disponibilidad y eficiencia de la misma, al igual que las medidas de prevención y control de las infecciones para contener la propagación, como el acceso a establecimientos sanitarios, vacunas y capacidades de aislamiento

- Condiciones del huésped; influye su edad, si tiene alguna adicción inhalatoria, estado nutricional e inmunitario, capacidad de transmitir la infección, la prevalencia o infecciones anteriores que son concurrentes por agentes patógenos distintos y trastornos médicos
- Características del agente patógeno; el modo que se transmite, virulencia (genes que codifican toxinas), transmisibilidad y carga microbiana (tamaño del inóculo)

Han existido nuevas infecciones agudas que repercuten gravemente en la salud pública, tales factores se han asociado a:

- Efectos de las nuevas tecnologías
- Aumento de viajes y comercio internacional
- Adaptación y cambios de los microorganismos
- Modificación demográfica y comportamiento humano
- Desarrollo económico y aprovechamiento de la tierra
- Aplicaciones deficientes de las medidas de salud pública
- Compartir el ambiente con animales de casa o salvajes, incluida las especies voladoras

El comienzo del siglo XXI trajo consigo la evolución de enfermedades e infecciones transmisibles y oncológicas de las cuales el número de casos ha ido en aumento, uno de estos casos es el nuevo coronavirus (COVID-19) de lo que es oportuno entender que este tipo de virus se desglosa de una extensa familia que afecta tanto a animales como humanos, varios de estos agentes causan enfermedades respiratorias y pueden ir desde un resfriado común hasta un grave síndrome incapacitante, su primera aparición fue el 1 de diciembre del año 2019 en la ciudad de Wuhan, capital de la provincia de Hubei, China central, este virus produce síntomas similares a los de la gripe como; fiebre, disnea, tos, fatiga y mialgia, también se ha observado que produce una pérdida rápida del olfato y gusto, en algunos casos graves suele producir neumonía, síndrome de dificultad respiratoria aguda y choque séptico en que llega a conducir

una tasa de muerte del 6.08% por infectados. La rápida expansión de este virus hizo que la Organización Mundial de la Salud declarara una emergencia sanitaria el 30 de enero del 2020 y para el 11 de marzo se declarara como como pandemia (Pérez-Abreu et al., 2020).

A medida que la pandemia se extendía por todo el mundo, la incertidumbre, miedo y preocupación por este virus incrementaba considerablemente y en algunos grupos particulares se acentuaba aún más como en: adultos mayores, personal de salud y personas con afecciones similares, la pandemia cambió la vida de muchas personas y en especial sus hábitos y estilos de vida, por otro lado el exceso de información se convirtió en un estresor continuo que causaba ansiedad, miedo, tristeza y soledad por lo que los intentos de manejar la situación fue transmitir información clara y práctica en relación con las medidas preventivas, sin embargo la información fue insuficiente en los efectos que tendría en el plano psicosocial, por las indicaciones del sector salud, de las que consistía el distanciamiento social, cuarentena y aislamiento, los problemas exacerbados por esta enfermedad podían aumentar el riesgo de suicidio para algunos pacientes, en especial de adultos mayores, “un paciente ilustró el costo psicológico de los síntomas del COVID-19 cuando le dijo a su médico: Siento que (usted) me envió a casa a morir”, la realidad y peligro de las principales teorías del suicidio enfatizaban el papel clave de las conexiones sociales; las personas que transitan por ideas suicidas pueden carecer de conexiones sociales y los pensamientos y comportamientos suicidas están asociados con el aislamiento social y soledad (Hernández-Rodríguez, 2020).

Enfermedades Respiratorias no Transmisibles

Las enfermedades respiratorias no transmisibles principalmente crónicas afectan las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón, entre las más frecuentes encontramos al asma, la EPOC, alergias respiratorias, enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar (Secretaría de Salud, 2013).

En América y en países de bajos o medianos ingresos, 28 millones de personas mueren por enfermedades no transmisibles situándose como las principales causas de muerte, en 2008 a 2012 se elaboró un conteo basado en el diagnóstico de CIE-10 en las Instituciones de Salud Pública en Colombia para determinar la prevalencia, las enfermedades respiratorias no transmisibles ocupan el cuarto lugar, las variables del sexo, edad y nivel educativo surgieron como dato característico ya que más de la mitad de las defunciones fueron hombres no mayores a 58 años con un nivel educativo bajo (Martínez, 2012).

1.2 Definición de Antecedentes Heredofamiliares

Por otro lado a diferencia de las enfermedades respiratorias agudas con un antígeno viral o bacteriano, los antecedentes heredofamiliares contienen genes específicos propios de una línea consanguínea, de los cuales ya hay una carga positiva o negativa para el desarrollo de enfermedades crónicas; en ellos encontramos unidades de almacenamiento de información de la familia, tales como el color de cabello, de ojos, la complexión delgada o robusta que puede verse en los integrantes y así como se desarrolla un rasgo específico y característico en cada miembro también se desarrollan dichas enfermedades, en donde el medio ambiente, las costumbres y estilos de vida influyen en el desarrollo de todas las probabilidades (NCBI, 2008).

Dicho esto algunas variables pueden ser un factor importante para el desarrollo de una enfermedad, por ejemplo, tener un familiar de primer grado (hermano, hermana, padre o madre) con alguna enfermedad predominante puede potencializar su transmisión de acuerdo a su edad, es decir, cuando un hijo se enferma es más probable que su hermano se enferme, la concordancia al momento de presentar la sintomatología se empareja con la línea consanguínea de los padres, ya que su composición biológica es similar y al estar inmerso en las mismas condiciones las probabilidades aumentan, la maduración biológica de un padre puede ser una representación de la calidad de vida y salud que su hijo o hija tendrá a su edad (Sande et al., 2001).

Preza (S/F) menciona la gran importancia del uso de la historia clínica la cual respalda su uso en la NOM-024-SSA3-2012 la cual tiene una metodología sistémica para la información que ayuda a proporcionar una atención de calidad al paciente y de ella se sustenta o refuta lo siguiente; diagnóstico clínico, el estado de salud o enfermedad, los problemas a resolver, las etapas en la resolución y monitoreo de la evolución en la enfermedad, de una forma más detallada describe los hallazgos semiológicos como las manifestaciones de la enfermedad e interpretación de los signos y síntomas. En el orden de los antecedentes heredofamiliares el clínico tiene la facilidad de asignar y catalogar las enfermedades que tuvieron o padecen los familiares del paciente o entrevistado, entre las enfermedades personales patológicas están; las infectocontagiosas (sarampión, varicela, rubeola, amibiasis, giardiasis, cisticercosis, uncinarias, taeniasis), crónica degenerativa (obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, etc), traumatológicos (esguinces, fracturas óseas, luxaciones), alérgicos (alimentos, medicamentos, objetos, etc), quirúrgicos (operaciones, complicaciones, resultados), transfusiones (motivo, cantidad, reacción, tipo de componente), toxicomanías (hábitos de consumo, tiempo, fecha de inicio, si lo ha dejado). Por otro lado, en los antecedentes personales no patológicos se ahonda en información del sujeto como: la vivienda (tipo rural o urbana, tipo de servicios, personas que habitan y numero de dormitorios), higiene (baño, cepillado dental, lavado de manos, y cambio de ropa), dieta (número de comidas al día, horarios, contenido proteico, vitamínico, carbohidratico, fibroso y graso) y zoonosis (convivencia con animales y mascotas, además de su naturaleza habitual).

Antecedentes Personales Patológicos Asociados a Enfermedades Respiratorias

Como se mencionaba en los anteriores párrafos, existe ya una parte escrita del proceso vital en los genes, aunque se nace con una predisposición genética, parte es aprendida y esta es la parte que se puede transformar, los hábitos y costumbres suelen ser condicionados desde afuera o eso es lo que se cree, sin embargo los patrones familiares silenciosamente van moldeando la estructura y dinámica del proceso biológico, salir de la inercia no es fácil y conlleva un gran esfuerzo, ser más conscientes, prestar atención, afrontarlo y sobre todo tener la disposición de hacerlo es el comienzo de la modificación que puede trascender y evolucionar en una generación distinta al patrón hereditario (Torres, 2013). Consiste en precisar el evento en el cual se desarrolla la enfermedad, si transcurre por crisis, periodos o sigue una línea progresiva. Hace énfasis en cada etapa de la vida, comienza en la infancia, la enfermedad más persistente en los primeros años, e incluso las enfermedades que no se presentaron también se toman en cuenta como el sarampión y la viruela. Las visitas de chequeo al médico y las medidas sanitarias forman parte de las enfermedades médicas, la información en cada cita es importante. Las alergias también son un factor que influyen la medicación y condiciones de vida (Campa, 2014).

Es importante elaborar una anamnesis concreta ya que muchas veces el paciente no menciona cosas que no se le han preguntado, hacer subregistros de diagnósticos que ha tenido ayuda a mejorar el tratamiento y también sirve para identificar conductas de riesgo, hacer reconocimiento en el paciente y ofrecer un seguimiento (Grettchen-Flores, 2014).

Antecedentes Personales no Patológicos Asociados a Enfermedades Respiratorias

A diferencia de los anteriores antecedentes, se enfoca en los hábitos alimenticios: tipo de alimento, cantidad y tiempo que transcurre entre comidas; la vivienda: la zona en que vive, el material con la cual está hecha, los hábitos de limpieza, el número de cuartos y los servicios que hay en ella; hábitos higiénicos: número de veces que se bañan los miembros de la vivienda en cada semana, las veces que se lavan los dientes y el tiempo que transcurre en el cambio de

sábanas; hábitos recreativos: si los miembros realizan algún deporte o ejercicio y las horas que duerme cada uno; el último hábito que se toma en cuenta son las inmunizaciones: las vacunas y medidas preventivas para no adquirir una enfermedad transitoria (Campa, 2014).

Los hábitos no saludables como la ingesta de bebidas alcohólicas, tabaquismo y uso de drogas hace que se maximicen las posibilidades de contraer una enfermedad asociada a la prevalente en los integrantes de la familia, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias, y los distintos tipos de cáncer (Grettchen-Flores, 2014). Como se observó en este capítulo, tanto las enfermedades crónicas y agudas tienen una secuencia de transmisión, en el caso de las enfermedades crónicas es por medio de los genes, mientras que las enfermedades agudas son por un antígeno en el ambiente, en ambas la conducta es el medio constante de desarrollo, el cual nos centraremos y abordaremos en el siguiente capítulo.

Capítulo II: Estilos de vida

Los estilos de vida son:

“Entendidos como el conjunto de los comportamientos, actitudes, tendencias, valores y formas vitales que caracterizan el modo de vida de las personas en relación con su ambiente y que inciden positiva o negativamente en la promoción de su salud” (Biddle, et al., 2009; y Beunza, et al., 2010; entre otros como se citó en Ortega, 2014, p. 541).

Los estilos de vida comparten todos los ámbitos de la persona, contruidos por patrones de conducta relacionados con la salud, también se hace una distinción entre sexos, por labores y actividades que se asocian y se predisponen al constante contacto con un estilo de vida (García-Laguna et al., 2012).

De acuerdo a Lalonde (1974), la salud se encuentra determinada por cuatro factores: medio ambiente, sistema sanitario, herencia biológica y estilos de vida, siendo este último (43%) del que dependerá nuestra longevidad. Entre los factores que determinan la salud se destacan: 1) conductuales: hábitos alimenticios y actividad física, 2) personales: capacidad de razonamiento, inteligencia y genes, 3) entorno físico: contaminación ambiental, radiación solar y exposición constante a gases tóxicos, 4) sociales: inclusión y apoyo social, y 5) económicos: acceso de capital (Ortega, 2014). El estilo de vida parte de una construcción moldeada por la familia, la educación y la sociedad (Guerrero-Montoya y León-Salazar, 2009).

En 2010, se realizó un estudio transversal a 1629 personas con edades de 15 a 74 años de edad todos residentes de Cuba, para determinar si los estilos de vida no saludables propiciaban enfermedades no transmisibles, entre las variables que se tomaron para el estudio estaban el consumo de tabaco, alcohol, hábitos alimentarios y actividad física, las primeras dos variables se tomaron en cuenta por su alta incidencia de mortalidad en países industrializados; mediante un muestreo por conglomerados polietápicos se obtuvo a los participantes de los cuales

se conformaron 12 grupos por edades y sexos, cada aplicador tenía una formación profesional en el sector salud, se halló una disminución de prevalencia de tabaquismo, pero en los masculinos hay una diferencia significativa de consumo, en cuanto a la ingesta de bebidas alcohólicas hubo un porcentaje más alto de personas dependientes, en los hábitos alimentarios hay un bajo consumo de frutas y verduras, al igual una baja actividad física (Gómez et al., 2013).

2.1 Primeras Aportaciones al Concepto de Estilo de Vida

Según Gómez-Arqués (2005), las primeras aportaciones se situaron a finales del siglo XIX e inicios del XX, el concepto tiene sus orígenes a finales del siglo XIX con las aportaciones de filósofos y sociólogos como Karl Marx y Max Weber, quienes enfatizaron los determinantes sociales de su adopción y mantenimiento, Marx asociaba el concepto y decía que el estilo con el cual vivía el sujeto estaba permeado por las condiciones socioeconómicas y recursos con los cuales contaba, mientras que Weber trató de ampliar el uso del término y mencionaba que el estilo de vida se construye por dos elementos; el primero es la conducta vital, definida como las elecciones que hace el individuo, y la segunda son las oportunidades vitales que se definen como las probabilidades de realizar esas elecciones de acuerdo a la posición socioeconómica del individuo, Alfred Adler, uno de los discípulos de Sigmund Freud, hablaba del estilo de vida como un constructo resultado de la personalidad del sujeto, que en él se integraba su estructura, conflictos, demandas, rasgos internos, dinámicas y su propia forma para afrontar todo ello, se veía al sujeto como un ser individual (usando el término y aludiendo su significado que literal es: lo no dividido) por lo tanto no se estudiaba por áreas sino por todas las atribuciones que representaba y su reacción al ambiente.

El comportamiento y la Prevención de la Enfermedad

De acuerdo a Redondo-Escalante (2004), las variables para una inmunocompetencia en el individuo involucran medidas preventivas de naturaleza social y biomédica, como las siguientes:

El comportamiento constituye el medio constante de contacto directo e indirecto con patógenos nocivos, por lo tanto, modula los efectos biológicos de circunstancias ambientales, ya sea una infección por contacto con objetos, por consumir alimentos en malas condiciones, accidentes o por exposición directa a patógenos que no se perciben. Estos cambios son graduales y el comportamiento depende la participación activa en tratamientos terapéuticos. Desde un punto de vista biomédico se entiende la asistencia de primer nivel como un amplio sistema de inmunización biológica que resguarda a los individuos de contraer infecciones por medio de una acción patógena que contempla a los microorganismos patógenos que propician a la patología.

La disponibilidad de la sociedad se establece como una oportunidad para obtener información precisa de una patología, cómo detectarla oportunamente. Después los individuos tendrán información respecto a los servicios de asistencia médica que podrán acudir en caso de tener sospecha de padecer la patología y finalmente el servicio deberá contar con todos los recursos tanto humanos como instrumentales para proporcionar la atención requerida, en muchas ocasiones es difícil que se presenten todas las pautas para una atención médica eficaz.

Acciones preventivas en asistencia de primer nivel:

- Desarrollo de estilos de vida que reduzcan la vulnerabilidad biológica, aumenten las dietas apropiadas y que le permitan al sujeto adquirir recursos de afrontamiento al estrés.
- Promoción de comportamientos alternativos frente a conductas que ponen en riesgo, sin tener que evitar las circunstancias.

- Adiestramiento en la evitación de accidentes y situaciones que pueden llegar a propiciarse.
- Adquisición de comportamientos que previenen la muerte catastrófica y aumenten las posibilidades de vida.

En la actualidad las determinantes sociales de la salud no se toman en cuenta para la elaboración de políticas públicas y programas, la inequidad crea la mismas oportunidades entre los segmentos de la población y reduce las diferencias de la salud, esta inequidad trasciende por generaciones y se mantiene en la estructura de las instituciones económicas, políticas y sociales, la Organización de las Naciones Unidas ha dicho que el estado de bienestar y salud depende de estas determinantes, la cual define como: “las condiciones en que nacen, crecen, alimentan, viven, educan, trabajan, divierten, envejecen y mueren” respecto a su sexo, edad, actitudes, estilos de vida y conductas de riesgo.

Por otro lado, la Comisión Nacional de Bioética (2015) dice que en 2005 la OMS crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para el acceso de nuevas oportunidades de mejoramiento y asesoría de este tema, en 2008 se presentó el informe final de la Comisión por el profesor Sir Michael Marmot el cual propuso tres recomendaciones generales:

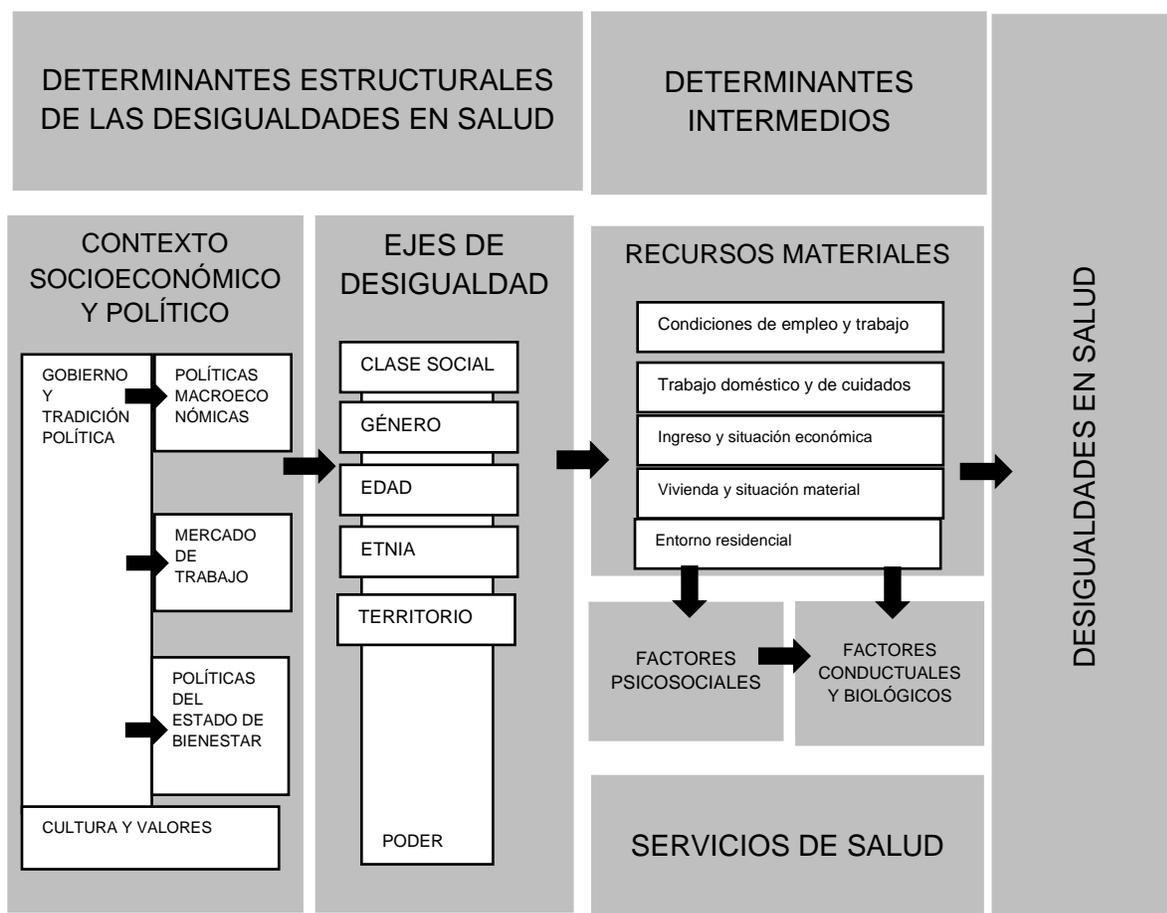
- 1.- Mejorar las condiciones de vida
- 2.- Luchar por una distribución igualitaria de poder, dinero y recursos
- 3.- Medir y analizar el problema

En 2011 se elabora la Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud, la cual establece la actuación contra las determinantes desde un enfoque intersectorial e integral, las intervenciones se implementaron desde un marco conceptual con 2 componentes básicos de las DSS (Ver figura 4):

- 1.- Socio-político y la situación económica como los determinantes estructurales de la inequidad en la salud.
- 2.- Las condiciones materiales, factores biológicos y psicosociales, la cohesión, capital social y el vínculo con los sistemas de salud conformaron los determinantes intermedios o sociales de la salud.

Figura 4

Determinantes Estructurales e Intermedios de la Equidad de Salud



Nota: Adaptado de "Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud en México. Determinantes Sociales de la Salud" por Comisión Nacional de Bioética, 2015. Elaboración propia.

En las determinantes estructurales se acentúan las generaciones de inequidad y desigualdad, en ellos el acceso a la salud, educación, empleo, vivienda y la disponibilidad de recursos de acuerdo a su edad, raza, género, etnia y ubicación geográfica, esto configura su desarrollo y oportunidades que tendrá en su vida, estos afectan directamente en los determinantes intermedios de la salud ya que son los recursos materiales con los que cuentan las personas, de ahí vienen las condiciones de vivienda y las posibilidades de los medios financieros para adquirir vestimenta, alimentos dignos, seguridad, trabajo e ingresos.

2.2 Estilo de Vida y Salud

La OMS en 1946, define la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, el concepto de salud no ha cambiado desde entonces, varios autores han tratado de complementar la definición de salud ya que el concepto que da la OMS se presta a la subjetividad de cada persona, y para éste estudio se tomará la definición de Hernán San Martín escrita en 1981 que define a la salud como “un estado variable fisiológico-ecológico de equilibrio y adaptación de todas las potencialidades humanas (biológicas, psicológicas y sociales) frente a su ambiente” (Salas-Fernández y Castañeda-Prado, 2018, p. 33).

Por otro lado, Barrios (2007) dice que “Estilo de vida saludable, es un patrón de comportamiento consciente, que se aprende mediante la práctica persistente del conocimiento adquirido, para el cultivo de la sabiduría o disfrute de mayor salud y bienestar humano” (Barrios, 2007, p.6, citado en Guerrero-Montoya y León-Salazar, 2009). Un concepto holístico que trataba de hacer observable la globalidad de la cultura por medio de hábitos y estilos particulares, trataba de producir conceptos que a partir de dimensiones materiales y simbólicas para articularlo en sectores macro sociales y grupos intermedios que cuyo comportamiento sea característico de ese sector en especial pues se tenía que delimitar hasta donde un hábito es sano y hasta donde se convierte en enfermedad (Bennassar, 2015).

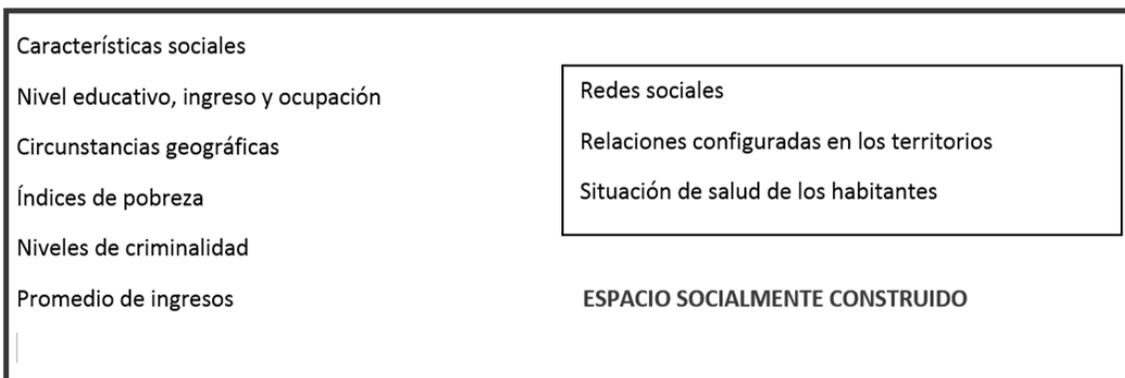
De acuerdo con Cockerham (como se citó en Álvarez, 2012) los estilos de vida son patrones de comportamiento grupales con una influencia cultural considerable, la corriente epidemiológica hegemónica pone énfasis en la acción y decisión respecto a los estilos de vida que se le denomina agencia la cual describe una socialización tanto primaria (con la familia) como secundaria (con grupos sociales) la cual se construye también con experiencias que moldean las decisiones del individuo, aquí existe una dualidad entre la agencia y estructura la cual integra (Ver figura 5);

- Edad: tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.
- Género: creencias, prácticas, comportamientos y atributos que la sociedad asigna en función a la diferencia anatómica entre mujeres y hombres.
- Etnia: personas que pertenecen a una raza, comunidad lingüística y cultura.
- Circunstancias de clase: característica del tiempo, lugar o factor externo que influye en un grupo de personas.
- Colectividad: relaciones particulares vinculadas entre sí por afinidades, ejemplo de esto puede ser la religión el trabajo, valores, profesión entre otros.
- Condiciones de vida: entorno cotidiano de las personas donde viven, trabajan y actúan.

Juntos estos elementos se brindan oportunidades de vida, ya que dan dirección a los hábitos con base en expectativas y aspiraciones.

Figura 5

Interacción de los Estilos de Vida



Nota: Elaboración propia. El estilo de vida y promoción de la salud se enlazan con los hábitos que protegen y mejoran la salud, mientras que en su prevención se modifican las conductas que potencialmente o progresivamente llevan al riesgo de padecer una enfermedad, tomando en cuenta que los hábitos forman parte del desarrollo de la mejora o deterioro del estado óptimo de la salud (Flórez-Alarcón, 2007).

Wong de Liu (2012) menciona cuatro características fundamentales de los estilos de vida saludables:

- Adquirir una naturaleza conductual que se pueda observar, cuando los hábitos se consolidan se logran apreciar como parte de las actividades de la persona.
- Las conductas se realizan cotidianamente, tanto las saludables como conductas protectoras.
- Se considera un modo de vida que se adecue a las situaciones vitales de cada persona.
- Las conductas pueden tener un propósito distinto, pero en conjunto tienen el fin de preservar la salud el mayor tiempo posible, en caso de que la persona afectada o amenazada por alguna enfermedad los hábitos cambiarán para su pronta recuperación.

Se considera que la adopción de un estilo de vida saludable puede reducir un 43% la mortalidad global, ya que las diversas enfermedades que aquejan en todo el mundo se deben a conductas de riesgo como; el sedentarismo, consumo excesivo de sustancias tóxicas y dietas nutricionales incorrectas.

De acuerdo a Gómez-Acosta (2017) en un estudio realizado para elaborar un modelo predictivo de estilos de vida saludables aplicado a 570 estudiantes de universidad en Colombia, Bogotá, se evaluó por medio de una batería de pruebas compuesta por instrumentos que evalúan estilos de afrontamiento, autoeficacia percibida, salud mental positiva, creencias y prácticas saludables a 417 mujeres y 143 hombres de diferentes carreras entre ellas; psicología enfermería, medicina, fisioterapia, fonoaudiología, terapia ocupacional y odontología, en los resultados y discusión del estudio se halló que la actividad física es un tema muy valorado pero que poco se lleva a la práctica, con respecto a los hombres se encontró que no se toman un tiempo de ocio y tampoco concibe un sueño reparador en contraste con las mujeres, otro hallazgo importante es que los estilos de afrontamiento tienen un alta relación con las posibilidades que le otorgue el contexto familiar y sociocultural, en la autoeficacia se encontraron altos niveles de actitud prosocial, satisfacción con la vida y una mayor capacidad de adaptación general, eso quiere decir que los sujetos tienen reacciones adecuadas ante situaciones conflictivas y esto ayuda a que se propicien prácticas saludables y menores casos de somatización. Hubo una diferencia significativa con los estudiantes adultos al manejar mejor sus problemas y tener mejores habilidades sociales, de igual manera esta última se relaciona con el cuidado y el autocontrol, una fortaleza ante la abstinencia de drogas y el uso adecuado del tiempo libre.

Otro estudio se realizó con el objetivo de identificar la percepción sobre la salud y calidad de vida relacionada con la satisfacción con el medio universitario, fue un estudio transversal con una muestra aleatoria de 352 participantes universitarios pertenecientes a la Universidad Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), con previo consentimiento informado se aplicó el

cuestionario integrando en sí mismo los datos socio demográficos, valoración de los servicios universitarios, satisfacción con sus estudios, problemas de salud, estrés académico y calidad de vida autopercibida, las variables antes mencionadas arrojaron resultados similares, el 84.1% de las y los estudiantes estaban satisfechos con sus estudios, 86.4% contaba con el apoyo de sus profesores, 74.4% el de sus compañeros, 83.7% reporta calidad de vida, 70% de la muestra valoró positivamente los servicios e instalaciones y por último el 63.9% sintió estrés las dos últimas semanas, la conclusión del estudio revela que la calidad de vida fue mejor en estudiantes que reportaban buen trato entre compañeros y profesores (Lara et al., 2015).

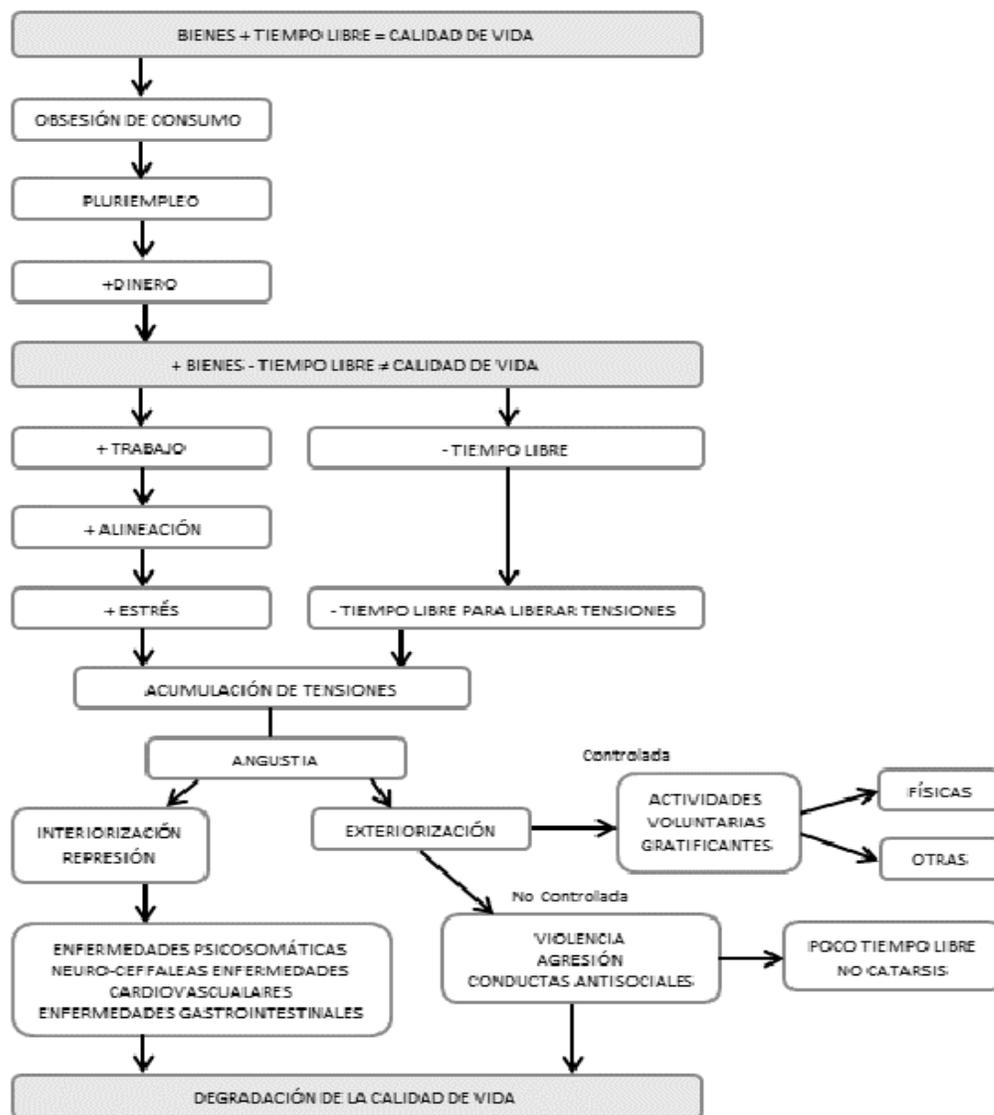
Salud como Desarrollo Integral

El estado saludable es el sugerido para alcanzar las potencialidades del sujeto, sin embargo el término se permea por las aportaciones sociales y el entorno de la población producto de los determinantes sociales, genéticos, biológicos y ecológicos que se originan en la sociedad, en la que los sujetos se encuentran expuestos a factores de riesgo, y la recolección epidemiológica de la población son consideradas para la elaboración de programas de prevención y promoción de la salud, aún los individuos no ven la salud como una oportunidad para alcanzar sus objetivos sino como una constante subjetiva en su vida, sin conocimiento de lo que es la salud y comúnmente se mal interpreta sólo como el estado antecesor a la enfermedad (Valenzuela-Contreras, 2015).

Desde la perspectiva biomédica se responsabiliza a los sujetos por la pérdida de la salud, ya que se coloca en él la responsabilidad de su enfermedad y no se le da la importancia al contexto social, ya que de este se aprenden las conductas, y constituye una variante de “culpabilización de la víctima” en donde se le asigna la responsabilidad al desnutrido por su desnutrición y no a las empresas productoras de enfermedades o al propio gobierno que exime sus responsabilidades (Ver figura 6) (Mechanic, 1979, como se citó en Bennassar, 2015).

Figura 6

Comportamiento de la Vida en una Sociedad de Consumo



Nota: Adaptado de "La salud, desde una perspectiva integral. Revista universitaria de la Educación Física y el Deporte" por Valenzuela-Contreras, 2015.

Para introducir el cambio en las diversas etapas de desarrollo dentro de los diferentes niveles de prevención es importante dirigir la atención a solucionar el problema o regular el

malestar, las formas en que las personas afrontan las situaciones desencadenan un patrón de conductas que puedan beneficiar la salud, la resiliencia es una herramienta importante y consiste en la capacidad para resistir, esta se define como “La capacidad de los individuos y los sistemas (familias, grupos y comunidades) para afrontar con éxito la adversidad o las situaciones de riesgo significativo” (Waters & Sroufe, 1983 como se citó en Alegret et al., 2010).

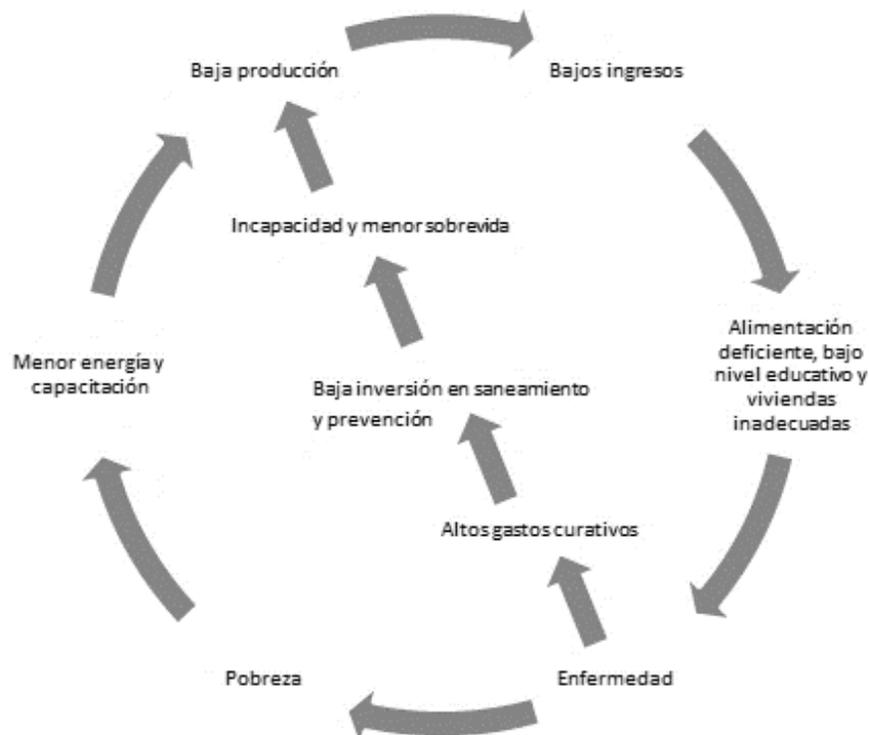
Un estudio estructurado sobre los estilos de vida saludables en Esparza, por Acuña-Castro y Cortes-Solís (2012) utilizó una población de 20 a 49 años de edad con una muestra de 372 personas, la propuesta metodológica consistió en:

1. Elaboración de un diagnóstico de situación actual que desglosa los antecedentes internacionales, nacionales, locales y ubicación contextual; menciona las investigaciones que se han hecho en diferentes países del mundo, describe su metodología, discusión y resultados, también menciona planes sectoriales, políticas nacionales y atención programa de intervención dirigidos, pero no se hallaron programas dirigidos a la zona geográfica del estudio.
2. Identificación de oportunidades para implementación del programa basado en la alta incidencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión, dislipidemia y diabetes, esto ahonda en las deficiencias de atención y tanto recurso físico como humano es insuficiente para brindar la atención oportuna a la población.
3. Elaboración de un programa de estilos de vida saludables, se tomó como prioridad a los profesionales de la salud de ese sitio para capacitarlos y darles seguimiento a la promoción del conocimiento y desarrollo de estilos de vida saludables; se identificaron los factores de riesgo asociados con las enfermedades descritas anteriormente, se mapearon estos factores en la historia natural de la enfermedad en la población para intervenir en edades tempranas y oportunas.

Cotonieto y Crespo (2016) reportan un estudio elaborado en el Instituto de Ciencias de la Salud ubicado en el municipio de San Agustín Tlaxiaca en el estado de Hidalgo, el objetivo de dicho estudio fue conocer qué relación existía entre la calidad de vida, nivel de ansiedad y el nivel de depresión entre los usuarios que acuden al servicio psicoterapéutico por nombre CAP (Clínica de Atención Psicológica), la muestra se compuso de 145 usuarios con un rango de edad de 17 a 26 años de edad, para medir calidad de vida se utilizó WHO-QOL compuesto de 26 reactivos que consideran la percepción que tiene el sujeto respecto a su calidad de vida, este categoriza los puntajes en 4 áreas (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente), para medir ansiedad y depresión se utilizó el BAI (Inventario de Ansiedad de Beck) y el BDI (Inventario de Depresión de Beck) el primero con 20 reactivos que evalúa los estados de ansiedad y clasifica las puntuaciones en 4 niveles, de mínimo, leve, moderado y grave, el segundo de evalúa diferentes dimensiones de depresión y al igual que el BAI clasifica sus puntuaciones en 4 niveles, por último se realizó una prueba de tamizaje para identificar el riesgo suicida en los usuarios obtenida de la respuesta nueve del BDI. Los resultados indican que la calidad de vida, los factores psicológicos, relaciones sociales y ambiente se encuentra un poco por encima de la media esperada mientras que el factor físico se encuentra levemente por debajo.

El Nivel de Salud en Condiciones de Subdesarrollo

De acuerdo a Sánchez-Rosado (2009), las circunstancias generales de poca productividad económica, falta de estudios, insalubridad y recursos insuficientes para el desarrollo sustentable hace que haya un incremento en la morbilidad y mortalidad de enfermedades transmisibles, haciendo un énfasis en las infancias por altos niveles de desnutrición y bajas perspectivas de vida. Los prejuicios y supersticiones también son factores que influyen y condicionan un comportamiento inadecuado para la atención cuando hay signos y síntomas de una patología (Ver figura 7).

Figura 7*Ciclo de la Salud en Condiciones de Subdesarrollo*

Nota: Adaptado de “Economía, cultura y salud. Elementos de salud pública. México” por Sánchez-Rosado, 2009, Méndez. Elaboración propia.

En tales circunstancias la población se encuentra sujeta a los programas gubernamentales de atención médica, ya que no se tienen los ingresos para una atención más eficiente, las cantidades monetarias destinadas para una alimentación sana son insuficientes y las condiciones de sanidad propician que las enfermedades transmisibles sean de fácil adquisición.

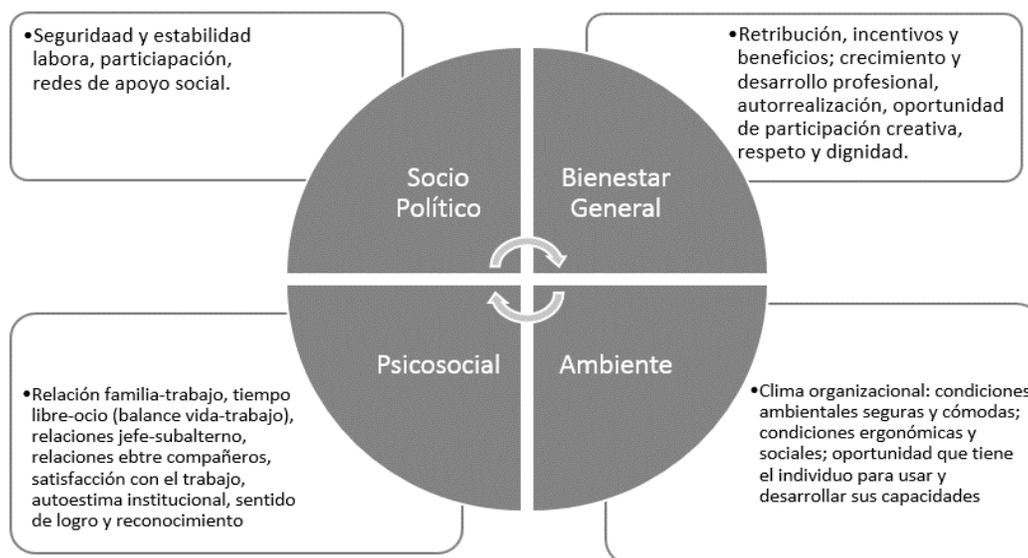
Según Durán (2010) la alta productividad, la adicción al trabajo, la gratificación del dinero a la brevedad posible y el éxito como el impulso constante hacen que los temas espirituales y

culturales queden de lado ya que “no hay tiempo” para esos temas, la presión constante del propio entorno dirigido a las demandas de productos y servicios hacen que las organizaciones empleen a sus trabajadores a mayor tiempo y potenciando su desempeño laboral al máximo, consecuencia de esto el estrés laboral se hace presente en la calidad de vida, las condiciones y oportunidades concuerdan con el medio sociocultural dando como resultado a estas exigencias que el empleado se encuentre el 40% de su día en su trabajo, ahondado a esta explicación surge la Calidad de Vida Laboral (CVL) que de acuerdo con Durán incluye dos perspectivas (Ver figura 8):

1. Concepto y filosofía en las organizaciones de trabajo cuyo propósito es mejorar la vida del empleado más allá de la remuneración por su trabajo.
2. Combinación de las necesidades, percepciones favorables de apoyo y satisfacción para el empleado respecto de la empresa, es decir que haya oportunidades de crecimiento, recompensas, seguridad laboral, sentirse respaldado y cuidado por la organización.

Figura 8

3 C Compromiso, Confianza y Control.



Nota: Adaptado de “Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto. Revista nacional de administración”, Duran, 2010. Revista nacional de administración 1. Elaboración propia.

“Se calcula que en México las enfermedades incapacitan al trabajador en un promedio de 41 días al año y se estima que se trabaja unos 30 años, se considera que por este concepto se pierden 3.36 años de vida productiva en el trabajado” (Duran, 2012, p.78) Esto ocasiona un problema multifactorial no sólo por la pérdida en la producción del trabajador sino por las grandes cantidades de dinero que se ocupan para mantener y sostener los servicios médicos de asistencia pública.

Psiconeuroinmunología

Ahondando en un área de investigación reciente la psiconeuroinmunología propone una conexión entre la activación fisiológica del individuo y el funcionamiento del sistema inmunitario, unida por factores psicológicos. A finales del siglo XVII el médico Papai Pariz Ference decía “Cuando las partes del cuerpo y sus humores no están en armonía, entonces la mente está desequilibrada y aparece la melancolía; pero por otra parte, una mente tranquila y feliz hace que todo el cuerpo esté sano” (Salomón, 1993 como se citó en Oblitas-Guadalupe, 2010). El estado mental influye en el estado orgánico, una ambivalencia que al desequilibrarse una afecta a la otra, en este escrito el funcionamiento psíquico y físico se permea por los estímulos del entorno, sean antígenos que afectan al organismo o estímulos estresores que afectan el aparato psíquico.

De acuerdo a Sánchez-Teruela y Robles-Bello, (2008) estimaban que para el año 2020 el estrés sería una de las principales causas de muerte vinculado a enfermedades cardiovasculares y otros trastornos de ánimo como la depresión; Ader y Cohen hicieron estudios y descubrieron que se puede suprimir las respuestas de anticuerpos y potencializar las respuestas mediante protocolos de acondicionamiento conductual, estudios también vinculan el sistema, gastrointestinal, cardiovascular y respiratoria directamente con el estrés.

Conductas Instrumentales

El cuadro clínico de una patología desde la psicología puede tener un origen natural biológico o uno psicológico, los dos pueden tener un punto de encuentro en que el estado de vulnerabilidad biológica y la ejecución de conductas instrumentales asociadas a un alto riesgo de incidir en un trastorno biológico conducen a una patología. Una y otra se permean de las competencias culturales de sanidad, costumbres familiares y un factor que fluctúa en reacciones efectivas contra el estrés que a su vez inmuniza o no al organismo (Ribes-Iñesta, 2008).

Estado Nutricional

De acuerdo con Véliz-Estrada (2017), es importante considerar los hábitos alimentarios ya que constan de patrones de conducta en la vida diaria en una población y se basan en los estilos de vida, la forma de pensar, sentir y actuar, además influyen las condiciones de vida y factores profundamente arraigados en la sociedad y cultura, es sumamente útil analizar la época que se consolidan nuevos hábitos alimentarios ya que surgen con la industrialización, pueden ser de carácter natural o químico con una especial absorción del organismo y se puede dividir por clases de nutrientes:

- Nutrientes mayores: aquellos que son necesarios para el cuerpo siendo los carbohidratos, proteínas y grasas.
- Nutrientes menores: estos son necesarios, pero en menores cantidades y son las vitaminas y minerales.

En la mayoría de los estudios sobre características de alimentación se suelen recoger la estructura o regularidad de las comidas (frecuencia en que se consumen las comidas recomendadas y porciones durante el día) y la calidad de alimentos que se ingieren, en las estructuras sociales las pautas para la ingesta se relacionan con el ritmo de vida, ya que condiciona el tiempo que se dedica para la preparación de dichos alimentos.

De acuerdo con Ascencion (2011), la valoración en el estado nutricional ayuda a estructurar pautas del funcionamiento del cuerpo, la valoración se constituye de cuatro pasos que fortalecen el diagnóstico y tratamiento a seguir:

- Anamnesis y la exploración física: se elaboran preguntas con base en los hábitos alimenticios y físicos del individuo, también están inmersas las relaciones sociales y existencia de enfermedades en la familia; en la exploración física se realiza una búsqueda de signos o síntomas que puedan incluirse en una patología, ésta es la primera parte para la valoración
- Estudio de la dieta: se recolecta información sobre la ingesta de alimentos, la aplicación de encuestas dietéticas es muy útil ya que evalúa el consumo del mismo y los periodos de tiempo en cada ingesta, determina el origen de una carencia nutrimental, se determinan los déficits y se evalúan los efectos frente a una patología nutricional.
- Historia dietética: atribuye información sobre el proceso en que se consumen los alimentos.
- Registro dietético: proporciona objetivamente y cualitativamente un registro del consumo de alimentos, porción y periodos de tiempo, es importante señalar que es diferente para cada edad y etapa de vida ya que los factores biosociales influyen bastante.

Cuando el estrés se prolonga el cuerpo ocupa las reservas para su sobre funcionamiento, el agotamiento es señal de una mala alimentación, al igual se ven afectadas las defensas, una dieta adecuada en calorías, frutas, ensaladas y granos ayudan a dominar el estrés (Ávila, 2014).

Actividad Física

De acuerdo con Bennassar (2015) los avances tecnológicos han hecho que las personas se vuelvan más sedentarias en las actividades cotidianas ya que suele haber un instrumento u objeto mecánico que reduce progresivamente las actividades físicas como: trasladarse de un lado a otro caminando (ahora se usa un transporte ya sea auto, colectivo u otro vehículo con el mismo propósito de traslado), usar el elevador (cuando se pueden usar las escaleras), entre otras actividades. La actividad física y el ejercicio son términos diferentes, en el primero los movimientos que se hacen durante el día producen una contracción músculo esquelética que mantiene en poca medida la energía del organismo mientras que el ejercicio optimiza el cuerpo humano para un mejor funcionamiento y consiste en actividades físicas programadas, estructuradas y repetitivas, los dos se definen por 4 componentes:

- Tipo (modalidad y objetivo que tiene el ejercicio)
- Frecuencia (número de veces que se realiza la actividad física)
- Intensidad (la energía que se consume por medida de tiempo)
- Duración (tiempo que dura la actividad física)

La forma física consiste en las capacidades para realizar una actividad física, esta es necesaria para las actividades de la vida cotidiana y también es un factor protector, una buena condición física puede tolerar desafíos físicos además que la persona no se verá obligada a interrumpir sus actividades por falta de resistencia o fatiga.

En la actualidad la relación entre la actividad física y la salud se refleja en las necesidades del individuo ya que se dosifica de acuerdo a los estímulos que recibe y exigencias del ambiente puesto que son adaptaciones fisiológicas en el organismo y las respuestas son el beneficio potencial a la salud corporal como el sistema cardiovascular, muscular, cardio-respiratorio, esquelético y previene el desarrollo de enfermedades crónicas en el futuro (Véliz-Estrada, 2017).

La producción de endorfinas se obtiene por medio del ejercicio físico, estas son potenciadoras del estado de ánimo positivo (Ávila, 2014).

2.3 Conductas Instrumentales de Riesgo y Prevención

De acuerdo con Ribes-Iñesta (2008), el comportamiento no obedece a factores causales o lineales, pero si obedece a la capacidad de competencia, para explicarlo mejor se desglosará la competencia como una construcción mediada por historia, acuerdos culturales, circunstancias y consecuencias en que el sujeto manifiesta una conducta, y la capacidad es la efectividad con la que se aproxima a una consecuencia positiva o negativa encaminada o no a una patología, también puede concebirse como:

- Disponibilidad de conductas requeridas
- Disponibilidad para saber el motivo y ausencia de ciertas conductas
- Disponibilidad de información y saber cuál es la oportunidad para realizar ciertas conductas
- Disponibilidad para adquirir formas de interacción alternativas

La información se toma como un recurso efectivo cuando se lleva a la práctica de lo contrario no tendrá efecto.

Se identifican 3 tipos de conductas instrumentales como factor de riesgo para la salud:

- 1) Cuando la conducta expone de manera gradual al sujeto a un ambiente patológico de consecuencias biológicas.
- 2) Cuando la conducta es responsable directa del contacto con organismos patógenos.
- 3) Cuando la conducta es responsable de un daño biológico.

Hay factores situacionales que influyen en la oportunidad para ejercer la información de una manera preventiva, su ejecución consiste en saber hacer:

- Saber qué hacer en determinadas circunstancias, cómo decirlo y reconocerlo.
- Saber cómo hacerlo, como haberlo hecho antes.
- Saber los motivos por los cuales tiene que hacerse.
- Saber reconocer la oportunidad de hacerlo.
- Saber hacerlo de otra manera.

Concluyendo este capítulo, los estilos de vida son considerados el conjunto de conductas que determinan o aproximan a la salud o a la enfermedad, resultado de ello los determinantes sociales propician factores: económicos, de trabajo, vivienda y residencia (Ver figura 4), en el capítulo primero se abordan los antecedentes heredofamiliares, con énfasis en los antecedentes personales no patológicos, los cuales se correlacionan los recursos materiales intermedios con de la desigualdades de la salud, como el tipo de alimento, zona en que vive, el material con la cual está hecha, las conductas de higiene y los servicios que hay la educación, al no tener los recursos necesarios para el afrontamiento de la inequidad social, los sujetos en países de subdesarrollo se ven en un estado de estrés (Ver figura 7).

Capítulo III. Estrés y su Impacto en la Salud

Hans Selye en 1935, considerado como el padre en el estudio del estrés, lo definió como: la respuesta adaptativa del organismo ante diversos estresores. A lo largo de los años y partiendo desde los estudios de Selye se han construido diversas definiciones sobre estrés, para este estudio se tomará la definición de Lazarus y Folkman.

3.1 Definición de Estrés

Según Lazarus y Folkman (1986) el estrés consta de un desequilibrio emocional, los estímulos estresores son diferentes en cada persona ya que para una puede un estímulo ser estresante y para otra no, por lo tanto, se considera estrés cuando una persona identifica una situación o estímulo como amenazante y ésta rebasa sus recursos de afrontamiento y por consiguiente su estado de bienestar.

Este modelo es llamado transaccional, no solo se toma como objeto de estudio el estímulo o la reacción del sujeto sino se estudia todo como un proceso dinámico dando énfasis al valor que le atribuye el sujeto a la situación. Dicho esto, las variables a destacar son la valoración cognitiva y la estrategia que se toma para el afrontamiento. En la primera se inicia con una valoración primaria o reconocimiento de la situación problema, sigue la valoración secundaria en donde surge una emoción y se reevalúa todo el esquema para el afrontamiento y para ello la persona considera los factores fisiológicos, creencias, habilidades sociales, sensación de aceptación y la capacidad para resolver el problema (Lazarus y Folkman como se citó en Rodríguez-Campuzano et al., 2009).

Eustrés y Distrés

Las situaciones estresantes no siempre son negativas, existe un estrés positivo el cual se llama eustrés, el estímulo o situación en que la respuesta de la persona potencializa su salud

física y bienestar mental. Por otro lado, se encuentra el distrés en donde el estímulo propicia una angustia constante en la persona debido al exceso del estímulo (Naranjo, 2009).

Eustrés: ayuda a que el sujeto mantenga su mente abierta, creativa y el cuerpo se mantiene en una función óptima, las consecuencias de este estrés es la alegría, equilibrio, placer y bienestar.

Distrés: el estímulo se convierte en una sensación desagradable y el ambiente social es en donde se dá la mayoría de veces, produce una sobrecarga que desencadena el desequilibrio psicológico y fisiológico, el cual afecta en sus áreas de desarrollo (Pérez-Núñez et al., 2014).

Fuentes de Estrés

De acuerdo con Fernández-Martínez (2009) existen 3 fuentes de estrés: el entorno, el cuerpo y pensamientos propios.

Los agentes estresores se generan por fenómenos psicosociales, una reacción por el sujeto ante una situación determinada en que las variables ambientales (ruido, relaciones interpersonales y aglomeraciones) superan las propias posibles respuestas, surgiendo una atención dispersa por los distintos estímulos estresores.

La segunda fuente se relaciona con la reacción fisiológica, la respuesta depende en gran medida de una actitud innata heredada por antecesores y transmitida por medio de los genes, dando como resultado características físicas que representan el nivel de competitividad para la respuesta inmediata y prolongada. En el organismo ocurren varios cambios cuando el estímulo es interpretado como amenazante, el oído se agudiza, las pupilas se agrandan para tener un campo visual más amplio, sudoración en las extremidades, aumento en la frecuencia cardíaca para aumentar el flujo de sangre en los órganos vitales y los músculos se tensan para responder o hacer frente al desafío.

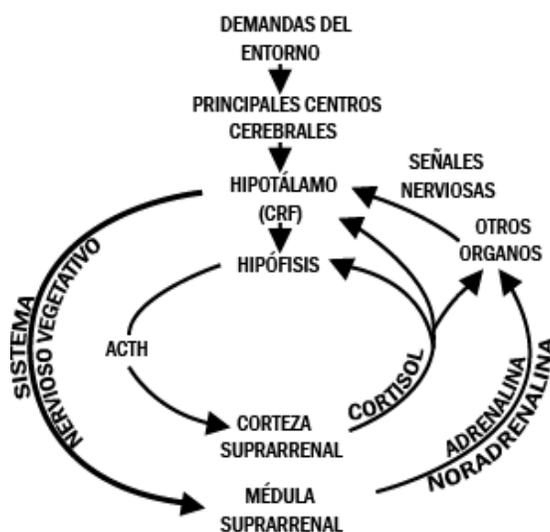
La tercera fuente proviene de los pensamientos en donde hay un registro que interpreta y cataloga las experiencias pasadas asociándolas con el estímulo presente, evaluando y valorando el tipo de respuesta que se dará.

Fisiología del Estrés

La respuesta fisiológica es la reacción del organismo ante un estímulo; durante el día se está en contacto con diversos estímulos que excitan una respuesta, en el estrés los principales ejes que se activan son: el eje hipofisopararrenal (HSP) y el sistema nervioso vegetativo (SNV). El primero compuesto por el hipotálamo, que actúa como un enlace al sistema nervioso y endocrino, las glándulas suprarrenales, ubicadas en la parte superior de los riñones compuesta por la corteza y la médula, y por último la hipófisis, situada en la base del cerebro (Ver figura 9). El segundo se compone de estructuras nerviosas que regulan el funcionamiento de ciertos órganos internos y controla funciones de manera inconsciente e involuntaria (Nogareda-Cuixart, 1999).

Figura 9

Producción de Hormonas por el Sistema Nervioso Vegetativo y el Eje Hipofisopararrenal.



Nota: Adaptado de "Fisiología del estrés" por Nogareda-Cuixart, 1999. Elaboración propia.

De acuerdo a Valdés-Mitar (2016) la activación fisiológica sostenida del estrés no permite que el organismo regrese a su estado normal por cual se tienen cogniciones cerebrales de “no control” que al ser incompatibles con el contexto el sujeto no puede adaptarse, en este libro llamado “Estrés y enfermedad. *El Estrés desde la biología hasta la clínica*” el autor indica una vulnerabilidad biológica adquirida con base en la epigenética, esta activación biológica persistente es señal de un fracaso adaptativo y consecuencia de esto es la desorganización homeostática en los distintos mecanismos:

1. Desincronización de los ritmos biológicos, es decir la oscilación de indicadores biológicos con base en las sincronidades ambientales y el reloj endógeno, la primera se describe cómo los cambios físicos, mentales y conductuales que responden principalmente a la luz y oscuridad, la segunda corresponde al estado de sueño o vigilia en que el cuerpo recupera energía para desempeñarse las siguientes horas.
2. Alteraciones en los sistemas de comunicación entre órganos de retroalimentación, señales mensajeras, aumento de la vulnerabilidad de padecimientos y bloqueo de receptores.
3. Alteraciones en intercepción
4. Regulación disfuncional del organismo

Se le denomina trastorno de síntomas somáticos a la descripción de efectos en el organismo de patologías que también se han llamado síntomas funcionales ya que el sujeto mantiene a su cuerpo en homeostasis forzada, aunque aparecen de modo agudo evolucionan y pueden llegar a invalidar el cuerpo considerablemente, pero como no se logra encontrar una explicación clara de la dinámica entre el estrés y la transición a los trastornos sólo se agrupan en factores llamadas variables latentes los cuales son: colon irritable, fatiga crónica, fibromialgia, ansiedad y depresión.

Aspectos Neurobiológicos

De acuerdo con Rosales-Fernández (2014) los mecanismos de activación neuronal son:

- Eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), que libera glucocorticoides (GL) al torrente sanguíneo.
- Eje simpático-médulo-adrenal (SMA), que libera las catecolaminas adrenalina y noradrenalina

En un inicio el HHA envía información sobre el estímulo estresor hacia el núcleo paraventricular (NPV) en el hipotálamo, es ahí donde se encuentran las neuronas que por medio de los axones excitan al sistema portal-hipofisario, éste manda señales nerviosas que liberan corticotropina (CRF; corticotropin releasing factor), cuando se encuentra en la hipófisis éste estimula la liberación de la adrenocorticotropina (ACTH; del inglés, adrenocorticotropic hormone) cuando es secretada por la hipófisis anterior, ésta se traslada a través del sistema circulatorio hasta las glándulas adrenales, ubicadas en la parte superior de los riñones donde se produce el cortisol (GL) y las catecolaminas antes mencionadas. adrenalina y noradrenalina. El sistema nervioso autónomo (SNA) actúa estrechamente con el cortisol, a mayores niveles de estrés aumenta el cortisol y por lo tanto las tareas del SNA, como la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea.

Sistema Inmunológico

Según Oblitas (2010), el sistema inmune se conceptualiza como un sistema de respuesta ante microorganismos invasores que el organismo no reconoce como parte del mismo y de igual forma no hay una compatibilidad molecular, por lo tanto, se desencadenan células linfoides que producen anticuerpos que se unen con el microorganismo, éste se degrada al contacto con el anticuerpo desapareciendo. Los antígenos pueden ser proteínas, polisacáridos o ácidos nucleicos, depende de la naturaleza molecular del microorganismo invasor. y se dividen en:

1. Haptenos, se activan únicamente cuando se unen a un portador
2. Antígenos naturales, insertos en los tejidos animales
3. Antígenos artificiales, se obtienen por modificación química de antígenos naturales
4. Antígenos sintéticos, producidos artificialmente

Las creencias, forma de pensar y sentimientos son actividad bioquímica en las distintas células nerviosas del cerebro, y esto tiene directa relación con el sistema inmune y endocrino, ya que en esta interacción se determina el estado de salud, el nuevo paradigma de la psiconeuroinmunoendocrinología se está encargando de explicar esta interacción por medio de nueva tecnología médica y laboratorios. La respuesta emocional al estrés se caracteriza por síntomas de ansiedad, ira, irritación, pánico, preocupación, desesperanza y colera, el principal ingrediente de la respuesta es de naturaleza cognitiva ya que de este depende la evaluación subjetiva respecto a la auto-eficacia, experiencia previa y el nivel de soporte social. El estilo de vida en que se desarrolla el individuo se convierte en el moderador de estrés ya que este se traslada a un patrón conductual con énfasis en reacciones emocionales y conductas de riesgo, ahora hablando de las consecuencias fisiológicas con el estrés crónico se encuentran alteraciones en neuronas del hipocampo resaltando en la memoria, tiene un gran impacto en los procesos inflamatorios debido al aumento de citoquinas, que son causantes directas con alergias respiratorias, enfermedades cardiovasculares, asma y artritis reumatoide, en el estrés agudo la supresión del sistema inmune debido a la agrupación de síntomas psicofisiológicos como la fatiga (Moscoso, 2009).

Inmunidad Innata y Adquirida

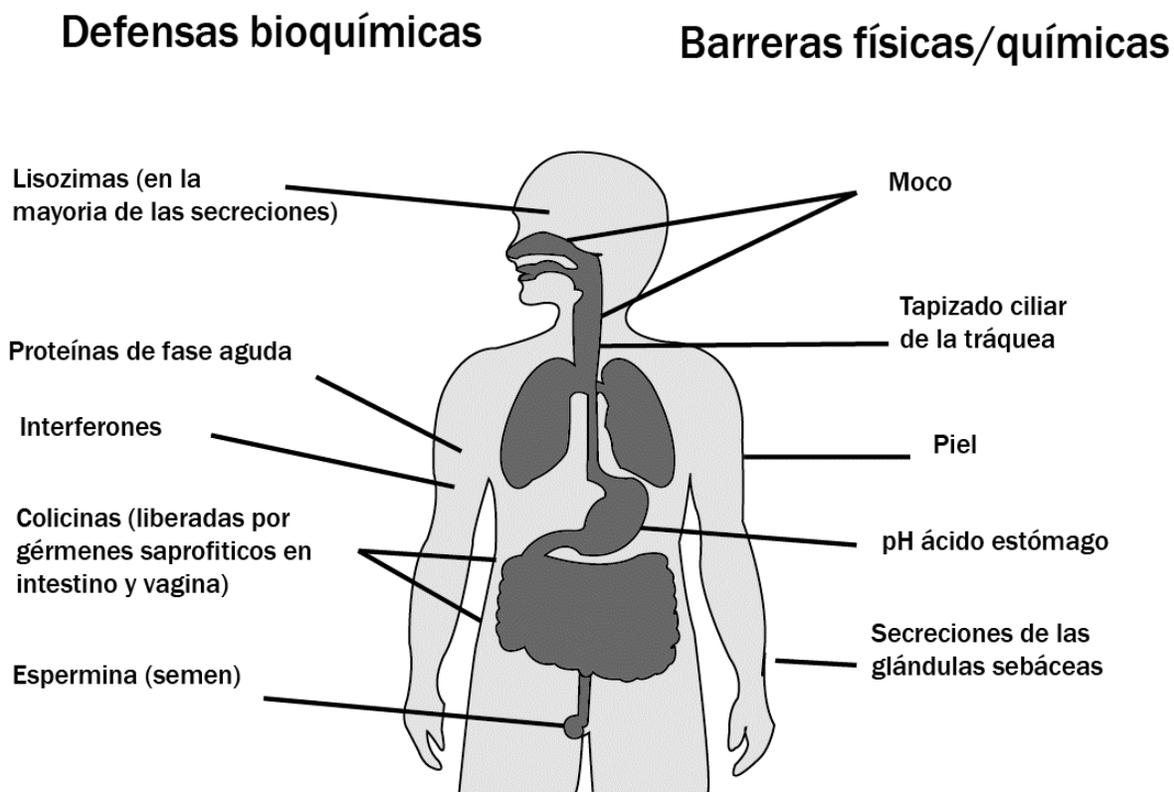
La inmunidad innata actúa como un protector general de amplio espectro en el organismo, se constituye por barreras físicas (piel, moco epitelio ciliado, etc), barreras químicas

(lípidos, pH de los fluidos entre otros), bioquímicas (proteínas, enzimas e interferones), microambientales (flora intestinal, vaginal etc.) y células (fagocitos) (S/C).

La inmunidad adquirida es una respuesta específica para grupos de microorganismos especiales y se lleva a cabo por linfocitos B y T una vez reconocidos los antígenos detienen su producción y estimulan la inmunidad innata para determinar el tipo de respuesta frente al organismo invasor (Ver figura 10) (Ascensión, 2011).

Figura 10

Dinámica de las Defensas Bioquímicas y las Barreras Físicas.



Nota: Adaptado de "Enfermedades infecciosas: Principios y práctica. Genética humana e infección" por Mandell et al., 2002. Elaboración propia.

Se ha investigado la susceptibilidad de enfermedades infecciosas y se ha descubierto que la capacidad para secretar sustancias de grupo sanguíneo en la saliva y otras superficies mucosas está determinada genéticamente. Cada gen cromosómico es aislado y puesto en exposición con un patógeno, el efecto debe dar un resultado resistente o susceptible a una mutación con el microorganismo invasor. Las barreras físicas se ven afectadas desde las células que construyen las barreras químicas (Mandell et al., 2002).

3.2 Estrés y Salud

El estrés en un cambio habitual, ocurre en una apertura de decisiones, cuando el individuo es consciente de un estímulo que potencialmente excita una respuesta del sujeto, la valoración cognitiva al estímulo se refleja mediada por antiguas experiencias, habilidades, capacidades e información que se tenga sobre ello, en la salud el estrés puede convertirse en una fortaleza o en una debilidad de acuerdo al sentido de competitividad del individuo.

De acuerdo con Pérez-Núñez et al. (2014) la tensión nerviosa es el significado abonado en el siglo pasado, Selye lo desarrolla en 3 fases de respuesta fisiológica compuestas por un Sistema de Adaptación:

Fase 1 (reacción de alarma): Indica el primer contacto con un estresor, al inicio el cuerpo reúne fuerzas para la segunda fase ya que hay una mínima resistencia a la tensión.

Fase 2 (resistencia): En esta etapa hay manifestaciones físicas y mentales en el individuo

Fase 3 (agotamiento): Hay una incapacidad de afrontamiento que se extiende por un tiempo, en este lapso el desbalance homeostático y fisiológico en el cuerpo es evidente y da paso a la enfermedad.

Aquí se muestran algunas condiciones estresantes:

- Cambio o novedad de la situación

- Falta de información
- Predictibilidad
- Incertidumbre
- Ambigüedad de la situación estresora
- Inminencia de la situación
- Falta de habilidades o conductas de afrontamiento
- Alteración de condiciones biológicas
- Duración de la situación de estrés

Psiconeuroinmunología

Este modelo propone una conexión entre la activación fisiológica del individuo y el funcionamiento del sistema inmunitario, unida por factores psicológicos, a finales del siglo XVII el médico Papai Pariz Ference decía “cuando las partes del cuerpo y sus humores no están en armonía, entonces la mente está desequilibrada y aparece la melancolía; pero por otra parte, una mente tranquila y feliz hace que todo el cuerpo esté sano” (Salomon, 1993 como se citó en Oblitas-Guadalupe, 2010). El estado mental influye en el estado orgánico, una ambivalencia que al desequilibrarse una afecta a la otra, en este escrito el funcionamiento psíquico y físico se permea por los estímulos del entorno, sean antígenos que afectan al organismo o estímulos estresores que afectan el aparato psíquico.

Se estimaba que para el 2020 el estrés sería una de las principales causas de muerte vinculado a enfermedades cardiovasculares y otros trastornos de ánimo como la depresión; Ader y Cohen hicieron estudios y descubrieron que se puede suprimir las respuestas de anticuerpos y potencializar las respuestas mediante protocolos de acondicionamiento conductual, estudios también vinculan el sistema, gastrointestinal, cardiovascular y respiratoria directamente con el estrés (Sánchez-Teruela y Robles-Bello, 2008).

3.3 Modelos Salud – Estrés

Modelo Psicofisiológico para la Salud, la Enfermedad y el Estrés

El estrés conforma parte de las vulnerabilidades o fortalezas del individuo y está determinado por influencias innatas y en diversas proporciones por factores ambientales tanto al inicio de la vida como en el desarrollo, el modelo relaciona 24 elementos que constituyen la composición biológica y pautas de enfermedades que en especiales condiciones pueden en un evento estresante desencadenarse desde una crisis emocional hasta un trastorno severo, y por otra parte se manifiestan las repercusiones orgánicas teniendo como resultado una disfunción cardiovascular, una úlcera o incluso algún tipo de cáncer (Dubovsky, 1985, como se citó en Rodríguez-Campuzano y Frías-Martínez, 2005).

Modelo de Predisposición al Estrés

Describe cómo algunos individuos son más vulnerables a enfermedades relacionadas con el estrés, esto a causa de una respuesta desadaptativa y anormal, además de ser una predisposición al estrés también refuerza su vulnerabilidad y se hereda a través una debilidad en algún sistema orgánico o bioquímico. Este modelo enfatiza en dos factores para producir la enfermedad, el individuo debe estar en constante predisposición para enfermarse de forma permanente y debe experimentar estrés relativamente (Brannon y Feist, 1997, como se citó en Rodríguez-Campuzano y Frías-Martínez, 2005).

Modelo de la Personalidad Resistente

De acuerdo con este modelo las personas pueden soportar el estrés y no sufrir alguna consecuencia orgánica o psicológica, las personas resistentes comparten tres características: demuestran un “locus de control interno” en sus vidas (percepción del sujeto sobre el control),

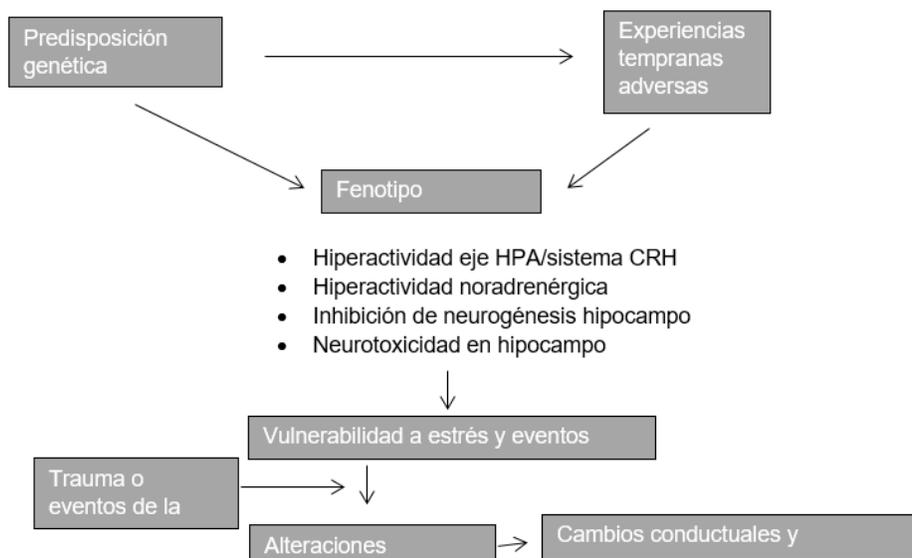
expresan un sentido de compromiso hacia ellas mismas y pueden reajustar el estrés y verlo como reto a superar (Kobasa, 1979, como se citó en Rodríguez-Campuzano y Frías-Martínez, 2005).

Según Trucco, (2002) el estrés ha tenido una participación importante en el desarrollo de trastornos mentales, la evolución es particular en los trastornos de ansiedad, en la dependencia de sustancias y una marcada prevalencia en los estados de ánimo, ejemplo de ello es la depresión, en este último cuando el nivel de estrés va aumentando el episodio depresivo se hace recurrente, pero cuando el estado depresivo prevalece los niveles y situaciones estresantes disminuyen. También se ha visto una predisposición genética con familiares que han tenido cuadros ansiosos o depresivos, es más fácil su desarrollo cuando hay indicios de abusos en la infancia.

El CRH es una hormona liberadora de corticotropina la cual es una mediadora de respuestas emocionales por vía de neuronas a la amígdala; la respuesta cognitiva y conductual. El estrés en edades tempranas o vivir un evento vital lleva a un estado de hipersensibilidad aumentando el CRH y tener perturbaciones en los sistemas neuroendocrino e inmunológico (Ver figura 11) (Trucco, 2002).

Figura 11

Proceso Neurológico del Estrés

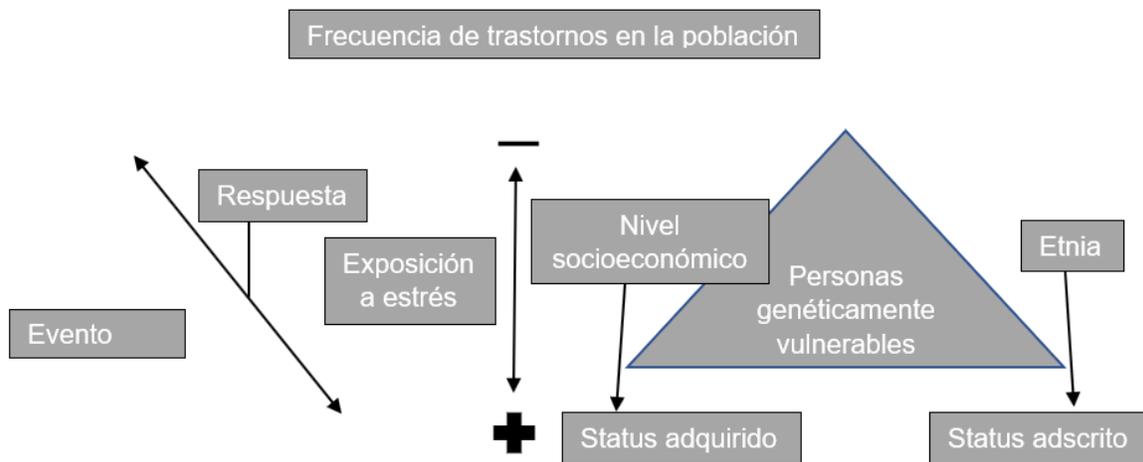


Nota: Adaptado de “Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales” por Trucco, 2002. Revista chilena de neuro-psiquiatría.

Este mismo autor dice que de acuerdo a nivel socioeconómico con el que nazca el sujeto y los eventos vitales será el nivel de estrés al cual estará expuesto, algunos autores dicen que las personas con un nivel socioeconómico alto tendrán menores niveles de estrés en comparación con las personas de un bajo nivel socioeconómico, esto lo puede reforzar con la estructura y agencia de Weber que puntualiza con las respuestas del individuo (Ver figura 12).

Figura 12

Participación del Estrés en el Desarrollo de los Trastornos



Nota: Adaptado de “Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales” por Trucco, 2002. Revista chilena de neuro-psiquiatría.

Con base en lo anterior se concluye en este capítulo:

1. La importancia de la atención en primer nivel, el acceso a la información y educación para prever patógenos conductuales
2. El papel del estrés en el proceso de enfermedad, recuperación y cómo el organismo transita por un desequilibrio entre los ritmos biológicos y una homeostasis forzada
3. Las determinantes sociales, las condiciones y oportunidades de vida pueden ser una episteme para los individuos
4. Las personas con estrato socioeconómico bajo suelen padecer con más frecuencia enfermedades transmisibles y también mayor estrés debido a las oportunidades y condiciones de vida

5. Los factores que influyen en el desenlace e incidencia de las enfermedades respiratorias agudas, tales como las condiciones del medio ambiente, atención médica, condiciones del huésped y características de agente patógeno
6. Los estilos de vida es el medio contante del proceso de enfermedad
7. El reto que afronta la salud publica en la aparición de nuevas enfermedades respiratorias

Método General

Justificación

Epidemiología Mundial

En 2006 la OMS formó la Alianza Global contra las Enfermedades Respiratorias con el propósito de reunir conocimiento preciso combinado de instituciones, organizaciones, organismos nacionales e internacionales para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades crónicas y enfermedades respiratorias agudas, esto arrojó cifras elevadas en la primera categoría de enfermedad dando como resultado un dato aproximado de 334 millones de personas padecen de asma y 65 millones de personas que sufren de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hay 4 millones de muertes al año por infecciones respiratorias bajas siendo la principal causa de muerte en niños menores de 5 años de edad y las infecciones como la influenza mata de 250,00 a 500,000 personas al año (FSRI, 2017).

Nacional

En 2015 se realizó una revisión epidemiológica de mortalidad por enfermedades respiratorias basado en el CIE-10, las muertes por enfermedades primarias o transmisibles no suelen tomarse en cuenta por su código que se encuentra apartado del código J el cual es usado para catalogar a las enfermedades respiratorias crónicas, en total se contabilizaron 79,383 muertes respiratorias solo en 2015, de las cuales 54,173 se encontraban en los códigos J y el resto de ellas (25,210) se localizaron en otros apartados, es importante mencionar que al no ser categorizadas en este apartado se limita la planeación de servicios respiratorios al igual que la capacitación de los especialistas (Pérez-Padilla, 2015).

Estatal

De acuerdo a Servicios de Salud de Hidalgo [SSH] (2017) en 2015 en el estado de Hidalgo se registró que 8 de 10 enfermedades son infecciosas dando como resultado el 59.7% (750,8894) de enfermedades respiratorias agudas del total de enfermedades durante ese año (1,307,939). En la mortalidad del estado se encuentran las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades digestivas, tumores malignos y enfermedades respiratorias en hombres en donde 24 de cada 100 muertes son por enfermedades cardiovasculares, por otro lado 26 de cada 100 mujeres mueren por la misma causa (Calderón-Fragoso et al., 2010).

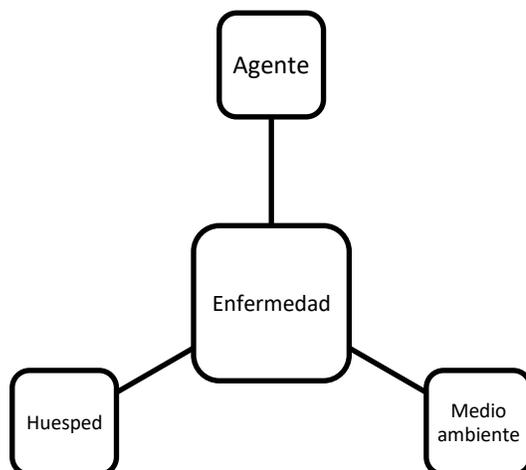
Consecuencias

De acuerdo con la alta incidencia de enfermedades respiratorias en el Estado de Hidalgo y tomando la capital del estado Pachuca de Soto como el municipio con mayor cantidad de habitantes, donde se reportó en 2018 y siendo México un país en vías de desarrollo, los servicios de salud son escasos y muchas veces la atención no se da abasto con la población que llega a sus instalaciones.

Se tomará como punto de partida el triángulo de la salud o triada ecológica de la enfermedad para explicar y analizar la dinámica de los diversos factores que influyen en el proceso salud-enfermedad en una familia (Ver figura 13).

Figura 13

Triada Ecológica de la Enfermedad. Elaboración Propia.



La enfermedad se retomará como un resultado de la interacción sociocultural con el huésped y con base en la pregunta de investigación se buscará saber si existe una relación entre los antecedentes heredofamiliares (antecedentes personales no patológicos) e identificar la importancia de los estilos de vida y estrés, señalando las condiciones ambientales y frecuencia en que los sujetos de investigación.

Pregunta de Investigación:

¿Qué relación existe entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria?

Objetivo General

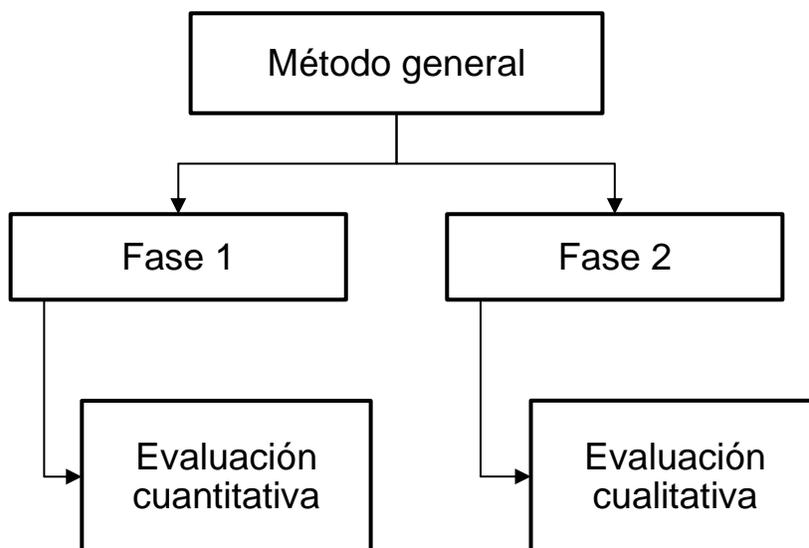
Identificar si existe una relación entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria, a través de una metodología mixta, DESPLIX.

Objetivos Específicos

1. Conocer la asociación entre los antecedentes heredofamiliares (personales no patológicos), estilos de vida y estrés con la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria en estudiantes universitarios del municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.
2. Describir los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida, estrés y la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria en una familia de Pachuca de Soto, Hidalgo.

Figura 14

Esquema General de Investigación. Elaboración Propia.



Método Fase 1

Justificación

Como se reportó en Lara et. al. (2015) la calidad de vida en estudiantes universitarios se cuantifica en el 69.6%, por otra parte, el 63.9 % de la población estudiantil percibió estrés en las dos últimas semanas de clases hasta el momento de la medición. En el estado de Hidalgo se reporta la incidencia de infecciones respiratorias agudas de 14,860 personas por cada 100,000 habitantes, utilizando estas cifras se pudo sacar la muestra del universo que compone el Instituto de Ciencias de Salud.

Tabla 1

Principales Causas de Enfermedad en Hidalgo.

Principales causas de enfermedad en la población hidalguense	Por cada 100 000 habitantes
Infecciones respiratorias agudas	14.860.74
Infecciones de vías urinarias	4,790.74
Úlceras, gastritis y duodenitis	2,286.34
Infecciones intestinales	1,882.51
Amebiasis intestinal	491.33
Conjuntivitis	258.77
Otitis media aguda	529.7
Desnutrición leve	25.74

Fuente: Adaptado de Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 2010 como se citó en Calderón-Fragoso, et al, 2015.

Pregunta de Investigación

¿Existirá una relación estadísticamente significativa entre los antecedentes heredofamiliares (personales no patológicos), estilos de vida y estrés con la presencia de una enfermedad respiratoria aguda en estudiantes universitarios del municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo?

Objetivo General

Conocer la asociación entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la presencia de una enfermedad respiratoria aguda en estudiantes universitarios del municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

Objetivos Específicos

1. Identificar los antecedentes heredofamiliares (personales no patológicos) relacionados con las enfermedades respiratorias agudas en los estudiantes universitarios.
2. Evaluar el nivel de estrés en los estudiantes universitarios.
3. Evaluar estilos de vida en los estudiantes universitarios.
4. Conocer la relación entre estrés y estilos de vida con la presencia de una enfermedad respiratoria aguda en los estudiantes universitarios.

Tipo de Estudio

Descriptivo - Correlacional.

Diseño de Investigación

No experimental cuantitativa, transversal, descriptivo correlacional.

Muestra

La muestra está conformada por 239 estudiantes universitarios de la Licenciatura en Psicología inscritos en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo en San Agustín Tlaxiaca.

Tipo de Muestra

No probabilística, por conveniencia

Criterios de Inclusión

- Las y los estudiantes deben cursar actualmente la Licenciatura en Psicología
- Aceptar participar en el estudio de investigación

Criterios de Exclusión

- No pertenecer a la Licenciatura en Psicología
- No querer participar en el estudio

Criterios de Eliminación

- Responder aleatoriamente el formulario
- Enviar inconcluso el formulario

Variables

Tabla 2

Operacionalización de las Variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Antecedentes heredofamiliares (Personales, no patológicos)	La prevención y el manejo de las enfermedades pulmonares en sus diversas etapas conforman la salud respiratoria, la promoción del cuidado depende en gran medida de la comprensión integral del funcionamiento e interacción de del individuo entre los múltiples elementos en el ambiente; iniciamos explicando el proceso de combustión entre principal órgano del aparato respiratorio, el pulmón, el cual provee de oxígeno y está en constante contacto con los gases externos con cada respiración, los filtros que ayudan a limpiar el aire se encuentran en las vías aéreas; nariz, laringe, faringe, tráquea y el árbol bronquial son los encargados de limpiar y calentar el aire que aspiramos, la congestión de alguno de ellos impide filtrar el aire y por lo tanto la consecuencia es enfermarse (Enarson, et al., 2001).	Preguntas dirigidas por medio de Google Forms, en formato de historia clínica que evalúa e identifica la presencia de enfermedades respiratorias agudas en relación con los antecedentes heredofamiliares.

Estilos de vida	<p>“Entendidos como el conjunto de los comportamientos, actitudes, tendencias, valores y formas vitales que caracterizan el modo de vida de las personas en relación con su ambiente y que inciden positiva o negativamente en la promoción de su salud” (Biddle, et al., 2009; y Beunza, et al., 200; entre otros como se citó en Ortega, 2014, p. 56)</p>	<p>El Inventario de Calidad de Vida y Salud por sus siglas INCAVISA se trata de un autoinforme de 68 reactivos ordinales, fue elaborado por Angélica Riveros, Juan José Sánchez Sosa y Mark Andrew Groves.</p>
Estrés	<p>Según Lazarus y Folkman (1986) el estrés consta de un desequilibrio emocional, los estímulos estresores son diferentes en cada persona ya que para una puede un estímulo ser estresante y para otra no, por lo tanto, se considera estrés cuando una persona identifica una situación o estímulo como amenazante y ésta rebasa sus recursos de afrontamiento y por consiguiente su estado de bienestar.</p>	<p>El Perfil de Estrés de Nowack hace una evaluación amplia del estrés, y del riesgo para la salud, conformado por 123 reactivos, elaborado por Kenneth M. Nowack.</p>

Hipótesis estadística

Existe una relación estadísticamente significativa entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la presencia de una enfermedad respiratoria aguda reportado por los estudiantes universitarios del municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

Instrumentos

1. Historia clínica, evalúa e identifica la presencia de enfermedades respiratorias agudas en relación con los antecedentes heredofamiliares (personales no patológicos), parte de la estructura se basó en el modelo de cuestionario auto diligenciado para conocer más a fondo hábitos del estilo de vida, como la alimentación, el ejercicio e higiene, también preguntas de estimación, las respuestas sugeridas presentan diversos grados de intensidad; el miembro de la familia podrá elegir la respuesta según el grado de adhesión a la pregunta, preguntas de acción dirigida a actitudes o decisiones tomadas por el miembro para su cuidado y una matriz de preguntas con un ordenamiento bidireccional de mayor a menor importancia.
2. Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA; Riveros Angélica, Sánchez Sosa Juan José, Groves Mark Andrew, 2009) consta de 68 reactivos ordinales, evalúa 12 áreas de la salud: Preocupaciones, Desempeño físico, Aislamiento, Percepción corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre, Vida cotidiana, Familia, Redes sociales, Dependencia médica y Relación con el médico, tiene una confiabilidad en Alfa de Cronbach de .90.
3. Perfil de Estrés - Nowack M. Kenneth, consta de 123 reactivos, la prueba evalúa 15 áreas que se pueden ver afectadas; Estrés, Hábitos de salud, Ejercicio, Descanso, Alimentación, Prevención, Red de apoyo, Conducta tipo A, Fuerza cognitiva, Valoración positiva, Valoración negativa, Minimización de la amenaza, Concentración en el problema y Bienestar psicológico, tienen una confiabilidad en Alfa de Cronbach de .89, validada en estudiantes universitarios en México (Roca-Chiapas et al., 2019)

Procedimiento Fase 1

Se hará la aplicación de los instrumentos en el área de cómputo de cada plantel, se citará a conveniencia con los profesores de acuerdo a sus horarios y disponibilidad de las áreas, respecto a la forma de responder cada uno de los instrumentos en el caso de INCAVISA se hará por medio de un formulario digital, el cual también incluirá el consentimiento informado así mismo la aplicación del instrumento de Perfil de Estrés.

Análisis de Datos Propuesto

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 22.

Implicaciones Éticas

Para llevar a cabo esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios éticos:

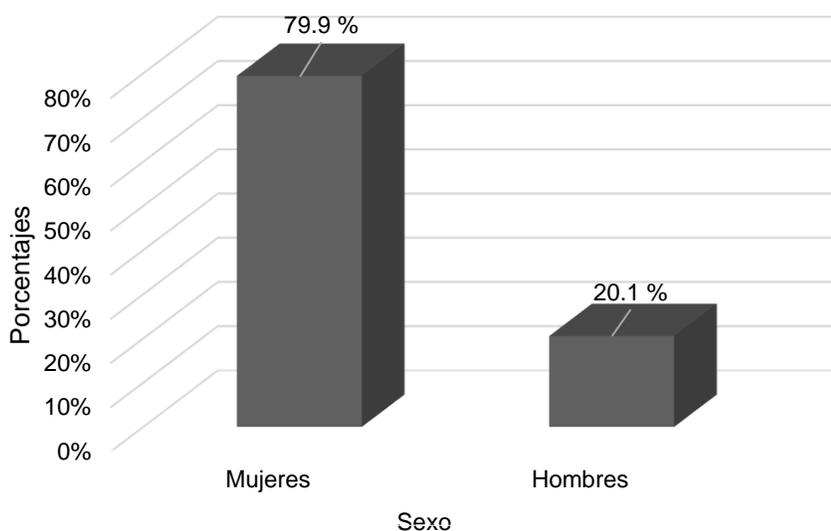
- Consentimiento informado
- Aceptación voluntaria
- Manejo confidencial de la información
- Apego al código ético del psicólogo para la recolección de datos

Resultados Fase 1

La muestra estuvo compuesta por 239 alumnos y alumnas de Psicología de 18 a 35 años con una $\bar{x}=20.43$ ($\sigma=2.01$) de los cuales el 20.1% fueron hombres y el 79.9% mujeres (Ver Figura 15).

Figura 15

Distribución por Sexo de las y los Participantes en el Estudio



Análisis Descriptivo de la Historia Clínica

Para identificar la presencia de las enfermedades respiratorias agudas además de conocer los hábitos de salud como el ejercicio, alimentación e higiene y también algunas características económicas, sociales, demográficas, ambientales se elaboró una historia clínica la cual seccionaba las condiciones en las que los alumnos se encontraban actualmente, al ser una variable dependiente (enfermedad respiratoria) multicausal y además no lineal entre efecto y consecuencia se trató de ahondar en cada sección con preguntas y respuestas dirigidas para tener una secuencia de análisis más práctica y sin texto que hiciera paja o no fuese útil para el propósito de la investigación. La estructura se tomó de una recopilación de Historias Clínicas para atención de primer nivel, de estas se tomaron ejemplos para la sección de preguntas

dirigidas a enfermedades del aparato respiratorio, en la historia virtual se anexó una explicación breve sobre lo que trata cada enfermedad con el fin de hacer más entendible esta sección.

De acuerdo a la información obtenida en la historia clínica, los padecimientos que tienen mayor significancia en la muestra son; Tos 57.7%, Rinorrea 53.6%, Dolor de tórax 29.3% y Sibilancias 26.8% (Tabla 3).

Tabla 3

Frecuencias Obtenidas de la Historia Clínica Respecto a los Padecimientos Relacionados con las ERA.

	Rinorrea		Rinolalia		Epistaxis		Tos	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	128	53.6	39	16.3	59	24.7	138	57.7
No	111	46.4	200	83.7	180	75.3	101	42.3
Total	239	100.0	239	100.0	239	100.0	239	100.0

	Expectoración		Disfonia		Hemoptisis		Vómica	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	11.7	28	11.7	5	2.1	57	23.8
No	211	88.3	211	88.3	234	97.9	182	76.2
Total	239	100.0	239	100.0	239	100.0	239	100.0

	Disnea		Cianosis		Dolor_Torax		Sibilancias	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	57	23.8	17	7.1	70	29.3	64	26.8
No	182	76.2	222	92.9	169	70.7	175	73.2
Total	239	100.0	239	100.0	239	100.0	239	100.0

Existen 3 enfermedades respiratorias que tienen una elevada aparición en los sujetos de estudio las cuales son; Rinofaringitis 63.6%, Faringitis 58.2% y Amigdalitis 38.9% en relación a sus antecedentes heredofamiliares.

Tabla 4

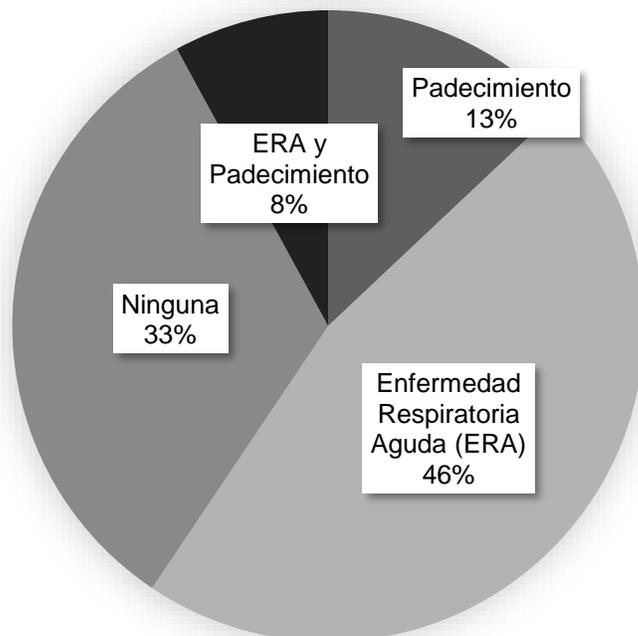
Frecuencias Obtenidas de la Historia Clínica Respecto a las ERA

Porcentaje	Rinofaringitis	Faringitis	Amigdalitis	Laringitis	Bronquitis	Bronquiolitis	Neumonía
	63.6	58.2	38.9	20.5	24.3	18.4	4.2

La figura 16 muestra la presencia de las ERA y su combinación con los padecimientos escritos y explicados en la historia clínica, como se puede evidenciar el 46% tuvieron una Enfermedad Respiratoria Aguda, el 33% no presentó ninguna condición parecida, el 13% únicamente presentó uno o varios padecimientos y por último el 8% presentó una ERA y un padecimiento en los últimos 6 meses.

Figura 16

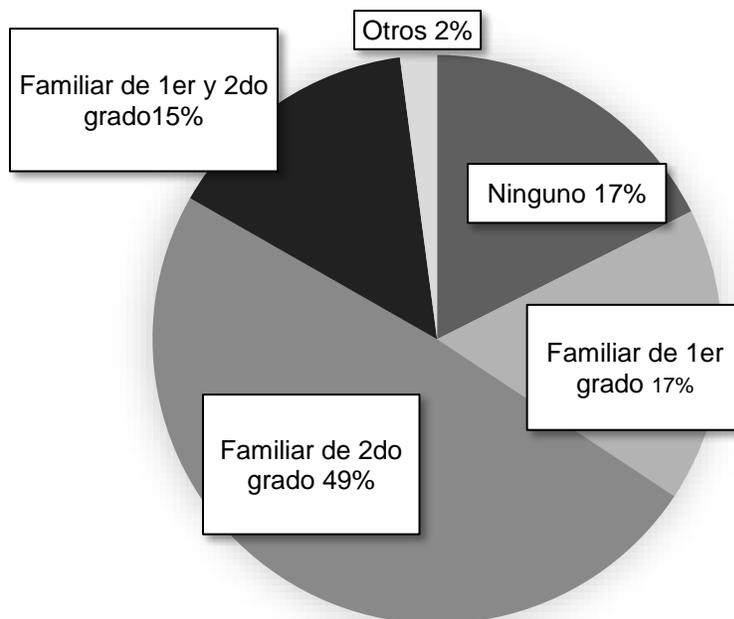
Presencia de las Enfermedades Respiratorias Agudas en los Últimos 6 Meses. Elaboración Propia.



Parte importante de la historia clínica fueron los antecedentes heredofamiliares, en esta parte se preguntaba si algún familiar solía enfermarse con frecuencia de las ERA o si tenía un padecimiento relacionado, como se puede observar en la figura 17, el 49% indicó que uno o varios familiares de 2do grado (abuelos, tíos, primos,) tienen esta regularidad, el 17 % reportó a familiares de 1er grado (papá, mamá, hermanos), de igual forma el 17% mencionó que ningún familiar tenía esta constancia, el 15% informó que un familiar de 1er y 2do grado tenían esta reincidencia y por último el 2% mencionan a otras personas no consanguíneas (pareja, vecinos, amigos).

Figura 17

Antecedentes Heredofamiliares Relacionados con las ERA y Padecimientos



Al momento de hacer la evaluación 10 estudiantes reportaron tener una Enfermedad Respiratoria Aguda en el Inventario de Calidad de Vida (INCAVISA), como se puede observar en la tabla 5.

Tabla 5

Enfermedades Respiratorias Agudas en Estudiantes Universitarios al Momento de la Evaluación.

	Rinofaringitis	Faringitis	Amigdalitis	Laringitis	Bronquitis	Bronquiolitis	Neumonía
Frecuencia	8	2	0	0	0	0	0

Por otro lado, en la sección de Enfermedades Respiratorias Crónicas, 89 de los 239 estudiantes reportaron tener una enfermedad crónica, es decir el 37% de la muestra total, entre los mismos 6 estudiantes universitarios reportaron tener EPOC, 12 estudiantes Asma, 65 una Alergia Respiratoria, 33 Hipertensión Pulmonar, 10 Bronquitis Crónica y por último 2 estudiantes reportaron tener Cáncer de Pulmón, como se logra observar en la siguiente tabla:

Tabla 6

Enfermedades Respiratorias Crónicas en Estudiantes Universitarios.

	EPOC		Asma		Alergia Respiratoria	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	6	2.5	12	5.0	65	27.2
No	233	97.5	227	95.0	174	72.8
Total	239	100	239	100	239	100

	Hipertensión Pulmonar		Bronquitis Crónica		Cáncer de Pulmón	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	13.8	10	4.2	2	.8
No	206	86.2	229	95.8	237	99.2
Total	239	100	239	100	239	100

Análisis Estadístico Descriptivo de INCAVISA

Para evaluar y conocer el estado en el que se encuentran los estudiantes universitarios se hizo una revisión en los puntos de corte con base en el manual, en la tabla 7 las áreas de Preocupación $\bar{x}=3.30$, Desempeño $\bar{x}=14.57$, Aislamiento $\bar{x}=3.30$, Percepción Corporal $\bar{x}=3.74$, Funciones Cognitivas $\bar{x}=6.85$, Actitud ante el Tratamiento $\bar{x}=2.19$, Tiempo Libre $\bar{x}=2.24$, Vida Cotidiana $\bar{x}=1.31$ y Redes Sociales $\bar{x}=13.51$ se encuentran en un rango normal, a diferencia de la subescala Dependencia con el Médico $\bar{x}=3.03$ la cual puntuó como muy buena y Relación con el Médico $\bar{x}=3.03$ como muy baja, esto se debe a que el instrumento está dirigido a tres

poblaciones; crónicas, agudas y sanas, la tabla de puntos de corte que se utilizó para calificar la media de la muestra fue con los puntos de corte para población aguda, ya que en el manual no cuenta con los puntos de corte para población sana.

La siguiente tabla muestra los estadísticos descriptivos de cada área que evalúa el instrumento de calidad de vida:

Tabla 7

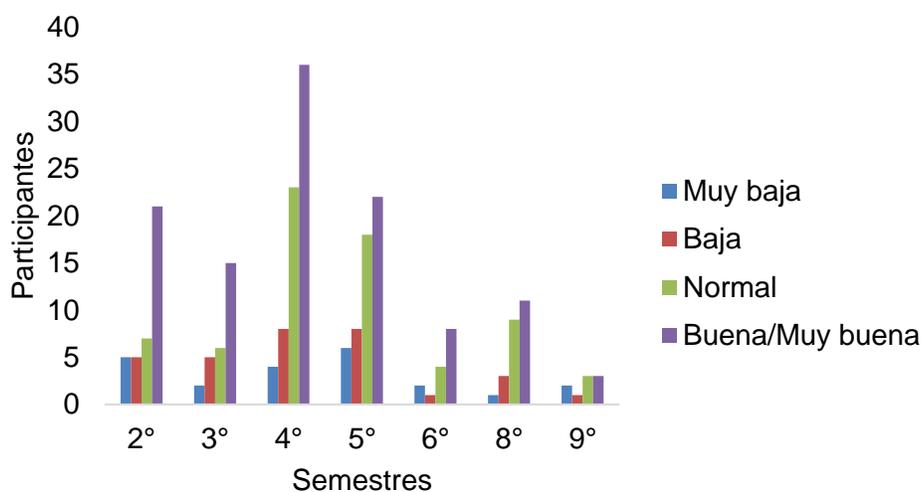
Medidas Obtenidas de INCAVISA

Escala	N	Media	DE
Preocupaciones	239	3.30	4.642
Desempeño	239	14.57	4.662
Aislamiento	239	3.30	3.935
Percepción corporal	239	3.74	3.950
Funciones cognitivas	239	6.85	4.942
Actitud ante el tratamiento	239	2.19	3.580
Familia	239	14.57	5.371
Tiempo libre	239	2.24	3.731
Vida cotidiana	239	1.31	3.168
Dependencia médica	239	2.50	4.123
Relación con el médico	239	3.03	4.018
Redes sociales	239	13.51	5.831

De acuerdo a lo que se observa en la figura 18, en la subescala de Preocupaciones la mayoría de los semestres puntúan de Normal a Muy bueno, lo cual refiere una buena recepción de ayuda ante las circunstancias desfavorables, el 8vo y 9no semestre tiene puntuaciones Muy baja y Baja, un poco por debajo de los demás semestres, esto quiere decir una conducta vigilante a señales que se interpreten como molestas o negativas.

Figura 18

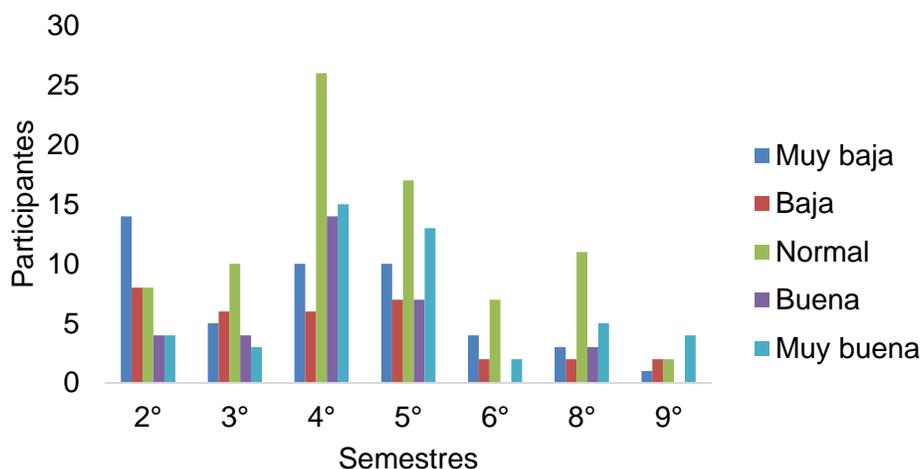
Distribución de los Semestres Según sus Niveles de Preocupación



Respecto a lo que se muestra en la figura 19, la puntuación Muy baja o Baja en esta escala se interpreta como una reducida capacidad de realizar actividades físicas, el 2do semestre tiene las puntuaciones antes mencionadas y el resto de los semestres tienen puntuaciones normales, aunque el 4to y 5to semestre tienen puntuaciones de Muy buenas y buenas, en el Desempeño físico, un poco elevados en comparación con los otros.

Figura 19

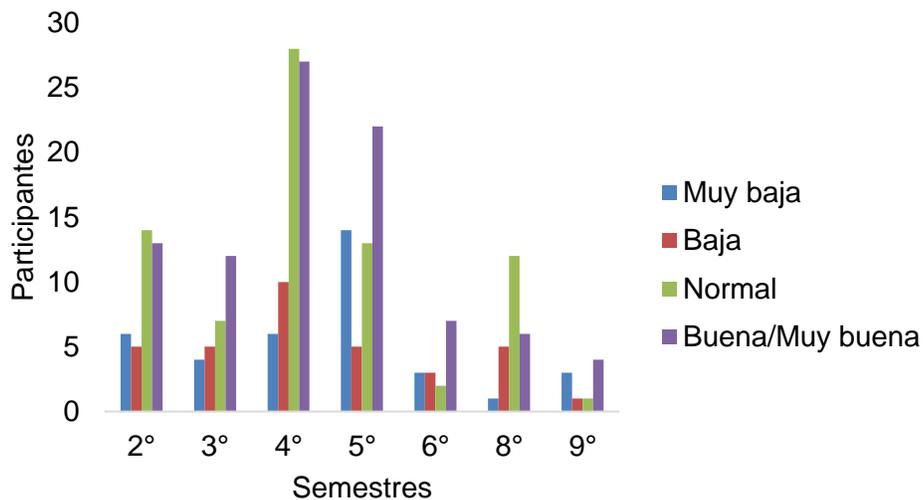
Distribución de los Semestres Según sus Niveles de Desempeño Físico



Los datos arrojan puntuaciones Normales y Muy buenos en la subescala de Aislamiento, solo el 5to y 9no semestre puntúan en niveles Muy bajos a lo que se interpreta como una sensación de vacío constante y puede indicar predisposición a sintomatología depresiva o distimia (Ver figura 20).

Figura 20

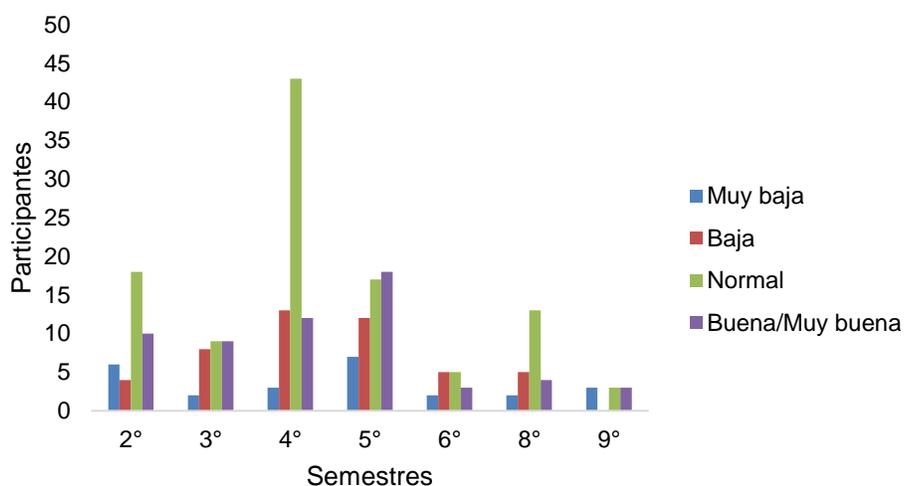
Distribución de los Semestres Según sus Niveles de Aislamiento



En la subescala de Percepción Corporal las puntuaciones que se observan en el 3er, 6to y 9no semestre muestra puntuaciones similares entre niveles, las puntuaciones bajas se interpretan como una percepción físicamente desagradable hacia uno mismo, mientras que las puntuaciones altas como en el 2do, 4to y 8vo semestre se percibe como personas atractivas y con un autoconcepto agradable (Ver figura 21).

Figura 21

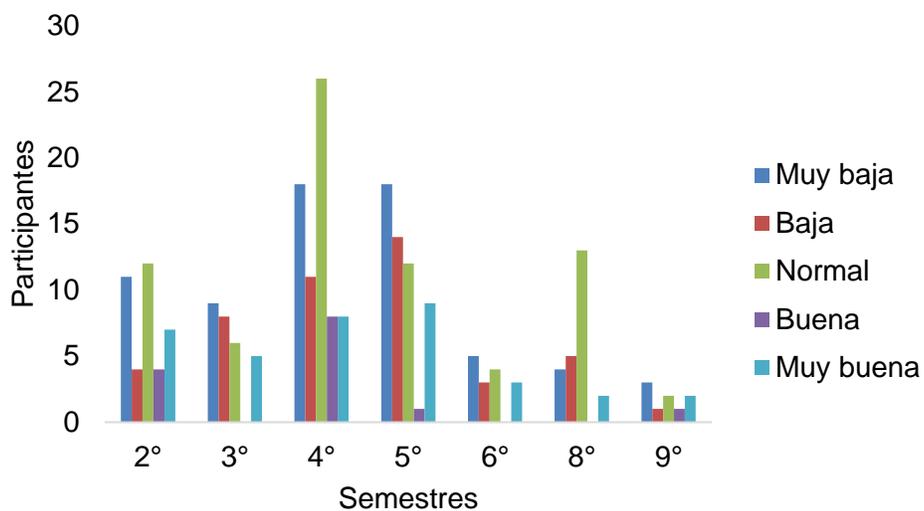
Distribución de los Semestres Según sus Niveles de Percepción Corporal



De acuerdo a los resultados de la subescala de Funciones Cognitivas en la figura 22, el 2do, 4to y 8vo semestre tiene puntuaciones en donde Normal sobrepasa las demás puntuaciones, por otro lado el 3er, 5to, 6o y 9no semestre tienen puntuaciones Muy bajas que sobrepasan los demás, esto quiere decir una disminución notable en la concentración y memoria, además es un indicador de posibles estados emocionales parecidos a la depresión y sentimientos de enojo, inutilidad y ansiedad.

Figura 22

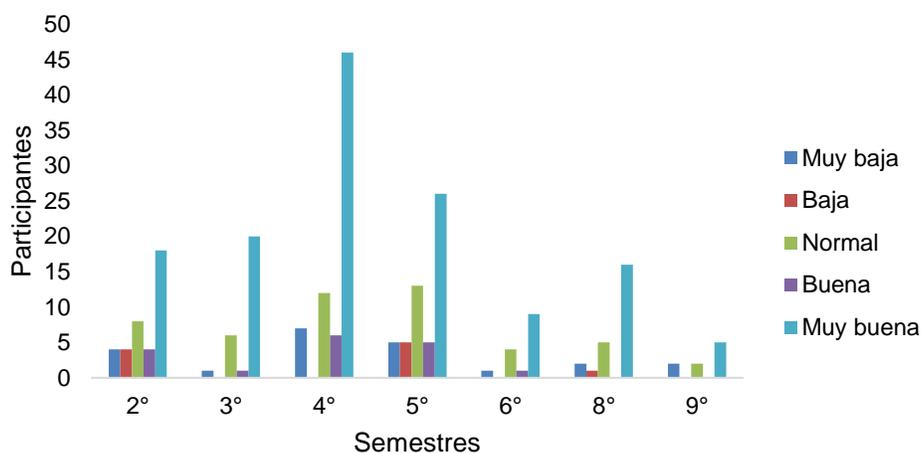
Distribución de los Semestres Según sus Niveles en Funciones Cognitivas.



El la figura 23 las puntuaciones se encuentran en Muy buena respecto a la subescala de Actitud ante el Tratamiento, esta puntuación se encuentra presente en todos los semestres, con ello se interpreta una buena comprensión de la importancia de un tratamiento médico, también un manejo adecuado de la salud y creencias que ayudan a las rutinas derivadas del tratamiento.

Figura 23

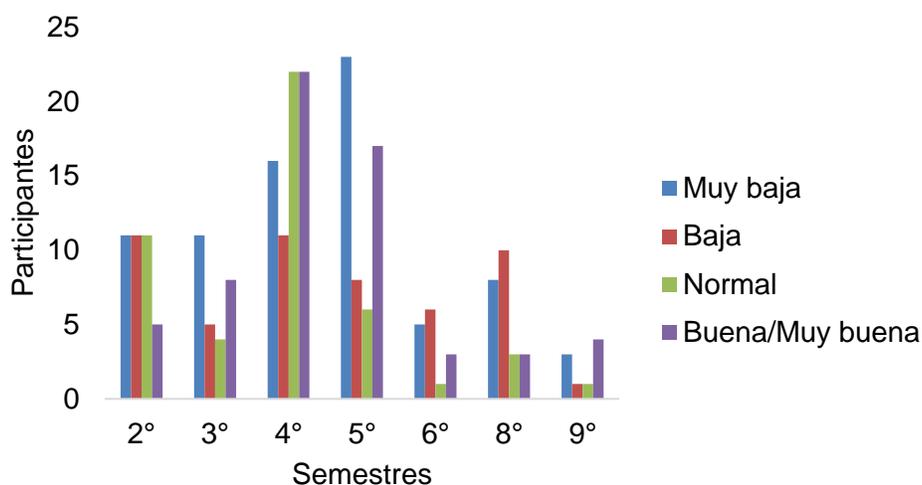
Distribución de los semestres según sus niveles en Actitud ante el Tratamiento.



En la figura 24 se pueden observar puntuaciones distintas entre los semestres en la subescala de Familia, en el 2do, 3ro, 5to, 6to y 8vo las puntuaciones bajas son más elevadas que las puntuaciones positivas, siendo el 5to semestre el más elevado en puntuación Muy baja, esto implica problemas serios de interacción, puede haber un abandono y desacuerdos importantes, por otro lado, para el 4to y 9no semestre la familia representa un apoyo significativo.

Figura 24

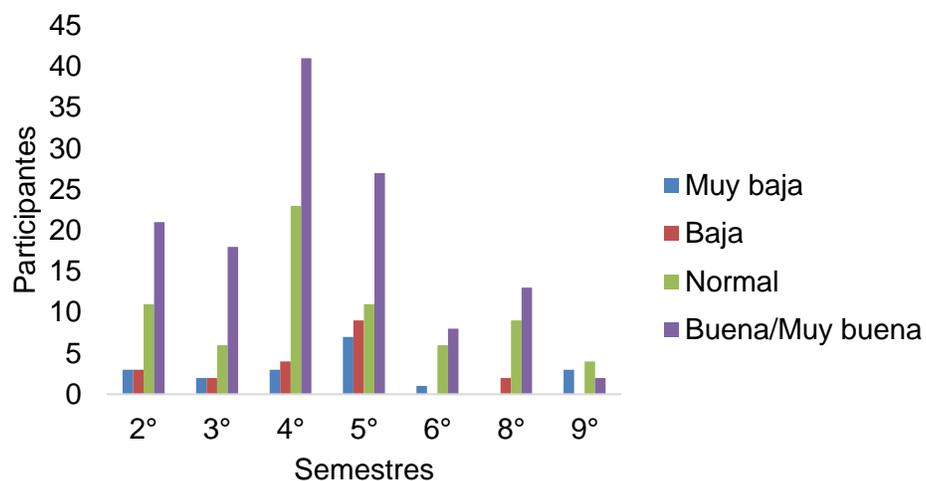
Puntuaciones de los Semestres en la Escala de Familia



En la subescala de Tiempo Libre las puntuaciones se encuentran por arriba de las normales lo cual refiere una posesión de habilidades sociales y redes de apoyo, en la que el 4to semestre puntúa más alto (Ver figura 25).

Figura 25

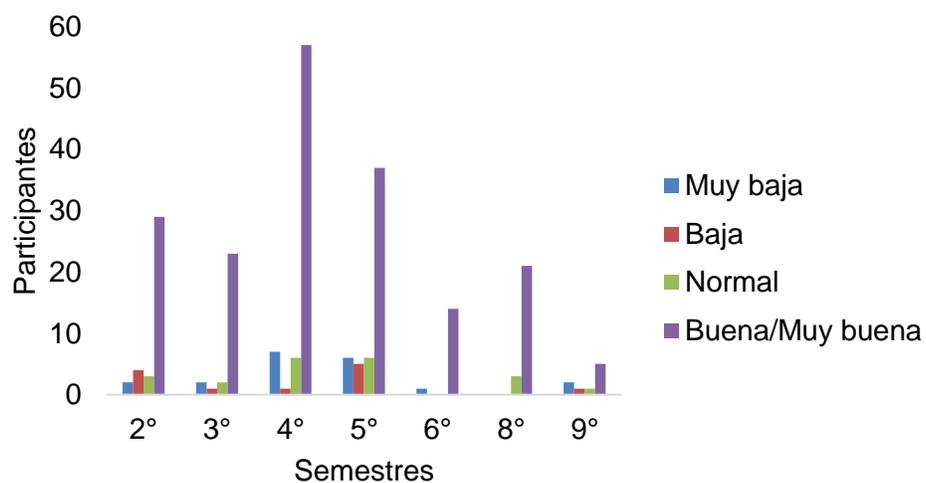
Distribución de los Semestres Según sus Niveles de Tiempo Libre



De igual forma que en la anterior figura se muestran puntuaciones Muy buenas en la distribución por semestres, esta área del instrumento evalúa las rutinas a partir de la enfermedad y cómo la población que se utilizó para el estudio se encuentra sana, es normal que puntuaron de esta forma en la subescala de Vida Cotidiana (Ver figura 26).

Figura 26

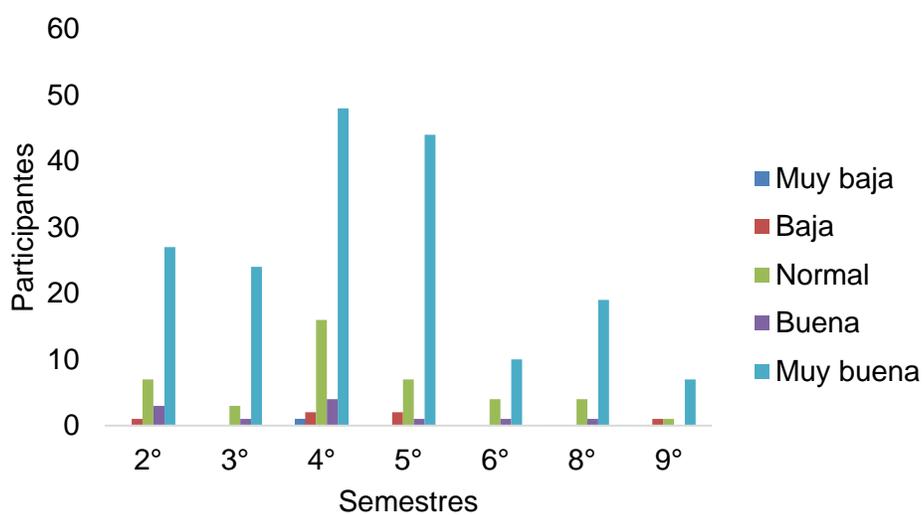
Distribución de los Semestres Según sus Niveles de Vida Cotidiana.



Como se ha visto y explicado en las anteriores figuras, los valores de estas subescalas se relacionan directamente con una condición aguda o crónica, en este caso a la actitud ante el tratamiento y autoeficacia de acuerdo a la enfermedad, todos los semestres puntúan Muy buenos y Normales en esta subescala (Ver figura 27).

Figura 27

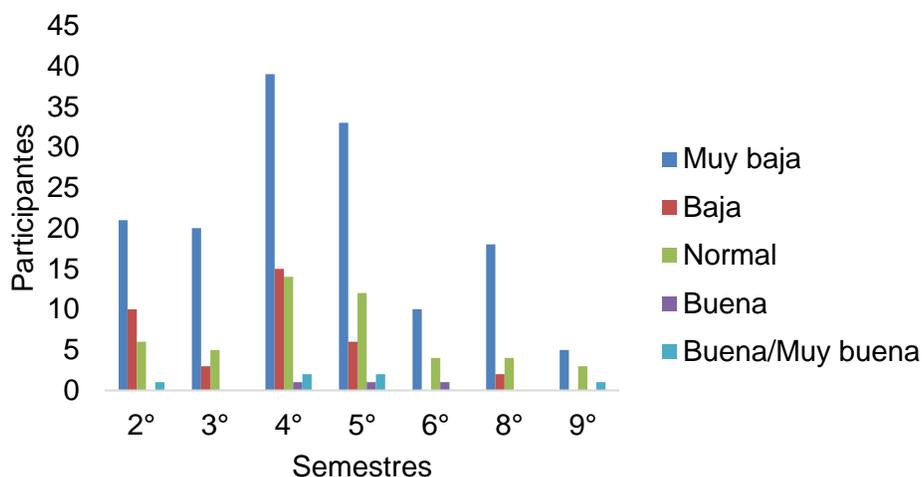
Distribución de los semestres según sus niveles en Dependencia Médica



En la figura 28 los resultados en la subescala de Relación con el Médico puntúan en Muy bajos y Normal, esto se debe por el nulo contacto y búsqueda médica, puesto a que la muestra no se encuentra en tratamiento médico y tampoco en el manejo de una enfermedad, se consideran adecuados.

Figura 28

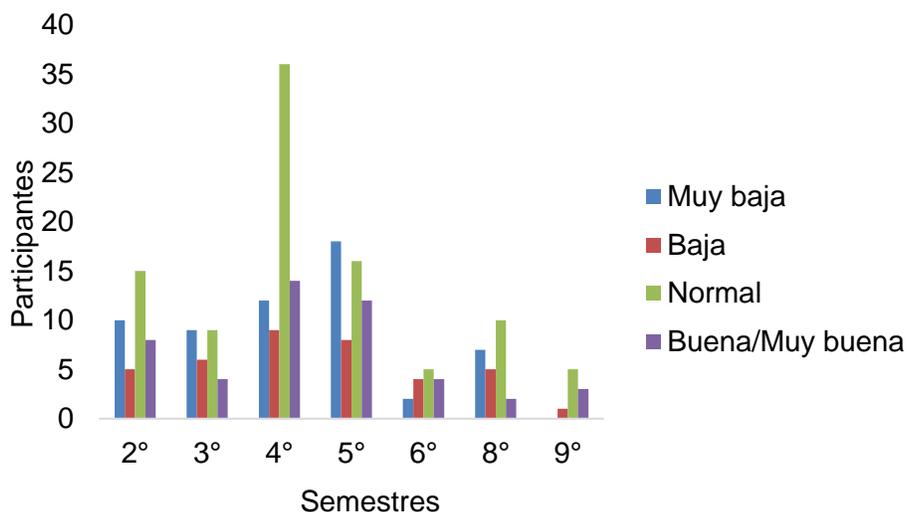
Distribución de los Semestres Según sus Niveles en Relación con el Médico



En esta última figura del análisis descriptivo del instrumento de INCAVISA, se observan puntuaciones diferentes en la subescala de Redes Sociales con distintos patrones por semestre, el 2do, 4to y 8vo se encuentran con una puntuación Normal, mientras que el 3er y 5to tienen puntuaciones altas en Bajos y Muy bajos, a lo cual el medio social se interpreta como indiferente o agresivo.

Figura 29

Distribución de los Semestres Según sus Niveles en Redes Sociales



Respuestas en Preguntas Abiertas de INCAVISA

Se encontró que la mayoría de los estudiantes universitarios que reportaban una ERA en el momento de la evaluación también reportaban un evento o situación disruptivo. La tabla 8 muestra la anterior afirmación.

Tabla 8

Estudiantes que Reportaron una ERA y un Evento Disruptivo

No. de estudiantes	Evento/Situación	ERA
4	Estrés académico	Rinofaringitis aguda
1	Problemas de salud mental (patología)	Faringitis aguda
2	Duelo	Faringitis aguda
1	Aborto	Rinofaringitis aguda
2	Ninguna	Rinofaringitis aguda

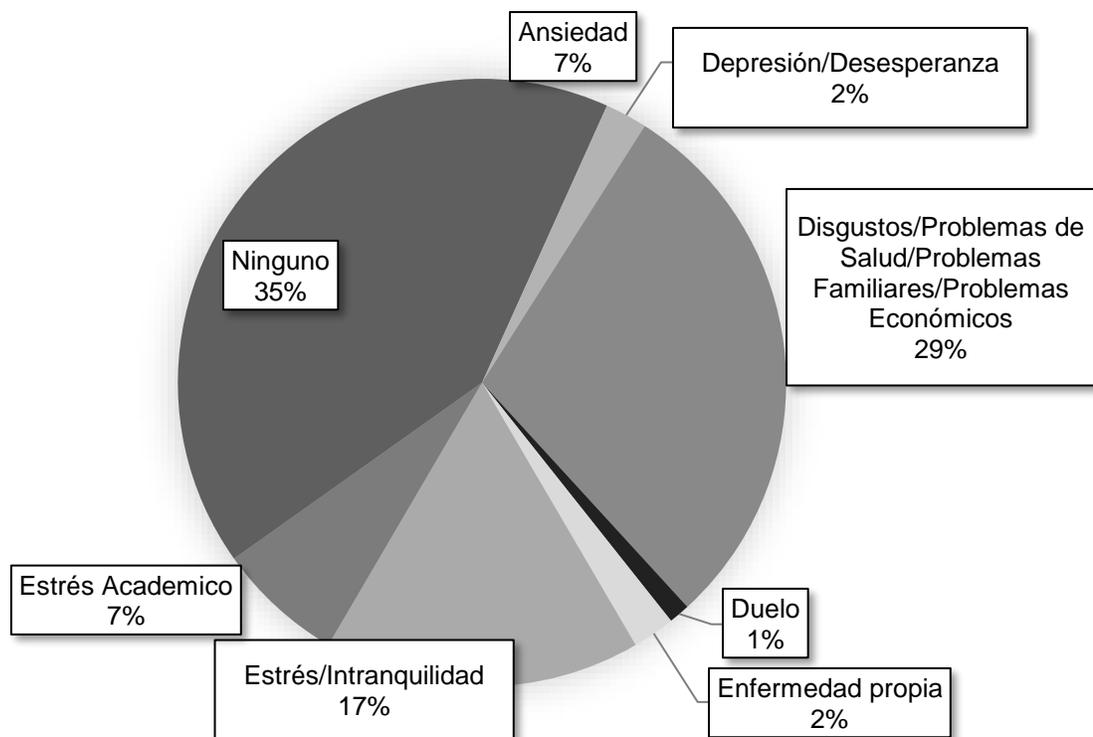
Lo mismo sucedió en los estudiantes con una ERC en la pregunta número 54 de INCAVISA refiere lo siguiente:

“En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc).”

Como se ve en la figura 30, el 35 % no reportó ningún hecho que influyera en su bienestar, el 29 % reportó disgustos, problemas de salud, familiares o económicos, el 17% estrés e Intranquilidad, 7% estrés, otro 7% ansiedad, el 2% reportaba preocupación por su propia enfermedad y otro 2% depresión, solo 1% reportó la muerte de un ser querido recientemente.

Figura 30

Pregunta 54 de INCAVISA, Respuestas de Estudiantes con una ERC



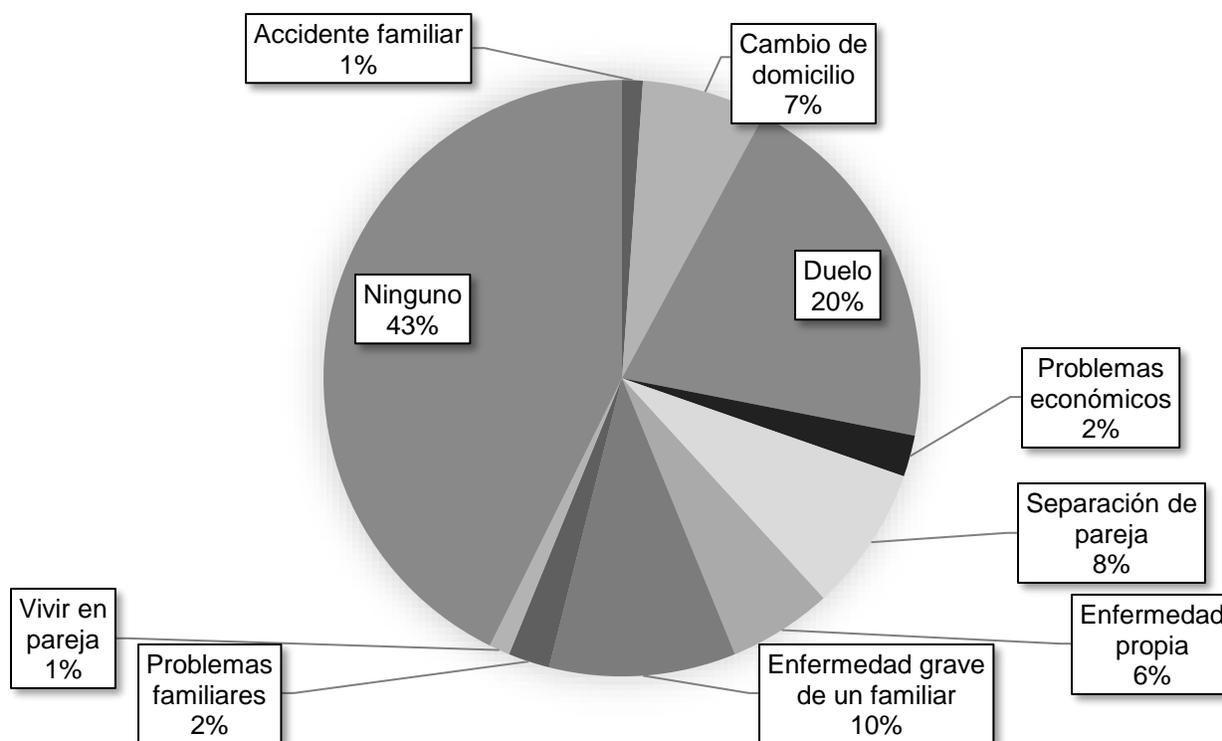
La pregunta número 55 dice lo siguiente:

“En los últimos seis meses: ¿ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, cambio de domicilio, separación).”

A lo que 43% no reportó ningún suceso de los últimos seis meses el 20% reportó pasar por un duelo, el 10% menciona que un familiar está pasando por una condición grave durante su enfermedad, el 8 % se encuentra pasando por una separación de pareja, el 7% mencionó cambiarse de domicilio, otro 6 % se encuentran preocupadas y preocupados por su estado de enfermedad, el restante reportó diferentes problemas; económicos, de salud, vivir en pareja y accidente familiar. (Véase figura 31).

Figura 31

Pregunta 55 de INCAVISA, Respuestas de Estudiantes con una ERC.



Análisis estadístico descriptivo de Perfil de Estrés

Para medir el nivel de estrés se utilizó el instrumento de Perfil de estrés, para calcular los resultados e interpretar la severidad las puntuaciones naturales se transformaron a puntuaciones T, los puntos de corte van por rango, 20-40 puntos se considera bajo, 40-60 normal y 60-80 alto, como se puede observar en gran parte de las medidas por semestre y subescalas de dicho instrumento se encuentran dentro del rango normal (40-60).

Tabla 9*Medidas Obtenidas de Perfil de Estrés por Semestre.*

Semestre	Estrés	Hábitos de Salud	Ejercicio	Descanso / Sueño	Alimentación / Nutrición	Prevención	ARC	Red de Apoyo	
2°	\bar{X}	45.89	47.16	42.76	46.03	44.82	57.50	49.42	54.00
	DE	12.535	10.774	12.142	13.964	8.053	12.515	10.956	19.641
3°	\bar{X}	43.43	52.54	41.93	50.04	48.43	65.86	49.00	56.54
	DE	10.086	8.426	10.780	11.507	7.695	11.277	9.843	18.648
4°	\bar{X}	43.99	49.04	45.04	46.34	45.03	59.93	48.77	58.39
	DE	11.184	9.938	11.693	10.396	10.564	11.309	10.491	19.026
5°	\bar{X}	45.61	48.35	45.76	45.09	44.41	58.67	52.15	48.26
	DE	10.984	10.032	11.972	10.004	11.026	12.504	11.095	20.369
6°	\bar{X}	48.73	43.67	43.33	43.33	43.07	50.27	56.53	58.47
	DE	12.725	10.795	9.947	10.493	9.407	11.823	12.648	17.204
8°	\bar{X}	48.00	52.13	51.88	50.13	43.63	61.21	51.25	51.00
	DE	8.557	10.576	11.300	9.410	10.308	11.799	8.649	15.831
9°	\bar{X}	48.67	46.00	43.89	46.44	47.78	49.11	62.11	45.67
	DE	13.379	15.780	13.896	16.637	12.327	18.530	9.740	16.636
Total	\bar{X}	45.47	48.85	45.01	46.64	45.09	59.07	50.90	53.97
	DE	11.186	10.431	11.828	11.298	9.973	12.633	10.886	19.183

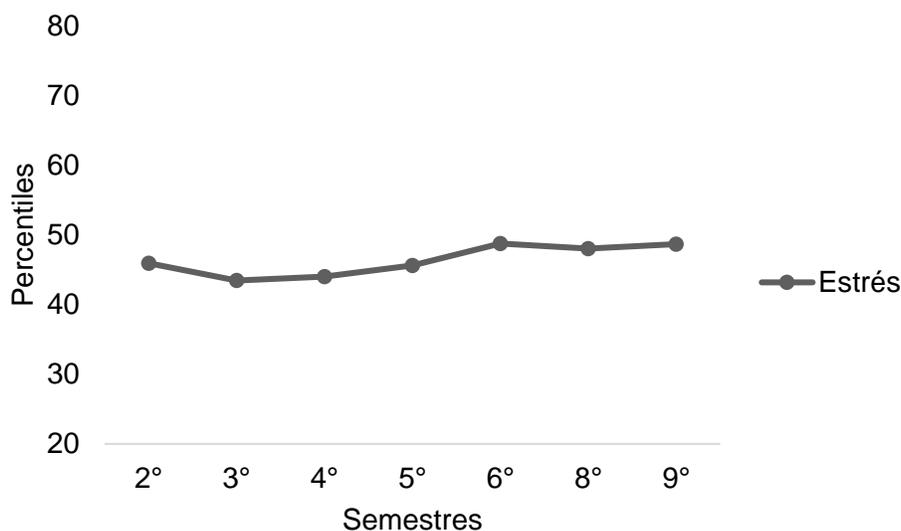
Tabla 9*Medidas Obtenidas de Perfil de Estrés por Semestre (Continuación).*

Semestre	Conducta Tipo A	Fuerza Cognitiva	Valoración Positiva	Valoración Negativa	Minimización de la Amenaza	Concentración en el Problema	Bienestar Psicológico	
2°	\bar{X}	45.84	44.58	55.45	52.03	52.58	51.29	52.00
	DE	13.033	8.785	13.780	17.425	14.626	13.287	13.587
3°	\bar{X}	37.04	41.50	48.21	47.61	49.21	42.79	46.39
	DE	9.998	8.783	12.633	14.317	14.397	13.381	12.381
4°	\bar{X}	42.38	47.10	54.41	45.77	49.13	47.10	54.30
	DE	12.846	10.057	10.574	14.048	13.616	12.516	12.991
5°	\bar{X}	44.54	40.89	48.78	47.41	45.31	42.98	52.63
	DE	14.289	8.652	14.646	16.085	15.793	15.746	16.200
6°	\bar{X}	43.73	45.27	47.87	47.40	47.93	47.00	51.53
	DE	8.413	12.009	17.683	18.589	14.170	13.851	16.203
8°	\bar{X}	42.29	44.29	50.08	49.21	48.79	46.46	50.54
	DE	9.888	8.544	13.025	10.363	12.230	12.350	12.918
9°	\bar{X}	49.11	41.11	50.11	55.67	48.00	50.67	56.78
	DE	10.752	7.737	15.536	11.630	13.675	17.550	16.769
Total	\bar{X}	43.12	44.02	51.57	48.17	48.67	46.39	52.17
	DE	12.524	9.539	13.426	15.096	14.302	13.939	14.199

Los datos arrojan un nivel normal de estrés con una curva acentuada en el 3er semestre y una elevación en los y las alumnas de 6to semestre ($\bar{x}=48.73$) para disminuir pocos decimales en 8vo ($\bar{x}=48.00$) y volver a incrementar en el 9no semestre ($\bar{x}=48.67$) (Ver figura 32).

Figura 32

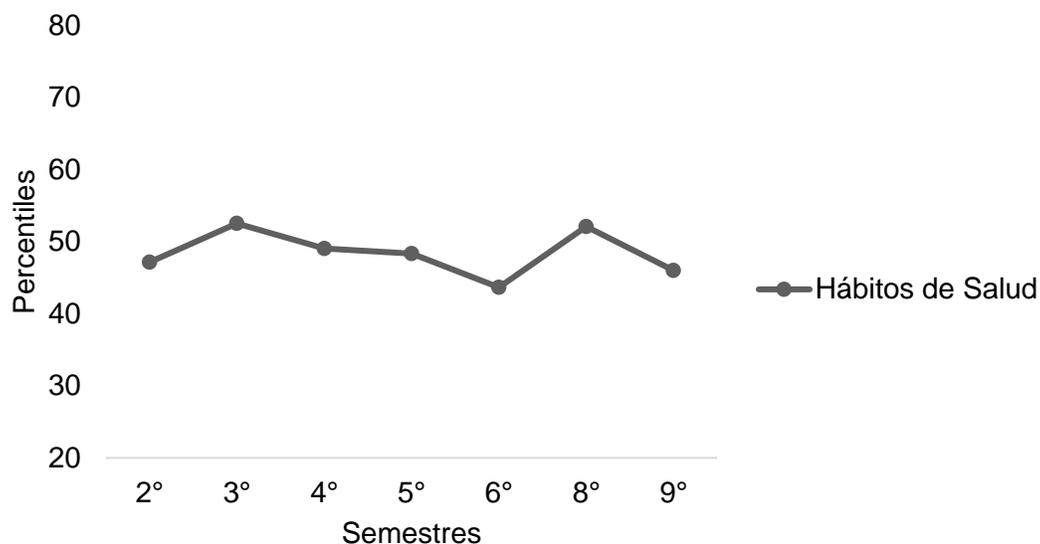
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Estrés



Se observa en la figura 33 una distribución un poco variada en la subescala de Hábitos de Salud, el 2do semestre parte de una puntuación $\bar{x}=47.16$ y en el 3er semestre aumenta a una $\bar{x}=52.54$ la cual va descendiendo hasta el 6to semestre con $\bar{x}=43.67$ e incrementa a $\bar{x}=52.13$ en 8vo y nuevamente disminuye en 9no $\bar{x}=46.00$.

Figura 33

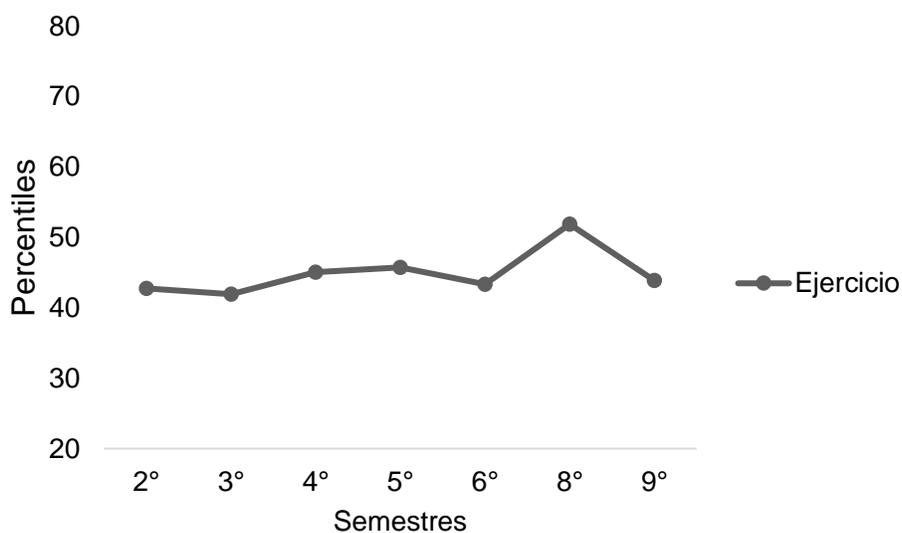
Distribución de los Semestres Según los Hábitos de Salud



De acuerdo a lo visto en la figura 34 en la subescala de Ejercicio, las puntuaciones del 2do $\bar{x}=42.76$ al 6to semestre $\bar{x}=43.33$ se encuentran un poco bajas en el rango normal (40-60).

Figura 34.

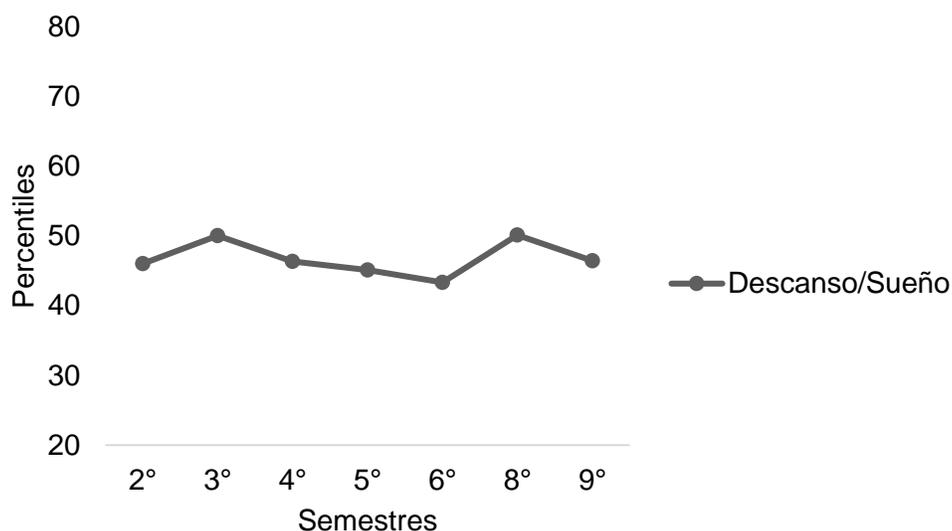
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Ejercicio.



Existe una distribución semejante en la subescala de Descanso/Sueño entre las y los estudiantes la cual se mantiene en el rango normal con una puntuación máxima $\bar{x}=50.1$ que le corresponde al 8vo semestre y una puntuación mínima $\bar{x}=43.33$ que le corresponde al 6to semestre (Ver figura 35).

Figura 35

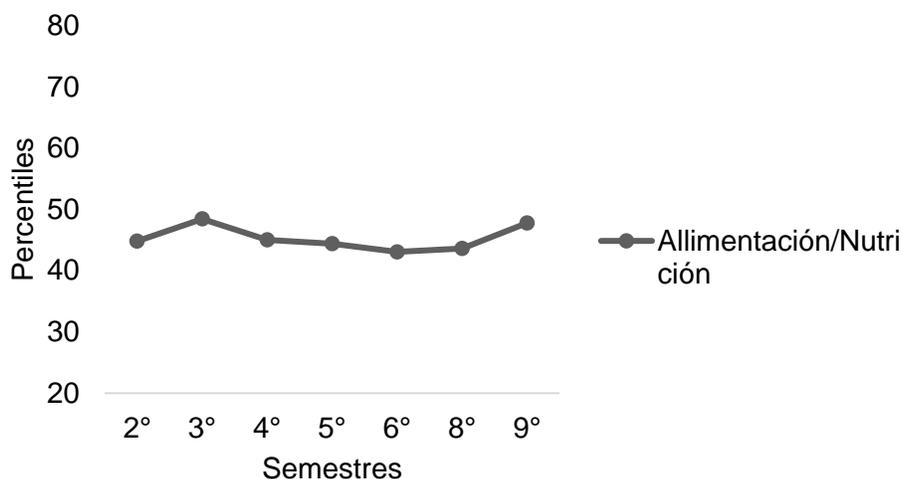
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Descanso/Sueño



De igual forma las puntuaciones para la subescala de Alimentación/Nutrición se encuentran dentro del rango normal con un aumento en el 3er semestre con una $\bar{x}=48.43$ que desciende hasta el 8vo semestre $\bar{x}=43.63$ y aumenta en 9no con una $\bar{x}=47.78$ (Ver figura 36).

Figura 36

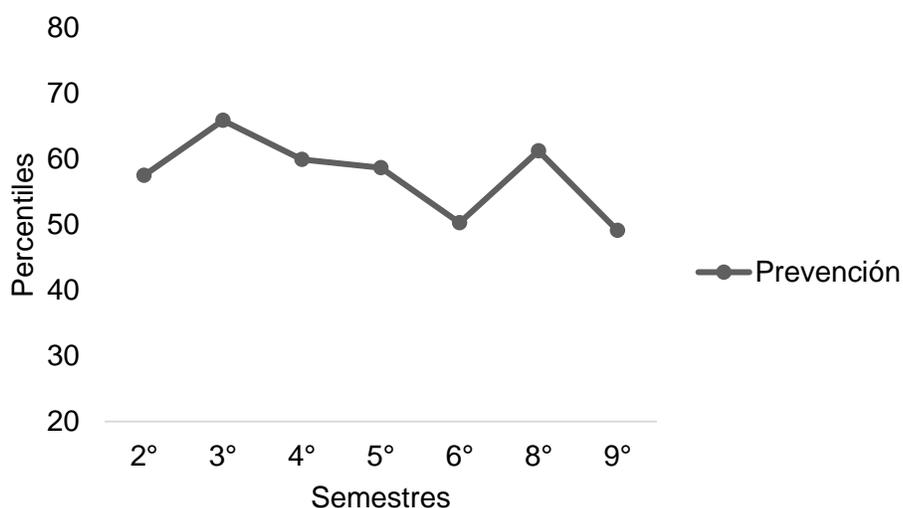
Distribución de los semestres según sus puntuaciones de Alimentación/Nutrición



Los datos arrojan puntuaciones altas en la figura 37, con una $\bar{x}=65.85$ en el 3er semestre y un descenso en los siguientes semestres hasta 6to el cual disminuye a una $\bar{x}=50.27$, después sube en 8vo a una $\bar{x}=61.21$ y decrece a una $\bar{x}=49.11$ en el 9no semestre siendo esta la puntuación más baja de los semestres estudiados en la subescala de Prevención.

Figura 37

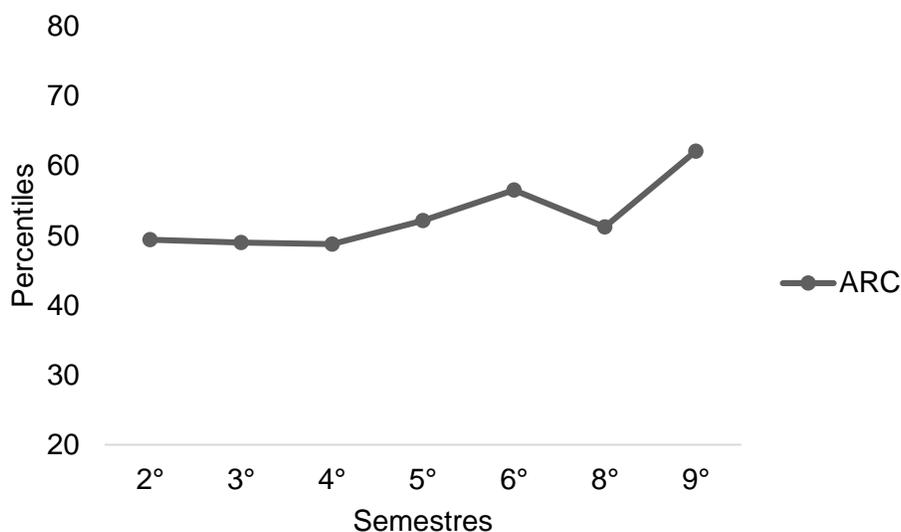
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Prevención



A través de los datos se observa una constancia en las puntuaciones pertenecientes a la subescala de ARC con una diferencia mínima entre el 2do al 5to semestre y en el 6to un aumento $\bar{x}=56.53$ al igual que 9no siendo este último el más elevado con una $\bar{x}=62.11$, lo que indica conductas orientadas al mantenimiento de la salud (Ver Figura 38).

Figura 38

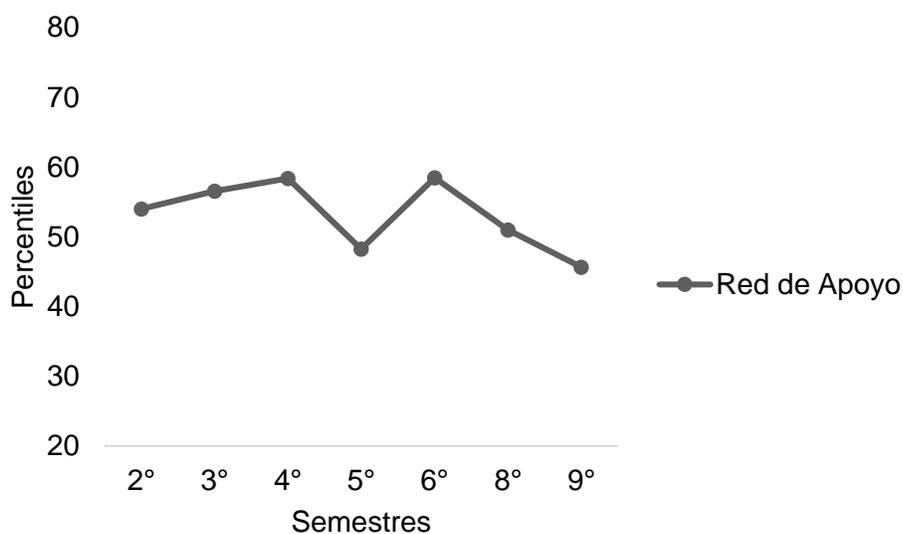
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de ARC.



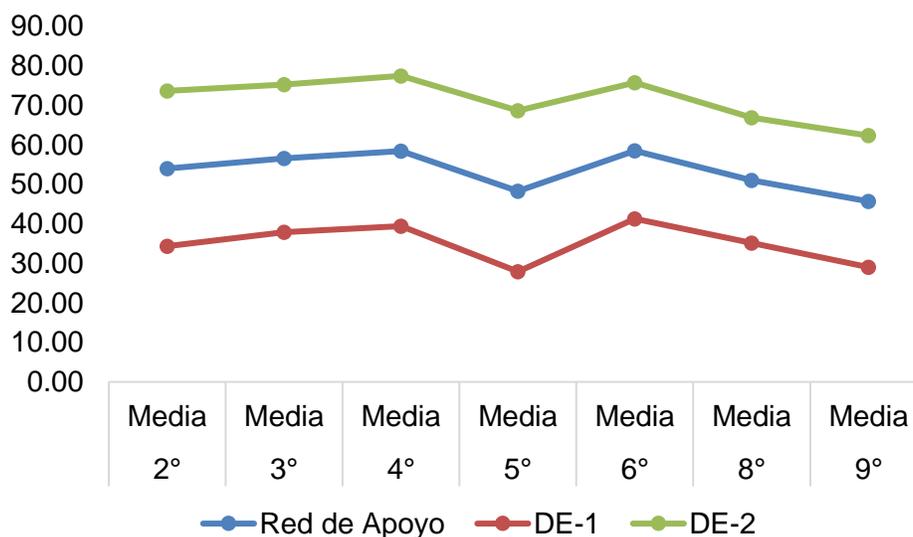
De acuerdo con las puntuaciones mostradas en la figura 39, el 6to semestre tiene la puntuación más elevada $\bar{x}=58.47$ en la subescala Red de Apoyo y el 9no semestre la más baja con $\bar{x}=45.67$, cabe mencionar que las DE mostradas en la figura 40 en relación a esta sub escala en especial se comportaron de manera muy desapegada a la media en comparación con las demás subescalas.

Figura 39

Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Red de Apoyo

**Figura 40**

Distribución de los Semestres Según las DE en la Escala de Red de Apoyo

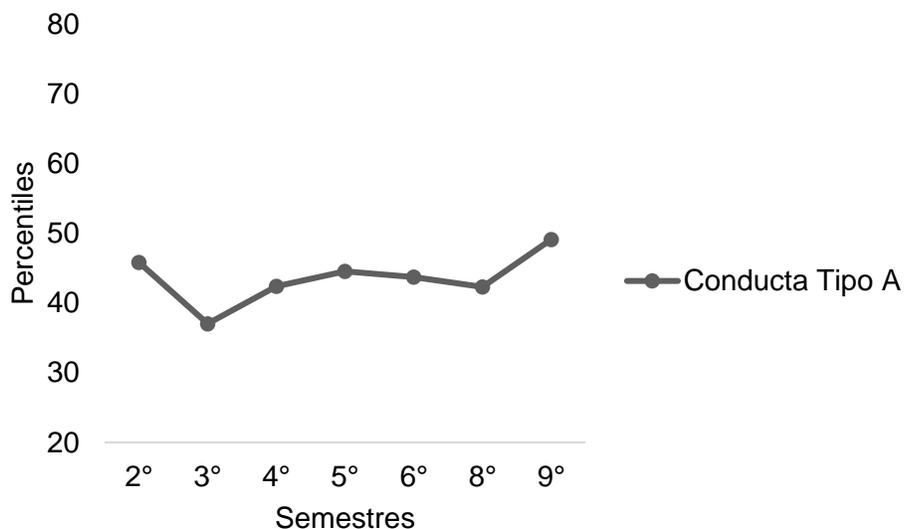


A través de los datos obtenidos se contempla que la mayoría de los semestres mantienen un control en las situaciones que provocan una respuesta intensa, se aprecia una $\bar{x}=45.84$ en el

2do semestre con un declive al 3ro que aumenta y se mantiene hasta que en 9no alcanza \bar{x} 49.11 (Ver figura 41).

Figura 41

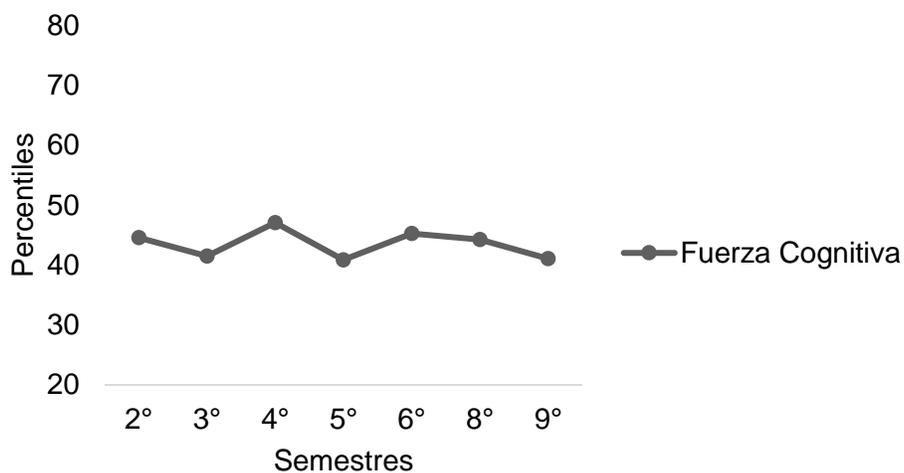
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Conducta tipo A



Se observan puntuaciones en el rango normal (40-60) en la subescala de Fuerza Cognitiva, la puntuación más alta es de 4to semestre con una \bar{x} =47.10 y la más baja \bar{x} =40.89 del 5to semestre (Ver figura 42).

Figura 42

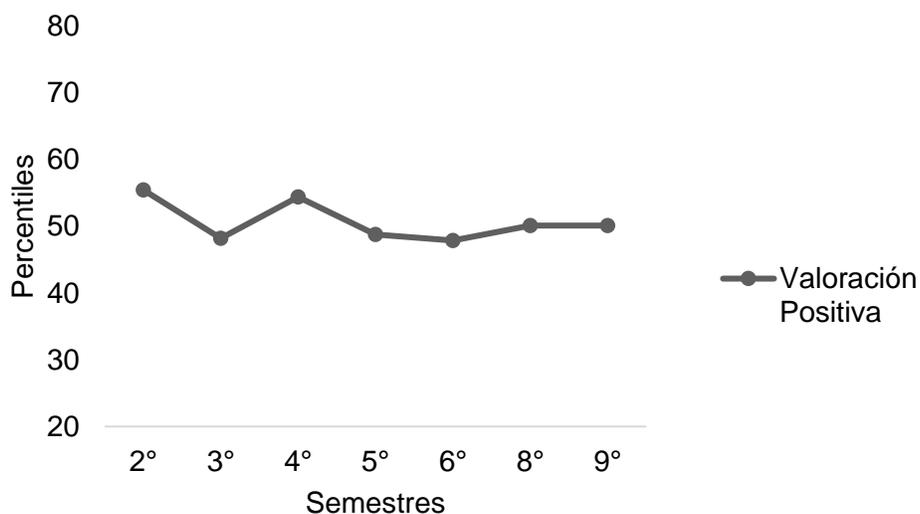
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Fuerza Cognitiva.



Los datos arrojan que el 2do semestre $\bar{x}=55.45$, tienen un Afrontamiento Positivo al estrés, con esto se logra minimizar la percepción de estrés al igual que el 4to semestre $\bar{x}=54.41$, el resto de los semestres mantienen una puntuación $\bar{x}=48.21$ a $\bar{x}=50.11$ (Ver figura 43).

Figura 43

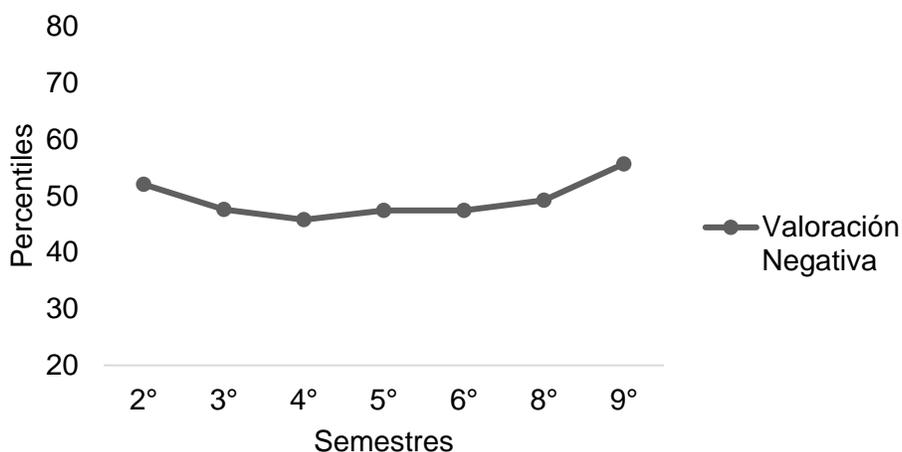
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Valoración Positiva



Se observa una puntuación normal en los semestres de 3ro a 8vo con dos puntuaciones un poco elevadas tanto en el 2do semestre $\bar{x}=52.58$ y 9no $\bar{x}=55.67$ en la subescala de Valoración Negativa, de acuerdo a la teoría menciona que esta estrategia de afrontamiento focaliza los aspectos negativos de las situaciones obstruyendo una resolución satisfactoria del problema (Ver figura 44).

Figura 44

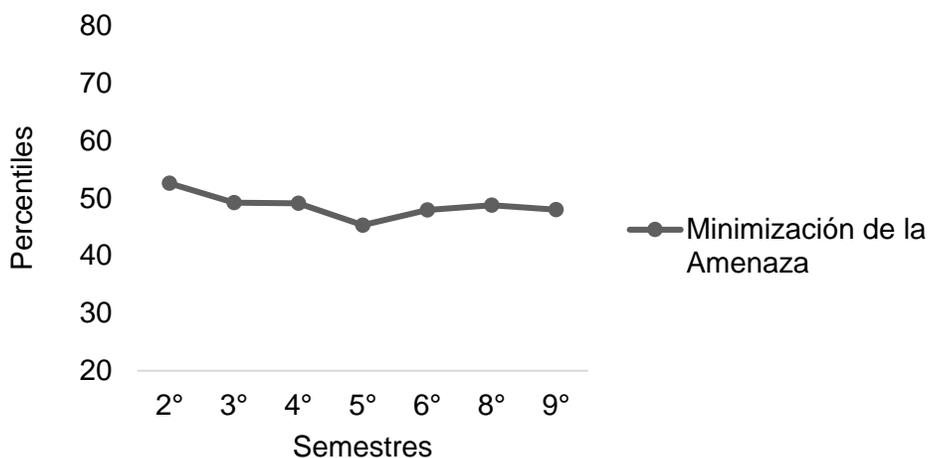
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Valoración Negativa



Lo datos obtenidos en esta subescala de Minimización de la Amenaza muestran de igual manera que en la anteriores una constante normalidad con leves aumentos en ciertos semestres como en este caso el 2do semestre el cual es el que mayor puntúa con $\bar{x}=52.58$, la lectura hace referencia a una evitación del problema o estresor para mitigar la significancia de este (Ver figura 45).

Figura 45

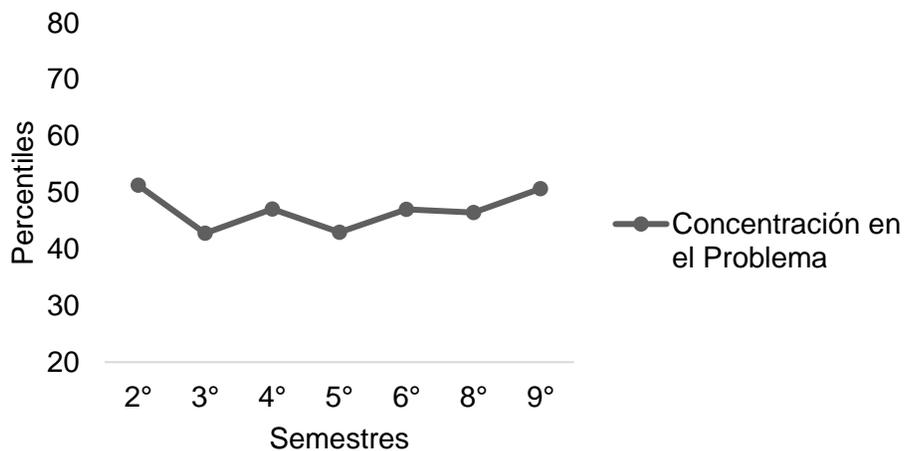
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Minimización de la Amenaza



Se puede evidenciar una ligera puntuación que fluctúa en la $\bar{x}=50$ del instrumento en cada semestre, siendo el 2do semestre el que mayor puntúa de todos con $\bar{x}=51.29$ y el 3er semestre con la puntuación más baja $\bar{x}= 42.79$, esto significa los y las alumnos crean planes de acción para trata al estresor y enfrentar las circunstancias, en relación a la subescala de Concentración en el Problema (Ver figura 46).

Figura 46

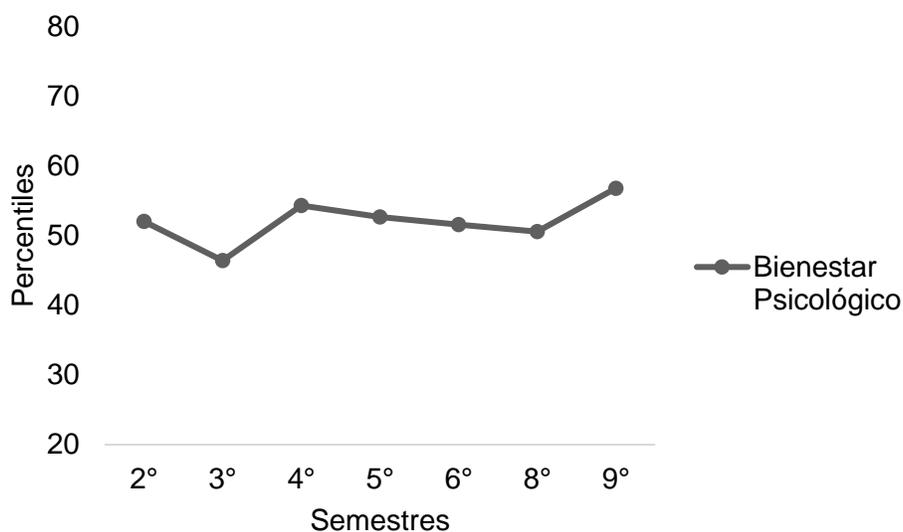
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Concentración en el Problema



En esta última subescala de Bienestar Psicológico se observa que las puntuaciones de cada semestre se encuentran en normalidad siendo el 9no semestre el que mayor puntúa con $\bar{x}=56.78$, con respecto a la lectura, esta menciona que tienen una satisfacción y bienestar por la vida (Ver figura 47).

Figura 47

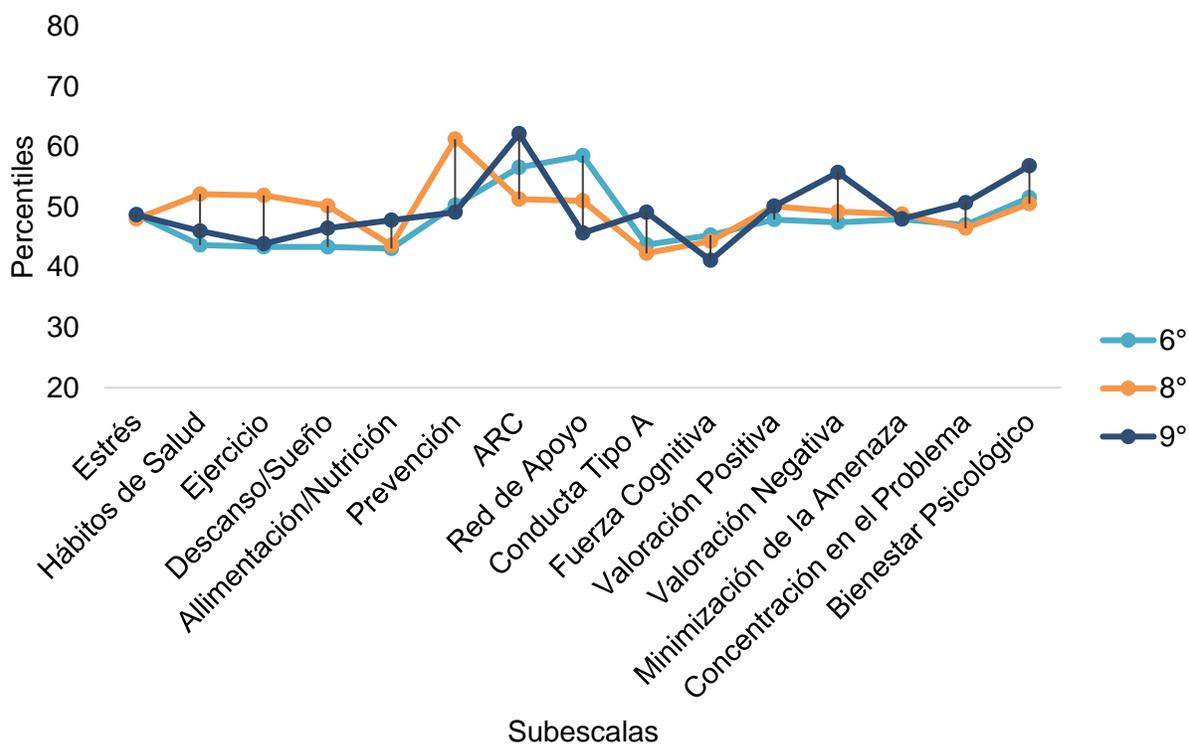
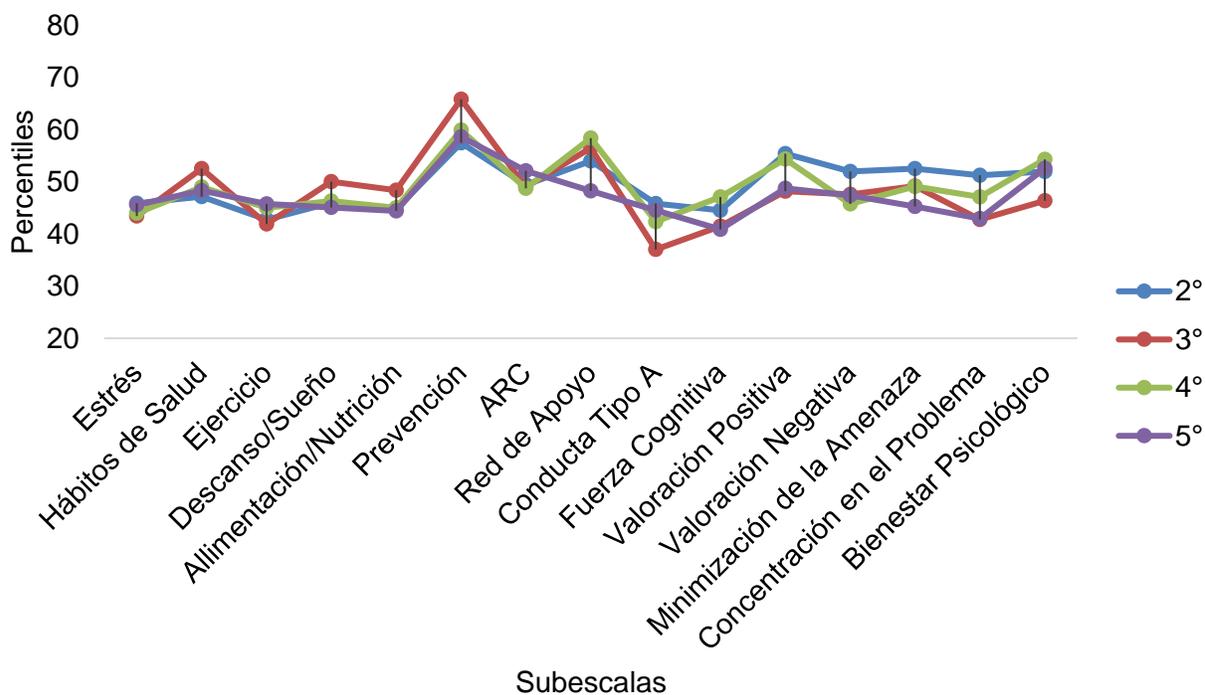
Distribución de los Semestres Según sus Puntuaciones de Bienestar Psicológico



Los datos que arroja el instrumento de Perfil de Estrés en cada semestre son similares y en gran mayoría dentro del rango de normalidad como se puede ver en la figura 48, cada color corresponde a un semestre y visualmente el histograma traza en conjunto las puntuaciones totales de cada escala que contiene el instrumento, aunque algunos semestres sobrepasan ligeramente el rango normal se puede apreciar que la diferencia no es significativa a excepción de las subescalas de Prevención, ARC y Conducta Tipo A.

Figura 48

Distribución de los semestres según las subescalas del Perfil de Estrés



Prueba de asociación de Pearson

Con base en la historia clínica se obtuvieron datos de la presencia de las ERA a lo largo de la vida de los entrevistados, a continuación, en la tabla 10 se observa una relación significativa entre la presencia de ERA y algunas escalas del instrumento de INCAVISA, las correlaciones con significancia están en negritas, la correlación con mayor significancia positiva fue la escala de Familia ($r=0.249$, $p<0.01$) en relación con Laringitis, se interpreta que los estudiantes con mayor presencia de esta ERA tienen problemas de interacción, desacuerdos e incluso conflictos con integrantes de su familia, también hay una alta correlación con la ERA mencionada y las demás escalas del instrumento.

Tabla 10

Correlación de las ERA y las Subescalas de INCAVISA.

	Preocupaciones	Desempeño	Aislamiento	Percepción Corporal	Funciones Cognitivas	Actitud ante en el Tratamiento
Rinofaringitis	.068	-.025	.073	.134*	.145*	.055
Faringitis	.117	-.090	.097	.106	.092	.112
Amigdalitis	.074	-.044	.121	.134*	.104	.041
Laringitis	.135*	-.145*	.231**	.206**	.217**	.199**
Bronquitis	.029	-.084	.044	.069	.082	.030
Bronquiolitis	.114	-.123	.047	.162*	.014	.135*
Neumonía	.122	-.097	.016	.067	.006	.158*

	Familia	Tiempo Libre	Vida Cotidiana	Dependencia Médica	Relación con el Médico	Redes Sociales
Rinofaringitis	-.157*	.039	.032	.108	.089	-.005
Faringitis	-.111	.073	.060	.144*	.178**	.036
Amigdalitis	-.101	.027	-.017	.114	.085	-.010
Laringitis	-.249**	.157*	.138*	.115	.102	.007
Bronquitis	-.158*	.011	-.049	.045	.054	-.006
Bronquiolitis	-.097	.091	.132*	.147*	.158*	-.029
Neumonía	-.190**	.082	.059	.041	.071	-.069

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

De igual forma se hizo una correlación entre las escalas del instrumento de Perfil de Estrés, se observa una correlación significativa entre las subescalas de Estrés, Hábitos de Salud y Descanso, a mayor presencia de ERA, mayor Estrés, menores Hábitos de Salud y Descanso en la escala de Valoración Negativa también puntuó en correlaciones significativas de manera positiva, a lo cual se entiende que la presencia de estas ERA involucra pensamientos catastróficos y concentración en los peores aspectos de una situación (Ver tabla 11).

Tabla 11

Correlación de las ERA y las Subescalas de Perfil de Estrés.

	Estrés	Hábitos de Salud	Ejercicio	Descanso/ Sueño	Alimentación/ Nutrición	Prevención	ARC	Red de Apoyo
Rinofaringitis	.207**	-.200**	.029	-.239**	-.121	-.186**	-.093	.027
Faringitis	.213**	-.241**	-.055	-.234**	-.131*	-.209**	-.090	-.008
Amigdalitis	.231**	-.188**	-.057	-.213**	-.125	-.119	-.076	-.027
Laringitis	.273**	-.172**	-.101	-.128*	-.100	-.124	-.121	.088
Bronquitis	.219**	-.184**	-.111	-.150*	-.135*	-.108	-.112	.076
Bronquiolitis	.131*	-.173**	-.039	-.099	-.093	-.198**	-.164*	-.056
Neumonía	.087	-.067	-.006	-.015	-.020	-.104	-.098	.038

	Conducta Tipo A	Fuerza Cognitiva	Valoración Positiva	Valoración Negativa	Minimización de la Amenaza	Concentración en el Problema	Bienestar Psicológico
Rinofaringitis	.120	-.016	.053	.131*	.112	.115	-.031
Faringitis	.146*	-.020	.016	.174**	.088	.075	-.056
Amigdalitis	.164*	-.070	-.029	.229**	.024	.036	-.140*
Laringitis	.022	-.115	-.152*	.246**	-.044	.014	-.179**
Bronquitis	.088	-.056	-.055	.185**	-.022	-.000	-.099
Bronquiolitis	-.010	-.090	-.105	.116	-.104	-.071	-.041
Neumonía	-.001	-.142*	-.091	.118	.061	-.028	.021

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

En las escalas de Perfil de Estrés e INCAVISA se encontraron correlaciones positivas y negativas en gran parte de las subescalas, las que tuvieron mayor significancia fueron Estrés con Percepción Corporal de ($r= 0.488, p<0.01$), Bienestar Psicológico y Percepción Corporal ($r= 0.461, p<0.01$) y en especial la subescala de Aislamiento del Perfil de Estrés tuvo varias correlaciones entre subescalas; Estrés y Aislamiento ($r= 0.454, p<0.01$), Fuerza Cognitiva y Aislamiento ($r= -0.467, p<0.01$), Minimización de la Amenaza y Aislamiento ($r= -0.466, p<0.01$), Bienestar Psicológico y Aislamiento ($r= -0.553, p<0.01$), en resumen las subescalas del Perfil de Estrés que resaltaron en la correlación fueron Hábitos de Salud, Bienestar Psicológico, Prevención y ARC, por otro lado en INCAVISA resaltaron Aislamiento, Vida Cotidiana, Estrés y Percepción Corporal.

Tabla 12

Correlaciones entre Perfil de Estrés e INCAVISA

	Preocupaciones	Desempeño	Aislamiento	Percepción Corporal	Funciones Cognitivas	Actitud ante en el Tratamiento
Estrés	.389**	-.108	.454**	.488**	.383**	.361**
Hábitos de Salud	-.402**	.191**	-.415**	-.423**	-.409**	-.370**
Ejercicio	-.166**	.206**	-.134*	-.125	-.114	-.107
Descanso/Sueño	-.243**	.089	-.261**	-.256**	-.342**	-.233**
Alimentación/Nutrición	-.191**	.125	-.254**	-.259**	-.289**	-.139*
Prevención	-.417**	.099	-.403**	-.409**	-.314**	-.422**
ARC	-.272**	.098	-.320**	-.292**	-.215**	-.231**
Red de Apoyo	-.109	.073	-.142*	-.101	-.056	-.110
Conducta Tipo A	.140*	.077	.098	.071	.129*	.096
Fuerza Cognitiva	-.311**	.363**	-.467**	-.420**	-.321**	-.190**
Valoración Positiva	-.227**	.175**	-.346**	-.306**	-.171**	-.156*
Valoración Negativa	-.111	.161*	-.145*	-.200**	-.102	-.054

Minimización de la Amenaza	.294**	-.108	.466**	.336**	.334**	.285**
Concentración en el Problema	.012	.103	-.014	-.062	.059	.070
Bienestar Psicológico	-.311**	.199**	-.553**	-.461**	-.320**	-.188**

Tabla 12

Correlaciones entre Perfil de Estrés e INCAVISA (Continuación)

	Familia	Tiempo Libre	Vida Cotidiana	Dependencia Médica	Relación con el Médico	Redes Sociales
Estrés	-.339**	.325**	.382**	.284**	.293**	-.042
Hábitos de Salud	.237**	-.367**	-.378**	-.300**	-.295**	.031
Ejercicio	.089	-.098	-.165*	-.092	.030	-.064
Descanso/Sueño	.158*	-.258**	-.198**	-.205**	-.299**	.009
Alimentación/Nutrición	.203**	-.146*	-.143*	-.114	-.068	.061
Prevención	.170**	-.425**	-.434**	-.327**	-.375**	.048
ARC	.136*	-.250**	-.233**	-.146*	-.200**	.073
Red de Apoyo	.130*	-.158*	-.174**	-.038	-.055	.197**
Conducta Tipo A	-.010	.132*	.067	.077	.153*	.098
Fuerza Cognitiva	.441**	-.304**	-.328**	-.072	-.054	.335**
Valoración Positiva	.333**	-.187**	-.234**	.006	-.052	.187**
Valoración Negativa	.171**	-.066	-.158*	.023	.037	.162*
Minimización de la Amenaza	-.255**	.305**	.223**	.203**	.186**	-.107
Concentración en el Problema	-.001	.037	-.025	.099	.097	.054
Bienestar Psicológico	.384**	-.275**	-.348**	-.176**	-.100	.242**

Por otro lado, se hizo una correlación entre los Antecedentes Heredofamiliares y las ERA, en la cual hay una correlación positiva significativa con Rinofaringitis ($r=0.168$, $p<0.01$) y Faringitis ($r=0.161$, $p<0.05$).

Tabla 13

Correlación entre los Antecedentes Heredofamiliares y las ERA.

	Rinofaringitis	Faringitis	Amigdalitis	Laringitis	Bronquitis	Bronquiolitis	Neumonía
Familiar (es) que padecieron una enfermedad respiratoria	.168**	.161*	-.101	-.117	-.070	-.082	-.111

Como se puede observar en la tabla 14 se encontraron correlaciones positivas entre los familiares que padecieron una enfermedad respiratoria y las escalas de INCAVISA, la escala de Actitud ante el Tratamiento tiene una correlación positiva ($r= -0.254$, $p<0.01$), la escala de Funciones Cognitivas tiene una correlación ($r= 0.220$, $p<0.01$), Percepción corporal ($r= -0.193$, $p<0.01$) y Preocupaciones ($r= -0.183$, $p<0.01$).

Tabla 14

Correlaciones de Antecedentes Heredofamiliares e INCAVISA.

Familiar (es) que padecieron una enfermedad respiratoria	Preocupaciones	Desempeño	Aislamiento	Percepción Corporal	Funciones Cognitivas	Actitud ante en el Tratamiento
	.183**	-.098	.149*	.193**	.220**	.254**
	Familia	Tiempo Libre	Vida Cotidiana	Dependencia Médica	Relación con el Médico	Redes Sociales
	-.165*	.147*	.140*	.149*	.139*	-.141*

Por otro lado, la tabla 15 muestra una correlación positiva en la escala de Valoración Negativa ($r= 0.229$, $p<0.01$), en la escala de ARC existe una correlación negativa ($r= -0.158$, $p<0.01$) y en la escala de Estrés una correlación positiva ($r= 0.156$, $p<0.01$).

Tabla 15

Correlaciones de Antecedentes Heredofamiliares y Perfil de Estrés.

Familiar (es) que padecieron una enfermedad respiratoria	Estrés	Hábitos de Salud	Ejercicio	Descanso/ Sueño	Alimentación/ Nutrición	Prevención	ARC	Red de Apoyo
		.156*	-.099	.055	-.083	-.053	-.138*	-.158*
	Conducta Tipo A	Fuerza Cognitiva	Valoración Positiva	Valoración Negativa	Minimización de la Amenaza	Concentración en el Problema	Bienestar Psicológico	
	.052	-.137*	-.067	.229**	.037	-.086	-.116	

En la siguiente tabla se observa una correlación positiva entre los estudiantes que presentaron una ERA en los últimos meses y el instrumento de INCAVISA en la cual se muestra una correlación positiva significativa ($r=0.257$, $p<0.01$) en relación con la escala de Vida Cotidiana, al igual que las escalas; Dependencia Médica ($r=0.202$, $p<0.01$), Tiempo Libre ($r=0.188$, $p<0.01$), Preocupaciones ($r=0.170$, $p<0.01$), Familia ($r=0.166$, $p<0.05$) y Relación con el Médico ($r=0.148$, $p<0.05$).

Tabla 16

Correlaciones de Estudiantes que Presentaron ERA en los Últimos Meses e INCAVISA.

Estudiantes que presentaron ERA en los últimos meses	Preocupaciones	Desempeño	Aislamiento	Percepción Corporal	Funciones Cognitivas	Actitud ante el Tratamiento
		.170**	-.081	.089	.118	.035
	Familia	Tiempo Libre	Vida Cotidiana	Dependencia Médica	Relación con el Médico	Redes Sociales
	-.166*	.188**	.257**	.202**	.148*	-.029

Por último, en la tabla 17 se muestran las correlaciones entre estudiantes que presentaron una ERA en los últimos meses y el instrumento de Perfil de Estrés, se obtuvieron correlaciones positivas en las escalas de Estrés ($r= 0.197$, $p<0.01$), Prevención ($r= 0.185$, $p<0.01$), Hábitos de Salud ($r= 0.162$, $p<0.01$) y Descanso ($r= 0.138$, $p<0.01$).

Tabla 17

Correlaciones de Estudiantes que Presentaron ERA en los Últimos Meses y Perfil de Estrés.

Estudiantes que presentaron ERA en los últimos meses	Estrés	Hábitos de Salud	Ejercicio	Descanso/ Sueño	Alimentación/ Nutrición	Prevención	ARC	Red de Apoyo
		.197**	-.162*	-.026	-.138*	-.028	-.185**	-.002
	Conducta Tipo A	Fuerza Cognitiva	Valoración Positiva	Valoración Negativa	Minimización de la Amenaza	Concentración en el Problema	Bienestar Psicológico	
	.073	-.073	-.022	.085	.124	.039	-.106	

Método Fase 2

Justificación

Conocer e identificar las características principales en la historia familiar es parte importante en la historia de vida, ya que viendo hacia atrás aprendemos y reconocemos con una perspectiva más amplia los fenómenos que aquejan la salud, no sólo biológicamente, sino que también conductualmente como se observa en las costumbres, tradiciones y hábitos que sin saber también son herencia tal como los genes.

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la relación que existe entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés en integrantes de diferentes generaciones de una misma familia con la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda?

Objetivo General

Describir los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés en integrantes de diferentes generaciones respecto a la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda en una misma familia utilizando la Formulación de Caso Clínico basado en el Análisis Funcional de la Conducta.

Objetivos Específicos

1. Conocer los antecedentes heredofamiliares relacionados con enfermedades respiratorias agudas en cada integrante de la familia.
2. Evaluar estrés en cada integrante de la familia.
3. Evaluar estilos de vida en cada integrante de la familia.
4. Desarrollar la Formulación de Caso Clínico utilizando Análisis Funcional de la Conducta.
5. Conocer la relación entre los antecedentes heredofamiliares, estrés y estilos de vida con la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria en una familia

Hipótesis de Trabajo

Existe relación entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y el nivel de estrés reportado por los integrantes de dos generaciones de una familia para adquirir una enfermedad respiratoria aguda.

Tipo de estudio

Descriptivo

Diseño de Investigación

No experimental cualitativa, transversal, descriptivo.

Muestra

Consta de 4 integrantes de la familia

Criterios de inclusión

- Ser un integrante de la familia
- Aceptar participar en la investigación
- Poseer los criterios que requiere cada instrumento para ser respondido

Criterios de exclusión

- No querer participar en esta investigación

Tabla 18*Sujetos de Estudio Fase 2*

Generación	Edad	Identificación
1era generación	51	S1
1era generación	57	S2
2da generación	22	S3
2da generación	32	S4

Muestreo

No probabilístico, Intencional por sujetos tipo

Variables**Tabla 19***Operacionalización de las variables fase 2.*

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
Antecedentes heredofamiliares	La prevención y el manejo de las enfermedades pulmonares en sus diversas etapas conforman la salud respiratoria, la promoción del cuidado depende en gran medida de la comprensión integral del funcionamiento e interacción de del individuo entre los múltiples elementos en el ambiente; iniciamos explicando el proceso de combustión entre principal órgano del aparato respiratorio, el pulmón, el cual provee de oxígeno y está en constante contacto con los gases	Trata de una Historia clínica que evalúa e identifica la presencia de Enfermedades Respiratorias Agudas en relación con los Antecedentes Heredofamiliares.

externos con cada respiración, los filtros que ayudan a limpiar el aire se encuentran en las vías aéreas; nariz, laringe, faringe, tráquea y el árbol bronquial son los encargados de limpiar y calentar el aire que aspiramos, la congestión de alguno de ellos impide filtrar el aire y por lo tanto la consecuencia es enfermarse (Enarson, Kennedy, Miller y Bakke, 2001).

Estilos de vida	<p>“Entendidos como el conjunto de los comportamientos, actitudes, tendencias, valores y formas vitales que caracterizan el modo de vida de las personas en relación con su ambiente y que inciden positiva o negativamente en la promoción de su salud” (Biddle, et al., 2009; y Beunza, et al., 200; entre otros como se citó en Ortega, 2014, p.56).</p>	<p>El Inventario de Calidad de Vida y Salud por sus siglas INCAVISA se trata de un autoinforme de 68 reactivos ordinales, fue elaborado por Angélica Riveros, Juan José Sánchez Sosa y Mark Andrew Groves.</p>
Estrés	<p>Según Lazarus y Folkman (1986) el estrés consta de un desequilibrio emocional, los estímulos estresores son diferentes en cada persona ya que para una puede un estímulo ser estresante y para otra no, por lo tanto, se considera estrés cuando una persona identifica una situación o estímulo</p>	<p>El Perfil de Estrés de Nowack hace una evaluación amplia del estrés, y del riesgo para la salud, conformado por 123</p>

como amenazante y ésta rebasa sus recursos de reactivos, elaborado
afrentamiento y por consiguiente su estado de por Kenneth M.
bienestar. Nowack.

Instrumentos para la Recolección de Datos

1. Historia clínica, evalúa e identifica la presencia de Enfermedades Respiratorias Agudas en relación con los Antecedentes Heredofamiliares, parte de la estructura se basó en el modelo de cuestionario auto diligenciado para conocer más a fondo hábitos del estilo de vida, como la alimentación, el ejercicio e higiene, también preguntas de estimación, las respuestas sugeridas presentan diversos grados de intensidad; el miembro de la familia podrá elegir la respuesta según el grado de adhesión a la pregunta, preguntas de acción dirigida a actitudes o decisiones tomadas por el miembro para su cuidado y una matriz de preguntas con un ordenamiento bidireccional de mayor a menor importancia.
2. Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA; Riveros Angélica, Sánchez Sosa Juan José, Groves Mark Andrew, 2009) consta de 68 reactivos ordinales, evalúa 12 áreas de la salud: Preocupaciones, Desempeño físico, Aislamiento, Percepción corporal, Funciones cognitivas, Actitud ante el tratamiento, Tiempo libre, Vida cotidiana, Familia, Redes sociales, Dependencia médica y Relación con el médico, tiene una confiabilidad en Alfa de Cronbach de .90.
3. Perfil de Estrés - Nowack M. Kenneth, consta de 123 reactivos, la prueba evalúa 15 áreas que se pueden ver afectadas; Estrés, Hábitos de salud, Ejercicio, Descanso, Alimentación, Prevención, Red de apoyo, Conducta tipo A, Fuerza

cognitiva, Valoración positiva, Valoración negativa, Minimización de la amenaza, Concentración en el problema y Bienestar psicológico, tienen una confiabilidad en Alfa de Cronbach de .89, validada en estudiantes universitarios en México por (Roca-Chiapas et al., 2019).

Procedimiento

Para este estudio se seleccionó una familia integrada de 2 generaciones en la que las ERA son una enfermedad constante, cada evaluación se llevará a cabo por medio de una historia clínica y la aplicación de los instrumentos de INCAVISA y Perfil de estrés, en estos últimos la aplicación se hará a conveniencia y comodidad de las y los participantes, el lugar de la aplicación será en la vivienda de la familia, para el apoyo del entrevistador se grabará la entrevista para fines de transcripción.

Análisis de Datos Propuesto

Algunos de los datos obtenidos durante la entrevista al igual que las puntuaciones de los instrumentos se pudieron canalizar en el programa estadístico SPSS versión 22, con respecto a los datos que no se pudieron capturar en el programa por su naturaleza cualitativa se reportaron y analizaron por medio de tablas categorizando por temas y puntualizando segmentos de la entrevista relacionados con cada área.

Implicaciones Éticas

Para llevar a cabo esta investigación se tomaron en cuenta los siguientes criterios éticos:

- Consentimiento informado
- Aceptación voluntaria
- Manejo confidencial de la información
- Apego al código ético del psicólogo para la recolección de datos

Resultados Fase 2

Se presentan los resultados del caso único, así como la formulación del caso, famioliograma, mapas clínicos de patogénesis y una comparación entre los resultados de los instrumentos INCAVISA y Perfil de Estrés.

Identificación del Paciente

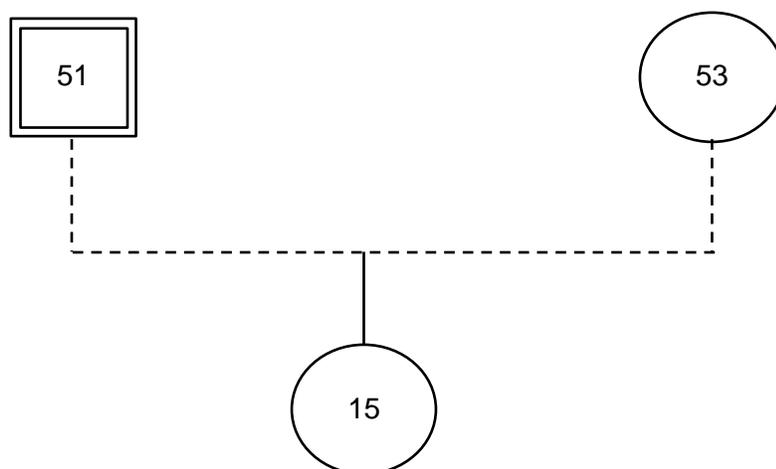
Hombre de 51 años de edad originario de Mineral del Monte, reside actualmente en Pachuca de Soto, Hidalgo, en unión libre con estudios de preparatoria, religión católica con un estrato socioeconómico bajo, es pensionado del Seguro Social. Ocupa el último lugar en orden de nacimiento de un total de siete hermanas y hermanos, actualmente habita en casa propia, junto con la madre de su hija y esta última. Cuenta con antecedentes heredofamiliares relacionados con enfermedades respiratorias agudas.

Formulación de Caso

A través de la entrevista se recolectó información necesaria sobre los antecedentes heredofamiliares relacionados con los ERA y padecimientos respiratorios, también se conocieron algunos datos sociodemográficos, conductas de autocuidado para la salud y percepciones sobre su estilo de vida.

Familiograma

El primer sujeto de investigación tiene una familia nuclear integrada por su pareja de 53 años de edad, una hija con 15 años, mantiene una buena relación con su hija y tiene una relación distante con su pareja a pesar de vivir en la misma vivienda.

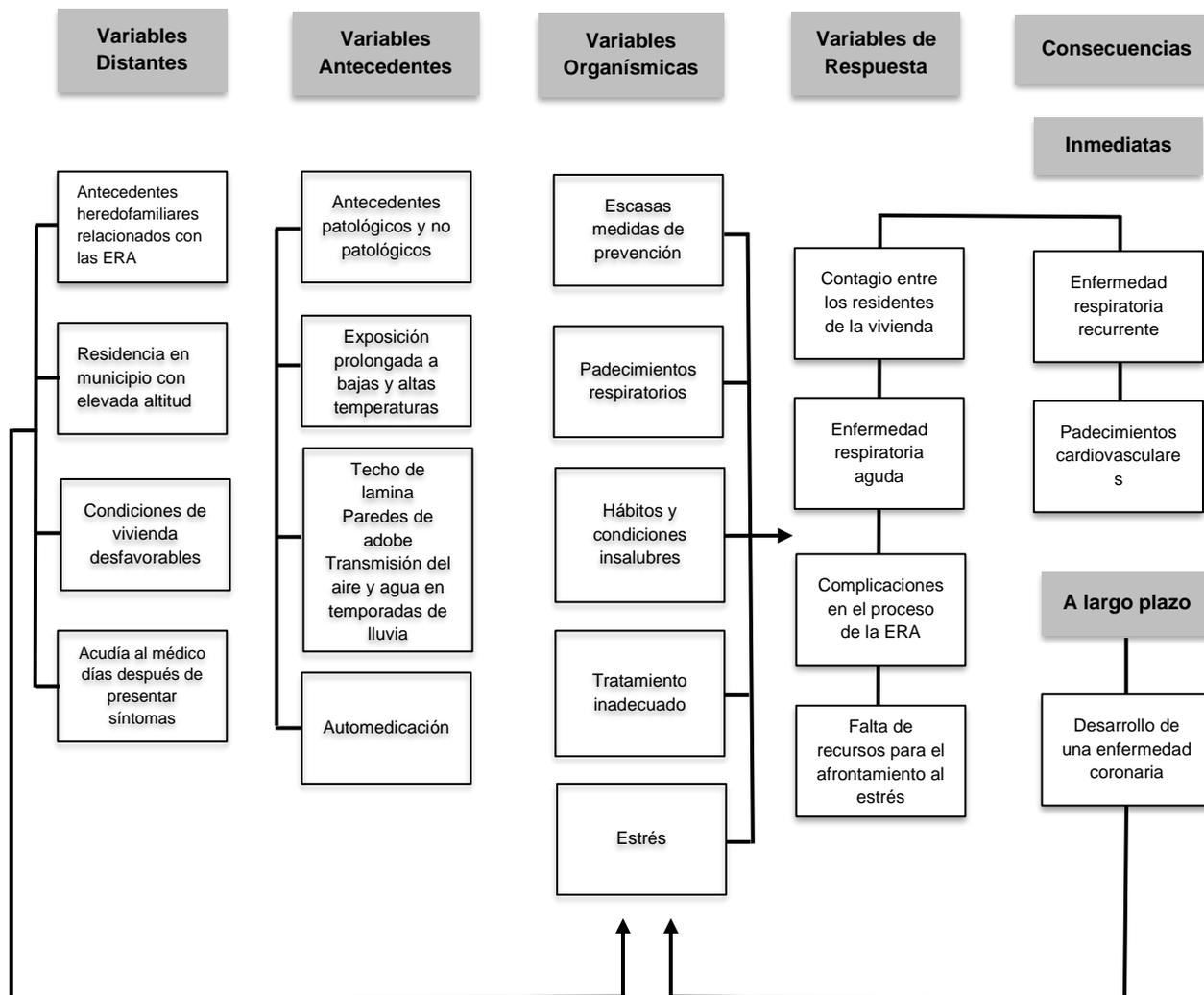
Figura 49*Familiograma Sujeto 1*

Después de haber realizado la historia clínica y obtenido los resultados de la evaluación, se realizó el análisis funcional de la conducta de acuerdo a Nezu y Lombardo (2006), por lo siguiente se elaboró el Mapa Clínico de Patogénesis en cada uno de los evaluados.

El sujeto 1 presenta antecedentes de enfermedades respiratorias por parte de la madre, un estilo de vida acorde al nivel socioeconómico bajo y un desarrollo de acuerdo a las posibilidades que existían en su localidad, En este estudio es relevante utilizar una representación pictórica para conocer la relación entre las variables que mantenían los estados vulnerables a este tipo de enfermedades, primero se analizará el contexto (variables distantes) en que se desarrollan cada uno de los sujetos, después las condiciones y situaciones que desencadenaban padecimientos (variables antecedentes) y cómo estas se vinculan con el estado sintomatológico en las vías respiratorias además de algunas características del sujeto (variables orgánicas), podremos entender ciertas reacciones orgánicas y del comportamiento (variables de respuesta) y así poder identificar consecuencias a corto plazo que afectaron y pueden interceder en el sujetos además de hacer un pronóstico de consecuencias a largo plazo.

Figura 50

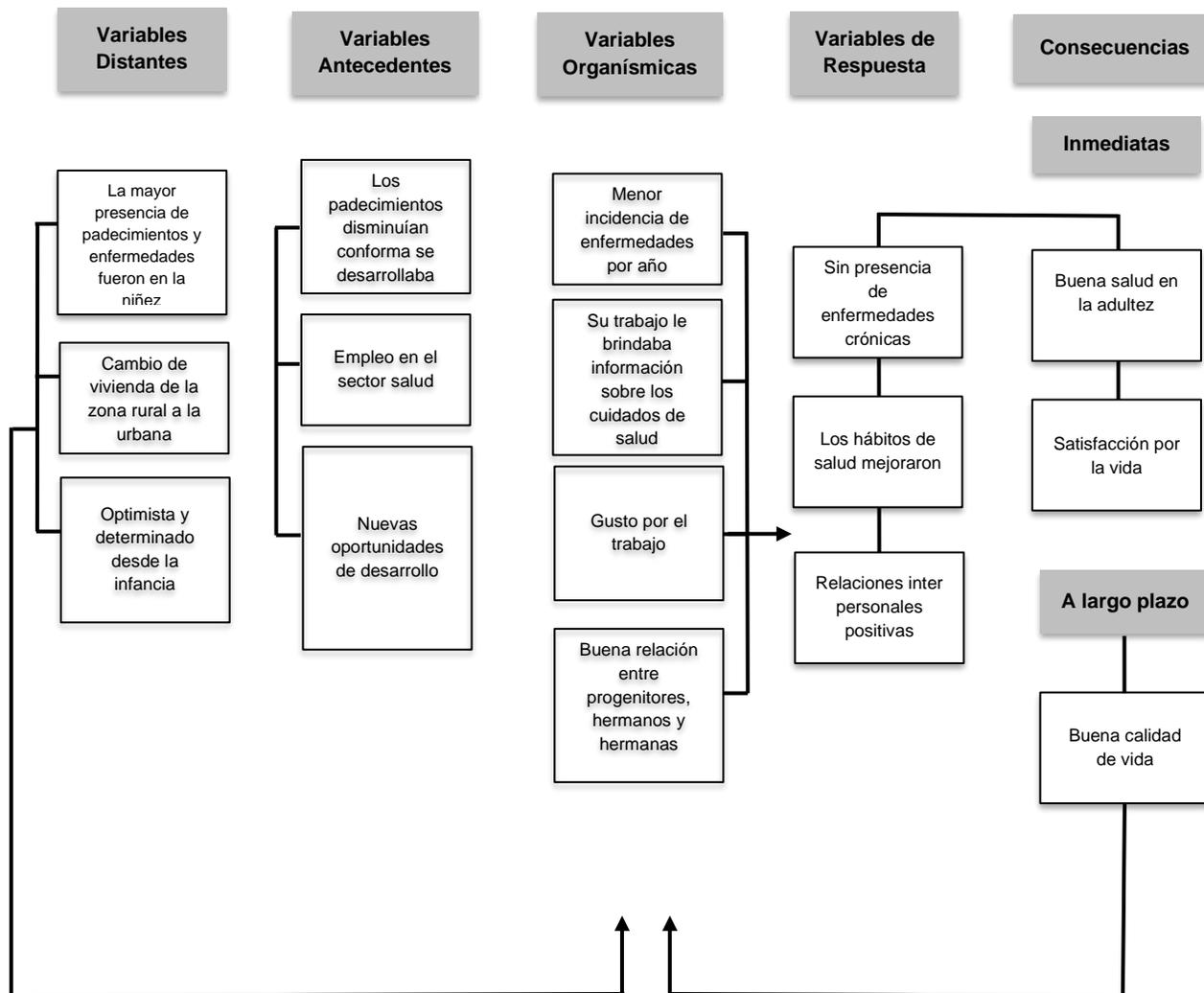
Mapa Clínico de Patogénesis S1 (representación pictográfica)



Por otro lado, el Mapa Clínico de Fortalezas tiene el objetivo de brindar información sobre cómo se relacionan e interactúan las variables distantes, antecedentes, orgánicas, de respuesta y las consecuencias que habrá a corto y largo plazo, solo que enfocados a factores positivos de los cuales contribuirán a un desarrollo saludable.

Figura 51

Mapa Clínico de Fortalezas S1 (representación pictográfica). Diseño propio



Identificación del Paciente

Mujer de 57 años de edad originaria de Mineral del Monte, reside actualmente en Pachuca de Soto, Hidalgo, es separada con estudios de preparatoria, es religiosa y testiga de Jehová con un estrato socioeconómico bajo, es ama de casa. Ocupa el penúltimo lugar en orden de nacimiento de un total de siete hermanas y hermanos, actualmente habita en casa propia, junto con dos hermanas. Cuenta con antecedentes heredofamiliares relacionados con enfermedades respiratorias agudas.

Formulación de Caso

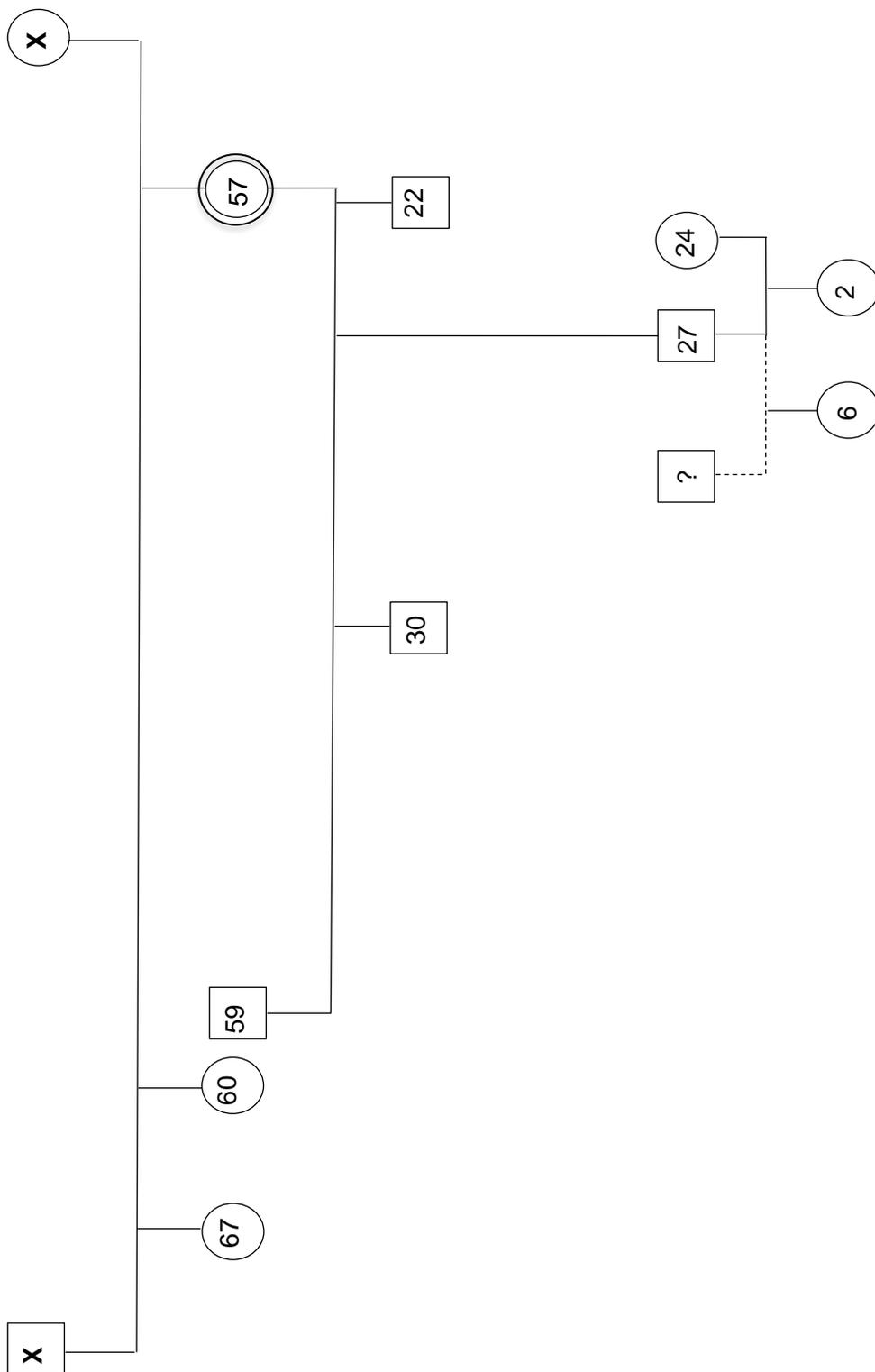
A través de la entrevista se recolectó información necesaria sobre los antecedentes heredofamiliares relacionados con los ERA y padecimientos respiratorios, también se conocieron algunos datos sociodemográficos, conductas de autocuidado para la salud y percepciones sobre su estilo de vida.

Familiograma

El segundo sujeto de investigación tiene una familia extensa, en la cual vive con dos hermanas, de 67 y 60 años, también convive con su ex esposo quien tiene 59 años, de igual forma vive con 3 de sus hijos, el primero de 30 años, el segundo de 27 quien vive con su esposa, y dos hijas, por último, un hijo de 22 años.

Figura 52

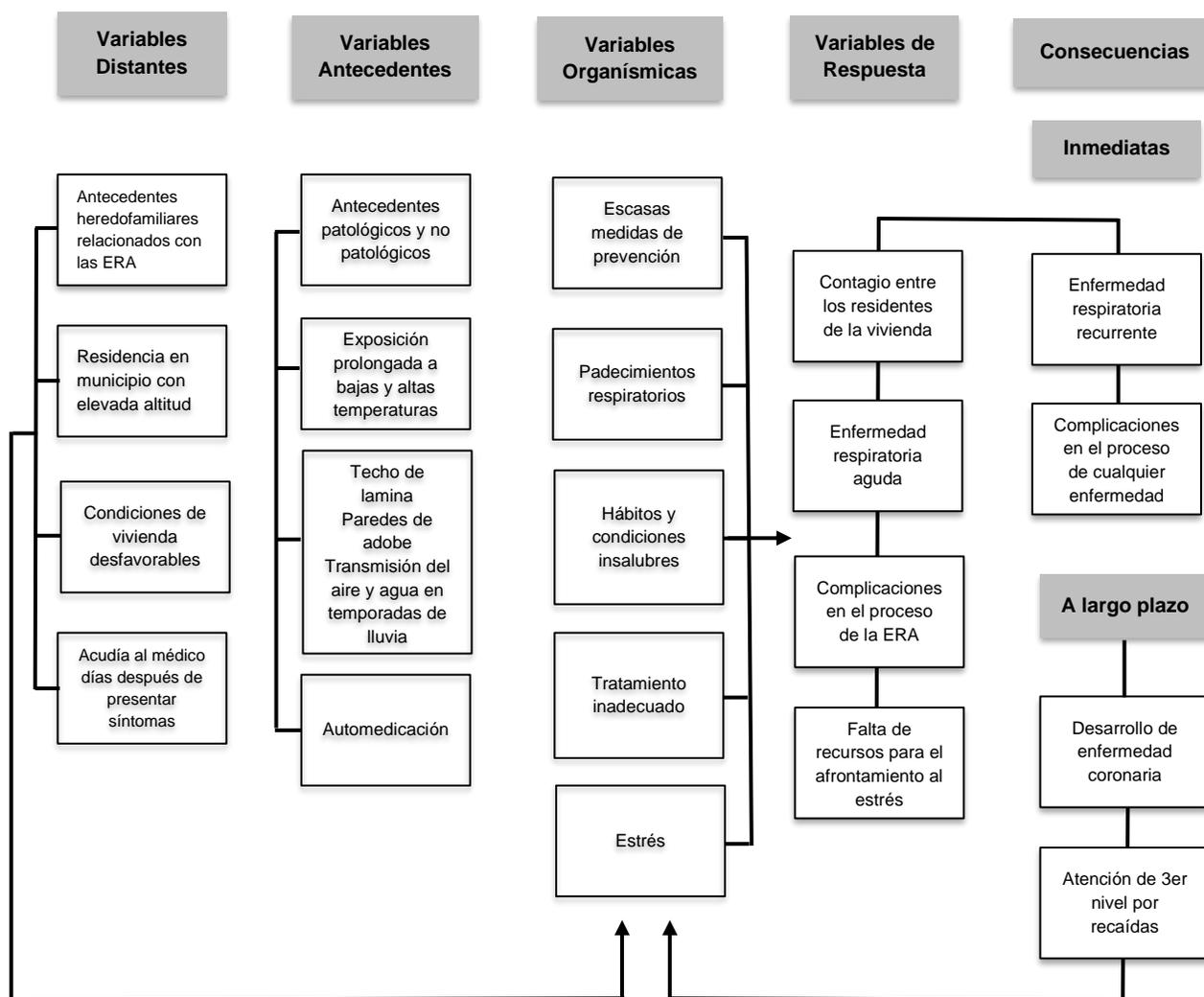
Familiograma Sujeto 2. Diseño propio



El sujeto 2 reportó durante la historia clínica haber padecido de enfermedades respiratorias durante la niñez además que la madre también padecía frecuentemente por ese tipo de enfermedad, del mismo modo que el sujeto 1 las condiciones de la vivienda eran desfavorables para el clima y las estaciones del año en las que la temperatura aumentaba y disminuía drásticamente, por la automedicación y demás variables que se observan en la figura 53, el proceso de la ERA se complicaba y había contagio entre los residentes de la vivienda.

Figura 53

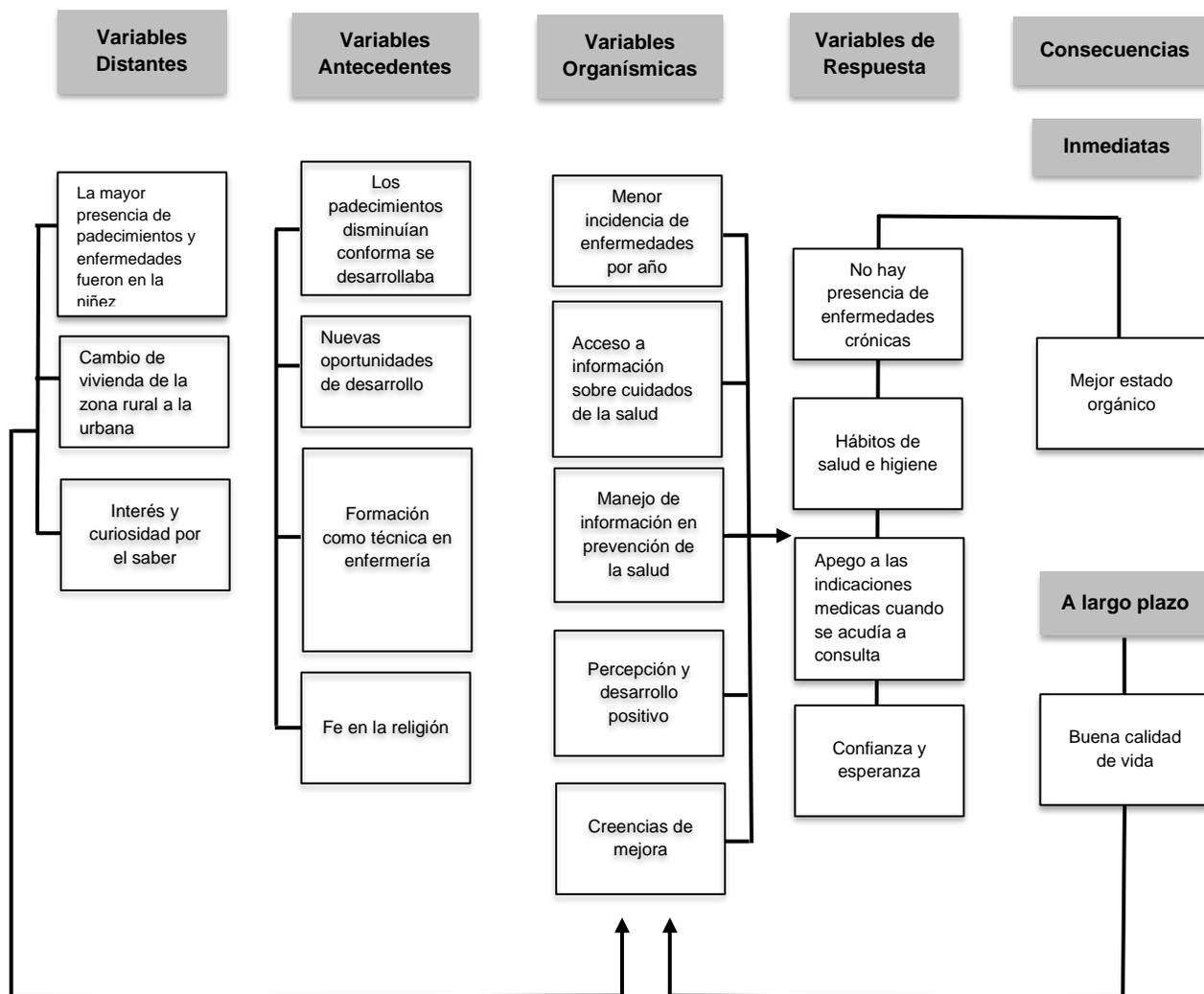
Mapa Clínico de Patogénesis S2 (representación pictográfica)



En el Mapa de Fortalezas se observan diferentes factores positivos que fueron sustanciales al desarrollo del sujeto 2 como el cambio de vivienda, disminución de la periodicidad con la que enfermaba, formación como técnica en enfermería entre otros. (Véase figura 54).

Figura 54

Mapa Clínico de Fortalezas S2 (representación pictográfica). Diseño propio.



Identificación del Paciente

Hombre de 22 años de edad es originario y residente de Pachuca de Soto, Hidalgo, con estudios de licenciatura, no profesa ninguna religión, con un estrato socioeconómico bajo, es empleado en recursos humanos. Ocupa el último lugar en orden de nacimiento de un total de cinco hermanos, actualmente habita en casa propia, junto con su padre, madre, tías, dos hermanos y la familia de unos de ellos. Cuenta con antecedentes heredofamiliares relacionados con enfermedades respiratorias agudas.

Formulación de Caso

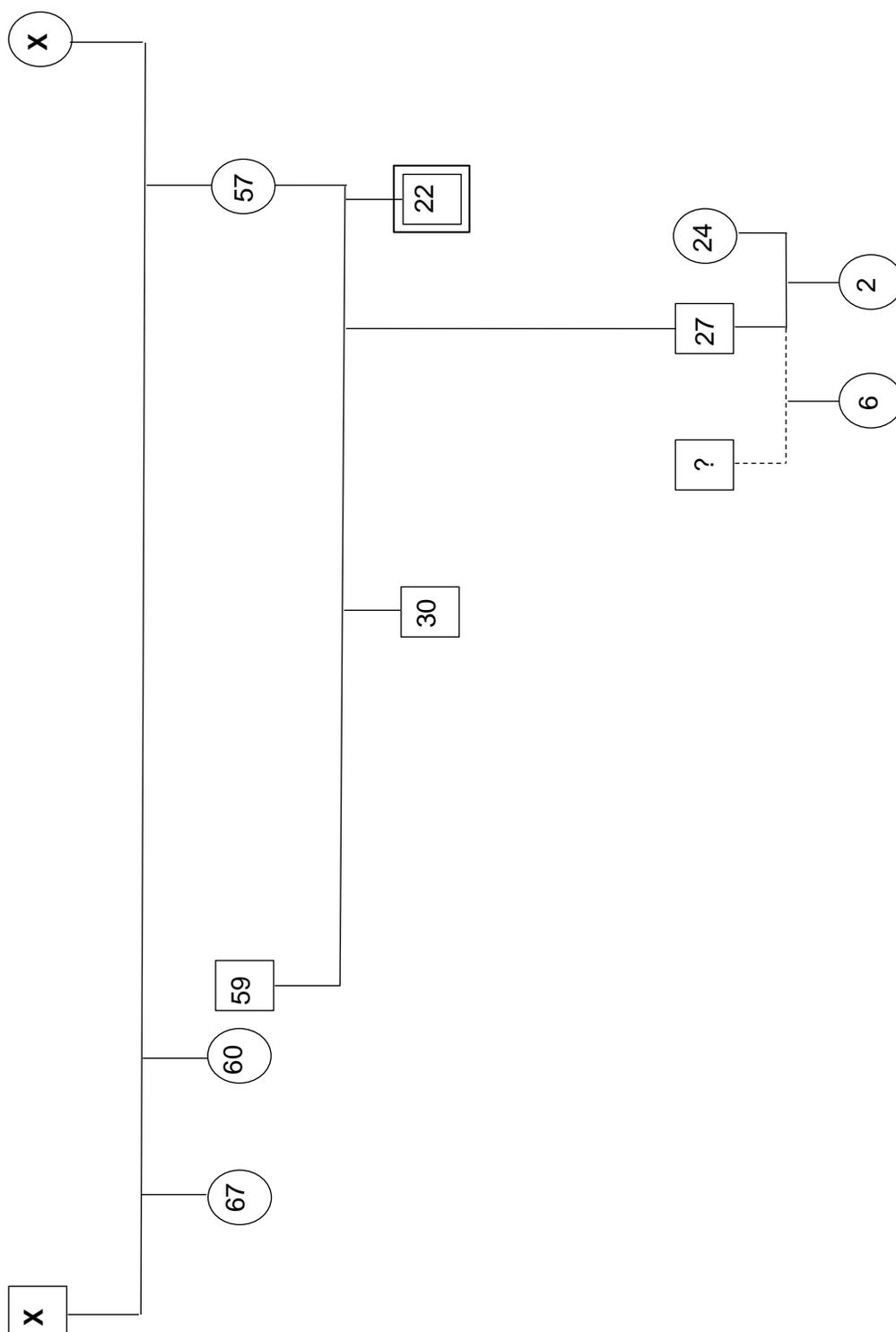
A través de la entrevista se recolectó información necesaria sobre los antecedentes heredofamiliares relacionados con las ERA y padecimientos respiratorios, también se conocieron algunos datos sociodemográficos, conductas de autocuidado para la salud y percepciones sobre su estilo de vida.

Familiograma

El tercer sujeto de investigación tiene una familia extensa, en la cual vive con su papá de 59 años de edad, su mamá de 57, tías de 67 y 60 años respectivamente, además vive con dos hermanos, el primero de 30 años y el segundo de 27 quién tiene una esposa de 24 años de edad y dos hijas, una de una anterior pareja de su esposa de 6 años y una pequeñita de 2 años.

Figura 55

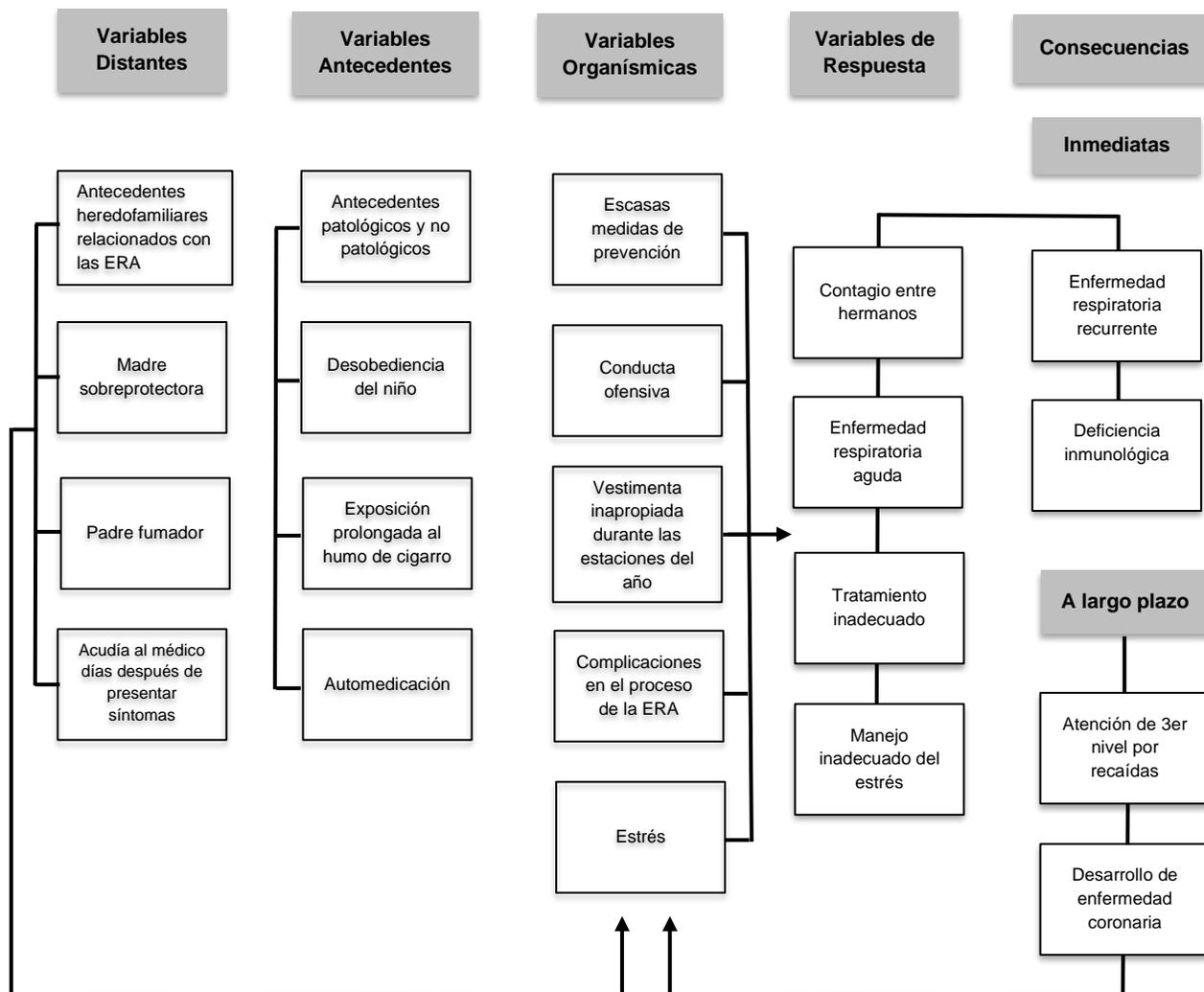
Familiograma Sujeto 3. Diseño propio.



Como se ve en la siguiente figura, las variables distantes indican antecedentes heredofamiliares relacionados con las ERA, una madre sobreprotectora, un padre fumador y la asistencia al médico días después de presentar los síntomas, siguiendo con los antecedentes durante la niñez rechazaba conductas de autocuidado y estaba expuesto al humo del cigarro durante tiempos prolongados, en las variables organísmicas el sujeto tenía escasas medidas de prevención, vestimenta inapropiada durante las estaciones del año debido a la automedicación se complicaba llegar a una mejoría y sus condiciones implicaban diversos estresores, por otra parte las variables de respuesta una gripe común se convertía en una infección aguda con tratamiento basado en inyecciones, con ello el estrés aumentaba y como pasaba en los anteriores sujetos el contagio se propagaba entre los residentes de la vivienda, esto ocasionaba una recurrencia y de acuerdo a la literatura una deficiencia inmunológica.

Figura 56

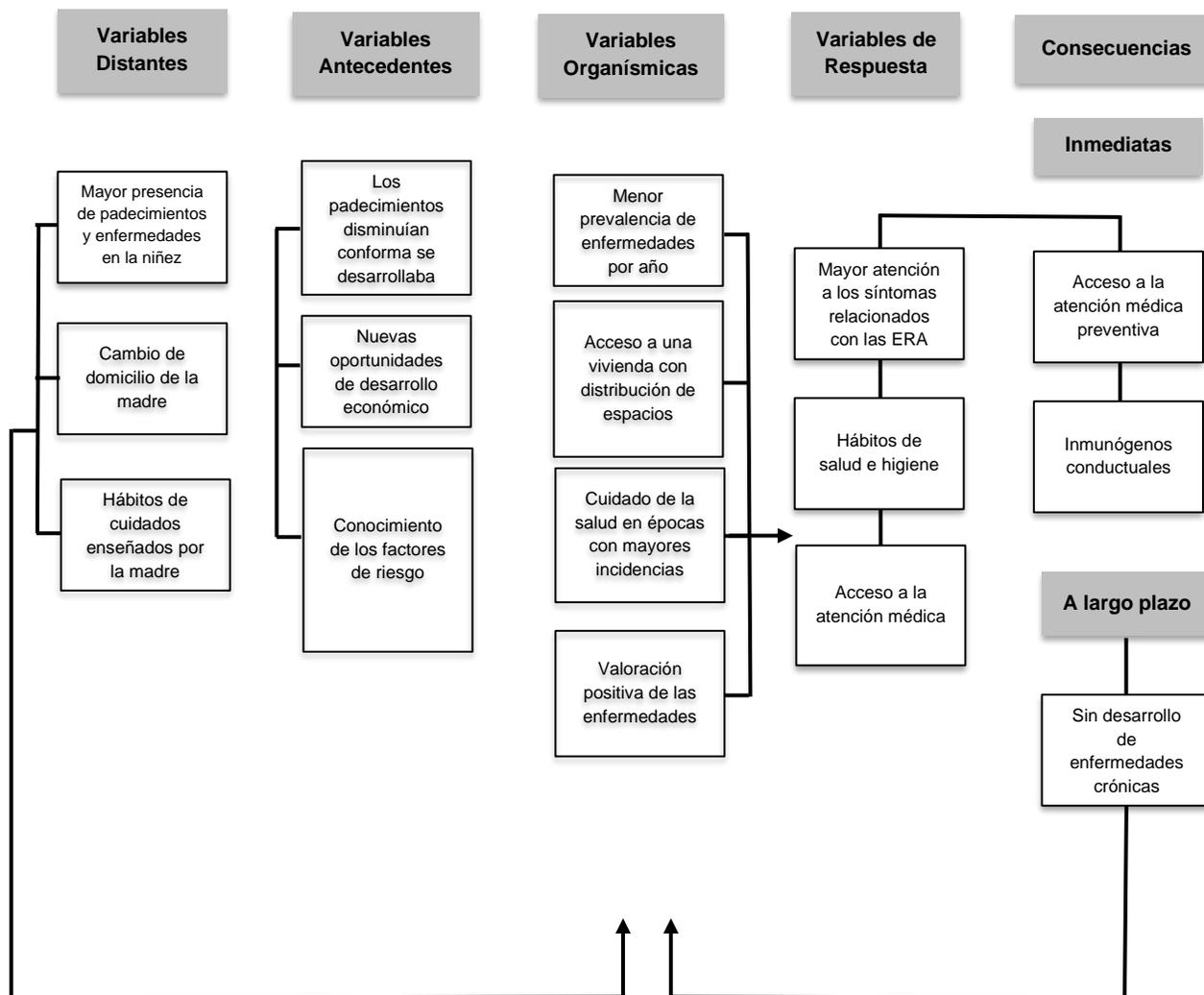
Mapa Clínico de Patogénesis S3 (representación pictográfica)



Por otro lado, el Mapa Clínico de Fortalezas señala algunos puntos positivos como disminución en la prevalencia de enfermedades respiratorias por año, con la reincidencia aprendida por los años, había una mayor atención a los síntomas relacionados y una atención oportuna al médico.

Figura 57

Mapa Clínico de Fortalezas S3 (representación pictográfica). Diseño propio



Identificación del paciente

Hombre de 32 años de edad originario de Pachuca de Soto, reside actualmente en la Delegación Iztapalapa en el Distrito Federal, casado con licenciatura en Ingeniería Civil, religión católica con un estrato socioeconómico medio, es empleado en Comisión Federal de Electricidad (CFE). Ocupa el segundo lugar en orden de nacimiento de un total de cinco hermanos, actualmente habita en la casa de los abuelos de su esposa, junto con la madre, dos tías, hermano, hermana y dos hijas de su esposa. Cuenta con antecedentes heredofamiliares relacionados con enfermedades respiratorias agudas.

Formulación de Caso

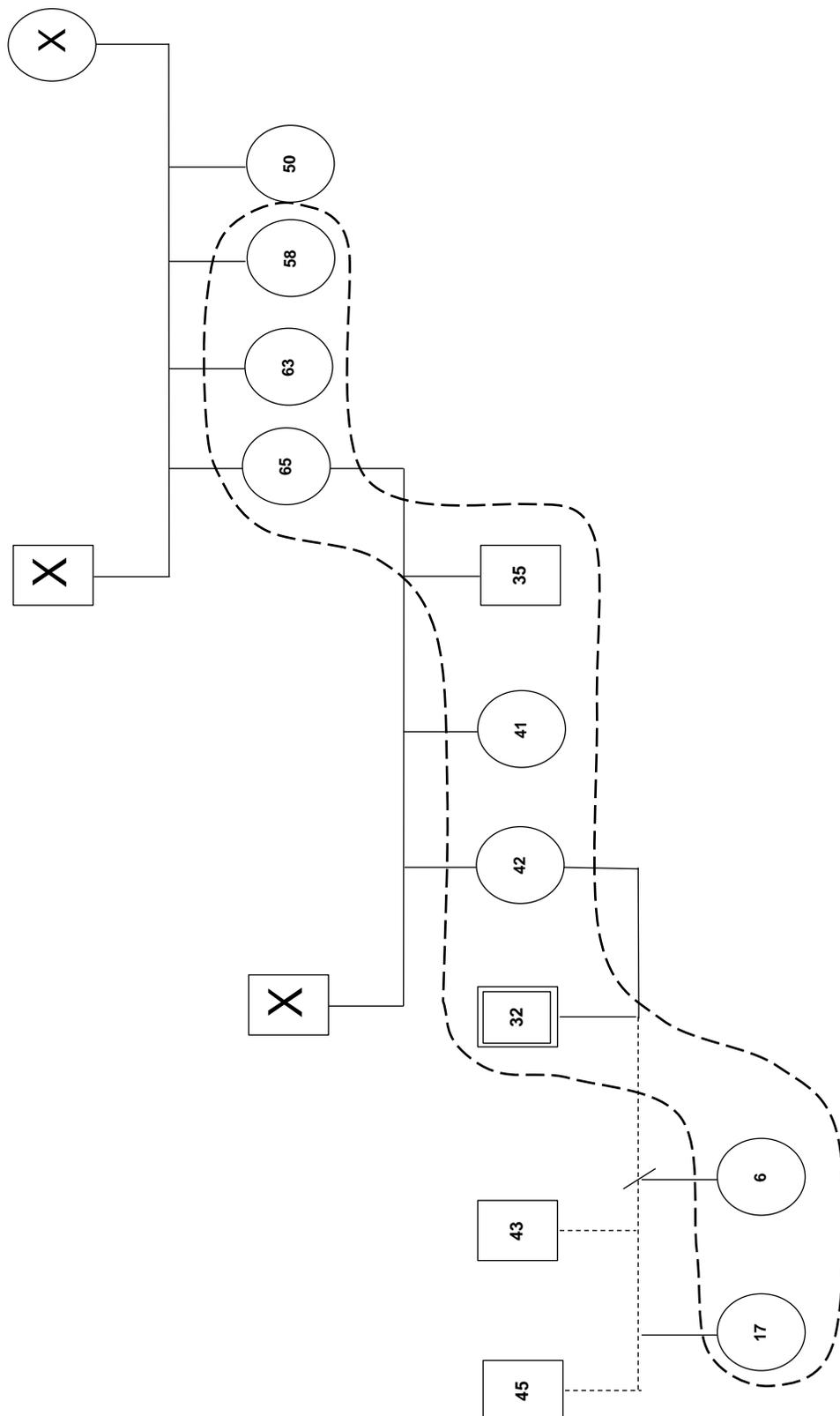
A través de la entrevista se recolectó información necesaria sobre los antecedentes heredofamiliares relacionados con los ERA y padecimientos respiratorios, también se conocieron algunos datos sociodemográficos, conductas de autocuidado para la salud y percepciones sobre su estilo de vida.

Familiograma

El cuarto sujeto de investigación tiene una familia extensa compuesta por su esposa de 42 años, dos hijastras, la mayor de 17 años y la menor de 6 años, ambas de relaciones pasadas, una cuñada y un cuñado de 41 y 35 años respectivamente, también coexisten con la mamá de su esposa y dos hermanas de ella de 65, 63 y 58 años de edad, mantiene una buena relación con la mayoría de los habitantes a excepción de las hijas de su esposa, ya que es distante y hostil.

Figura 58

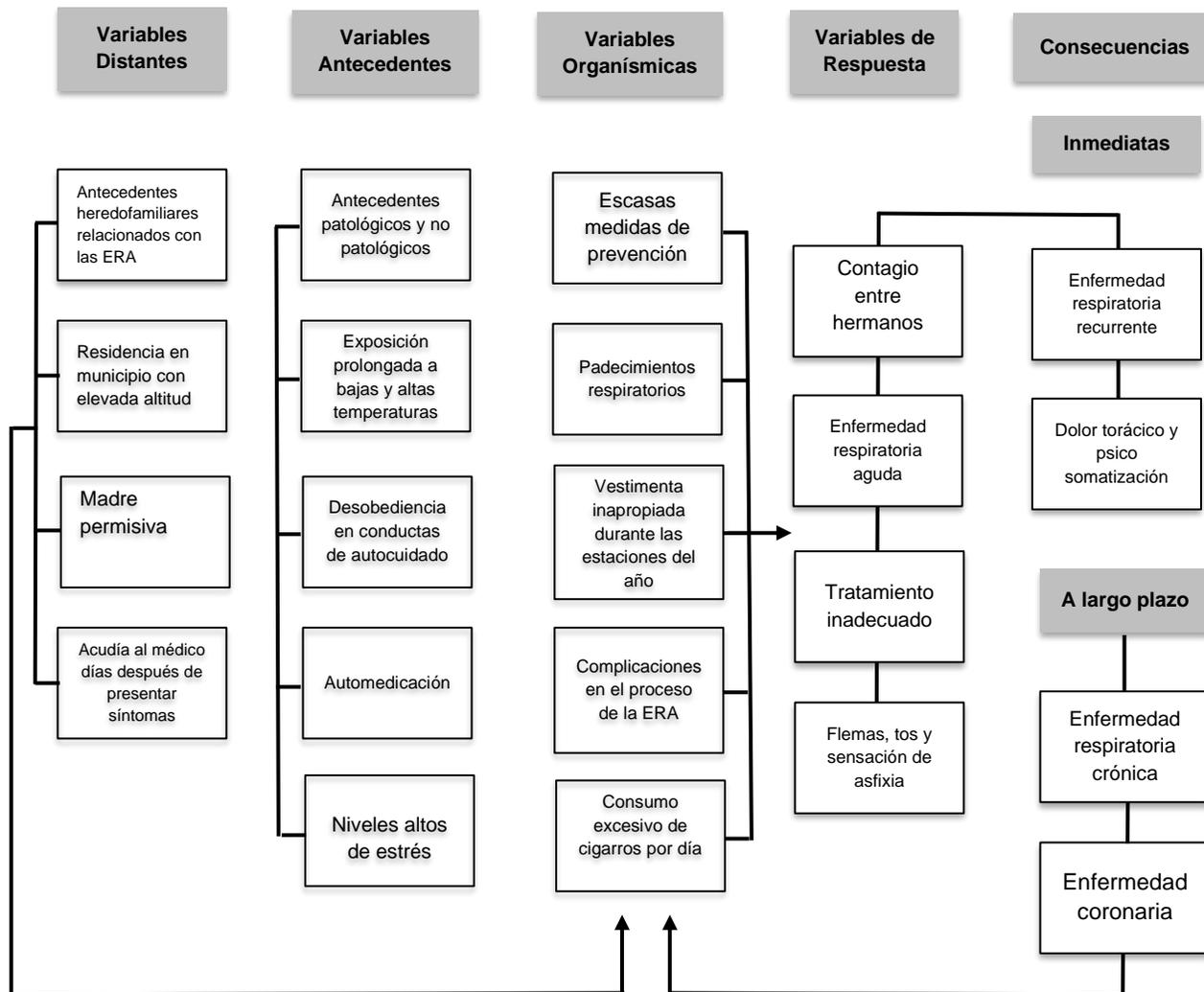
Familiograma sujeto 4. Diseño propio.



En el sujeto 4 se halló una presencia más notable de enfermedades respiratorias en la familia de la madre que en el sujeto 1, ya que este es integrante de la 1era generación del estudio, nace en la misma localidad y de acuerdo a lo que reporta el sujeto la presencia de estas enfermedades, y se observa ya un patrón de conductas relacionadas al autocuidado, estilos de vida y estrés.

Figura 59

Mapa Clínico de Patogénesis S4 (representación pictográfica)



Como se observa en el Mapa Clínico de Fortalezas la actividad física, las mejoras en las condiciones de la vivienda, el buen descanso y las actividades en espacios cerrados sin exposición a las temperaturas altas y bajas fueron algunas de las variables que apoyaron a una mejora en la calidad de vida y disminución de los factores que contribuían a la aparición de las ERA.

Figura 60

Mapa Clínico de Fortalezas S4 (representación pictográfica). Diseño propio

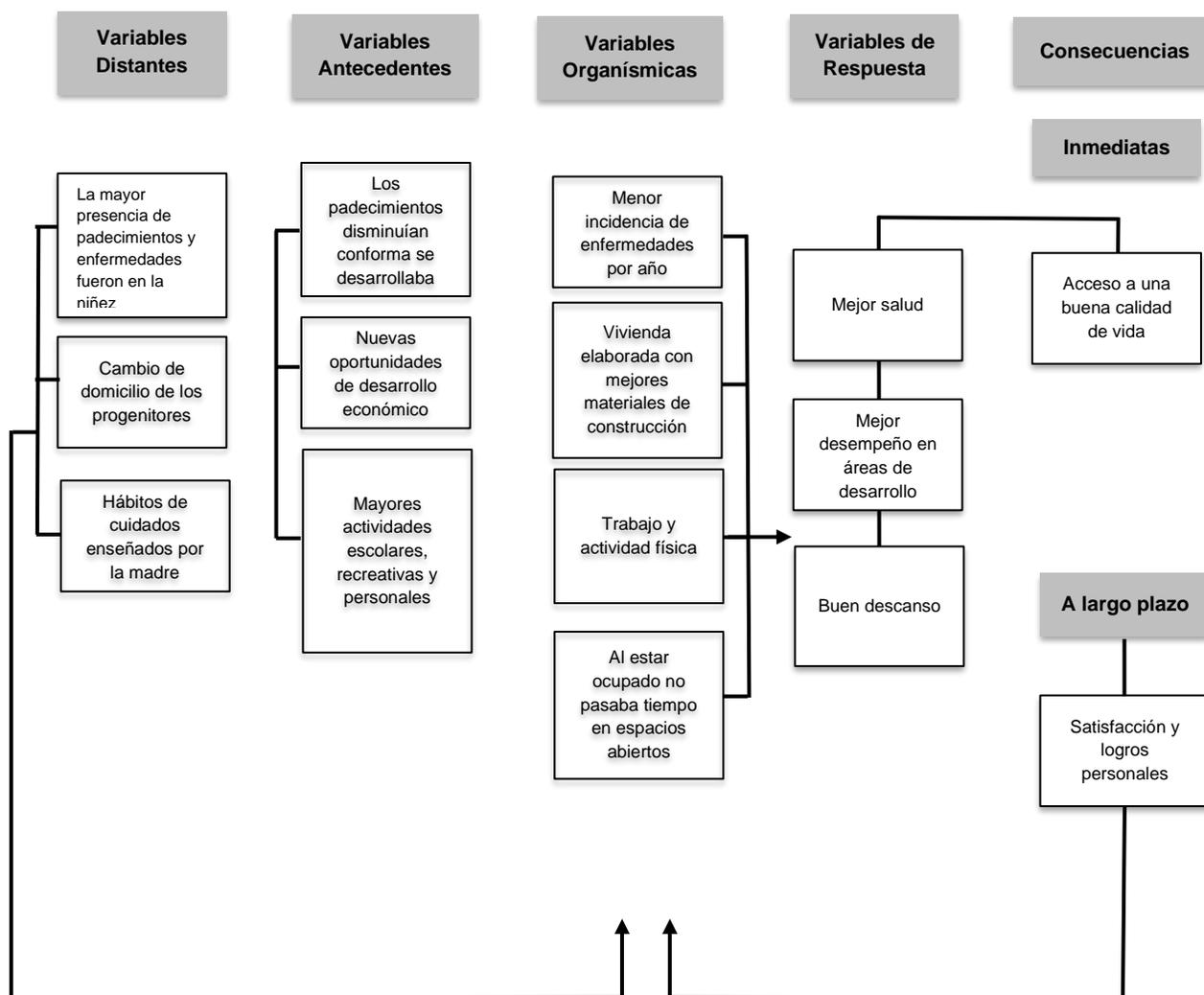
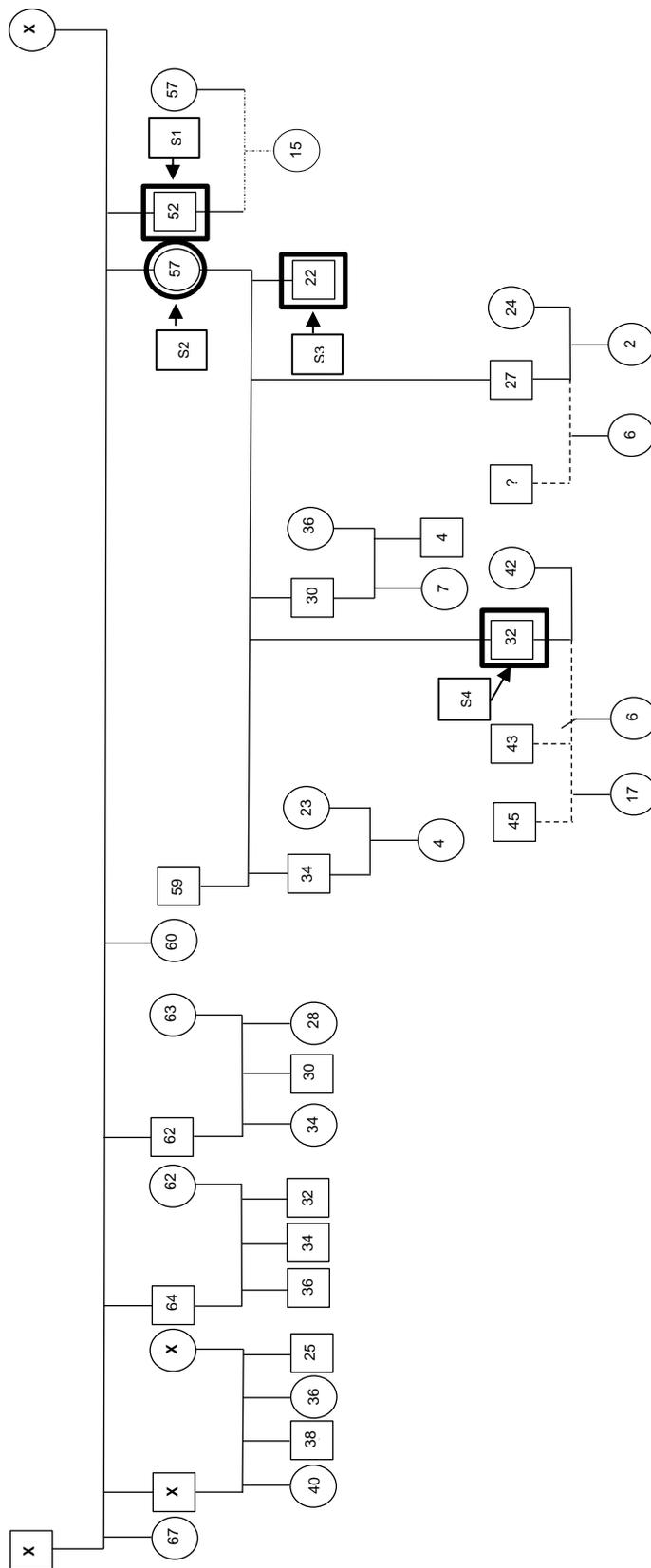


Figura 61
Familiograma de toda la familia del estudio. Diseño propio.



Resultados

Cada integrante respondió una entrevista semiestructurada con preguntas dirigidas hacia las ERA, a diferencia de la entrevista con respuestas cerradas utilizada en la Fase 1 de esta investigación las preguntas fueron abiertas en esta segunda fase, después de llevar a cabo la evaluación de cada uno de los integrantes de la familia por medio de los instrumentos anteriores los resultados fueron analizados.

Análisis Descriptivo de la Historia Clínica

La dinámica utilizada en cada una de las preguntas orientadas a Padecimientos, ERA, ERC, Antecedentes Patológicos y No Patológicos fue que al sujeto se le daba un breve explicación de cada uno de las anteriores secciones al igual que en las preguntas con el fin de hacer más entendible cada uno de los tecnicismos usados, respecto a las preguntas, éstas hacían énfasis en la presencia de las alteraciones de la salud mencionadas al inicio del párrafo y en caso de ser así se le incentivaba con más cuestionamientos para profundizar y enriquecer la información brindada.

El sujeto "1" manifestó respuestas positivas hacia la presencia y acompañó algunas respuestas importantes las cuales se describirán en la siguiente tabla en la que también se describirá la sección a la que pertenece cada pregunta y respuesta:

Tabla 20

Respuestas en la Historia Clínica del Sujeto 1.

Antecedentes Patológicos
E: <i>(Instrucción) A continuación, le mencionaré algunos padecimientos relacionados con las ERA y junto con ellos le daré una explicación breve de lo que trata cada una</i>
S1: <i>Está bien</i>

E: *Rinorrea, se refiere a una congestión nasal ¿Usted ha padecido Rinorrea?*

S1: *Sí*

E: *Disfonía, trata de una dificultad para hablar debido a los espasmos de los músculos que controlan las cuerdas vocales*

S1: *En alguna ocasión*

E: *Dolor torácico, es una molestia que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior, ¿Lo padeció?*

S1. *Sí*

Enfermedades Respiratorias Agudas

E: *(Instrucción) De igual forma que en la anterior sección le diré la enfermedad y una explicación breve de lo que consiste*

E: *Rinofaringitis aguda, trata de un resfriado común*

S1: *Si, en alguna ocasión*

E: *Faringitis aguda, consiste en una inflamación de la faringe, la cual se encuentra en la parte posterior de la garganta. Popularmente se le llama "dolor de garganta" y es una de las razones más comunes de visita al médico*

S1: *Si*

Enfermedades Respiratorias Agudas

E: *Amigdalitis aguda, es una extensión del dolor hasta los oídos, en caso de que el estado de la amigdalitis sea severa, con disfagia (dificultad para tragar), dolor de cabeza y fiebre*

S1: *Si, el dolor de garganta que va hasta los oídos, con distintos síntomas*

E: *Bronquiolitis aguda, las vías respiratorias se inflaman, se hinchan y se llenan de mucosidades, lo que puede dificultar la respiración, afecta más a menudo en la niñez*

S1: *Bueno si, exactamente cuando estábamos en el Real del Monte, si era más frecuente*

E: *¿Cuántas veces al año se enfermaba en su niñez?*

S1: *Cuando estábamos viviendo en el Real del Monte si unas 3 o 4 veces al año*

E: *¿Sabe o puede recordar cual era la razón por la que se enfermaran tanto?*

S1: *El clima, en otoño, invierno por el cambio brusco de la temperatura o las estaciones del año*

E: *¿En los últimos 6 meses usted padeció alguna de las enfermedades antes mencionadas?*

S1: *Dolor de garganta, mucosidad, inflamación*

Medidas Preventivas

E: *¿Al estornudar o toser se cubría la nariz y boca?*

S1: *Si*

E: *¿Usaba algún objeto o extremidad como su mano o parte interior del codo para obstruir las gotitas del estornudo?*

S1: *Si la parte interior del codo*

E: *¿Tenía cuidado de no tocarse la cara, ojos, boca, nariz u otras mucosas sin antes lavarse las manos?*

S1: *En ocasiones si*

E: *En caso de que usted o algún integrante de la familia estuviese enfermo ¿Había alguien que limpiaba los objetos que tocaba el integrante?*

S1: *Algunas veces*

E: *¿Cuándo un integrante de la familia enfermaba, todos los integrantes convivían con el mismo en un sitio cerrado?*

S1: *Pues anteriormente si, bueno como vivíamos en el Real del Monte dentro de la casa se compartían las habitaciones*

Antecedentes Heredo-familiares

E: *Indique si alguno de los siguientes familiares padeció alguna de las enfermedades mencionadas durante la historia clínica*

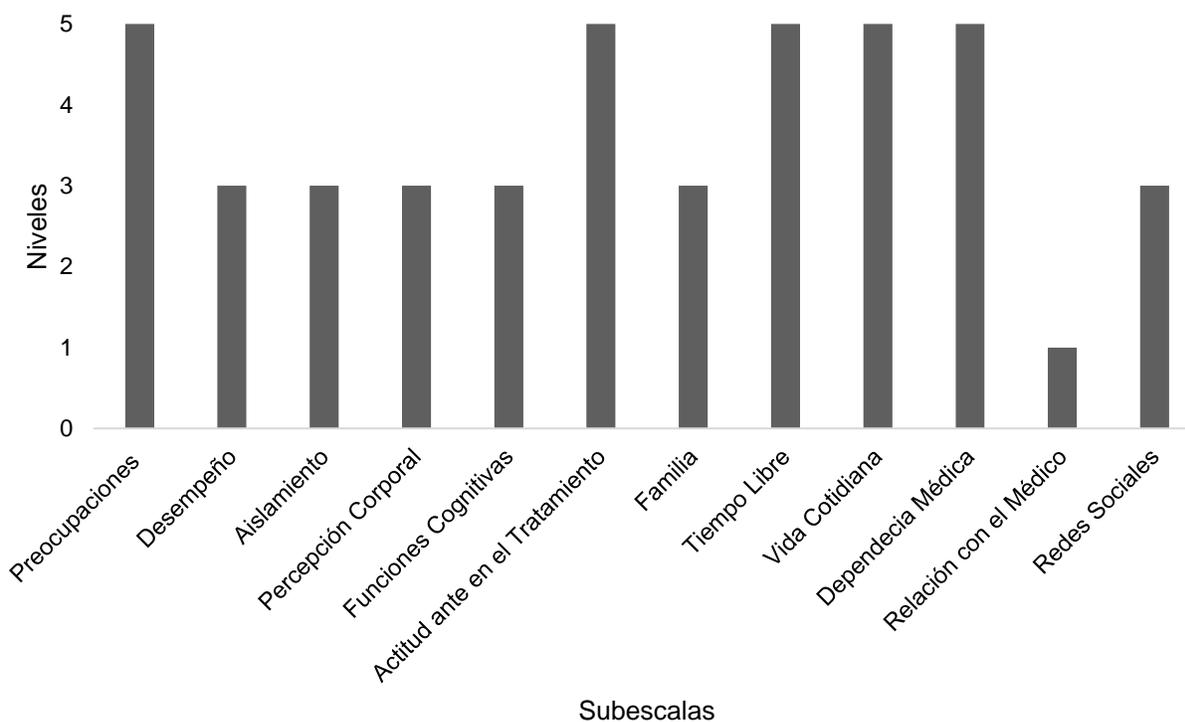
S1: *Padres si*

Análisis Descriptivo de INCAVISA

La mayoría de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Calidad de Vida por “1” están en el rango Muy bueno – Normal como se puede observar en la figura 62, a excepción de la subescala de Relación con el Médico ya que esta se refiere al grado que el paciente se encuentra cómodo con la atención del médico tratante, en tal caso el sujeto 1 no se encuentra en tratamiento y se encuentra sano por lo tanto es normal que esta subescala se encuentre en este nivel.

Figura 62

Niveles en el Instrumento de INCAVISA. Sujeto 1



El sujeto 1 reportó las siguientes respuestas en las preguntas 54 y 55 en INCAVISA:

Tabla 21

Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, Sujeto 1.

54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc)	55. En los últimos seis meses: ¿ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, cambio de domicilio, separación)
S1: <i>No</i>	S1: <i>Ninguno</i>

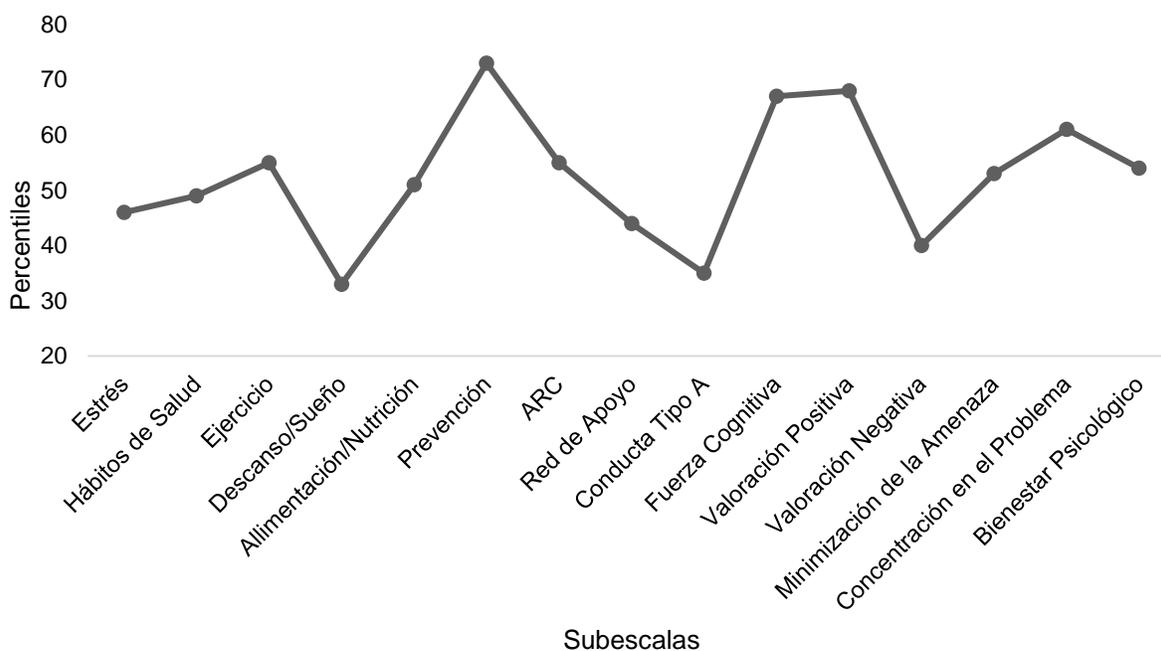
Análisis Descriptivo de Perfil de Estrés

Las puntuaciones siguientes corresponden a los resultados del Perfil de Estrés, el cual arroja un estado normal entre las subescalas de Estrés, Hábitos de Salud, Ejercicio, Alimentación/Nutrición, ARC, Red de Apoyo, Valoración Negativa, Minimización de la Amenaza y Bienestar Psicológico. Por otro lado, hay subescalas con puntuaciones altas y bajas, en la subescala de Descanso/Sueño hay una puntuación baja en la cual se interpreta que el sujeto “1” no tiene un adecuado descanso, sueño y tampoco un relajamiento, la subescala de Prevención indica una alta práctica de conductas preventivas de salud e higiene, visitas regulares al médico y un apego a las preinscripciones, en la subescala de Conducta Tipo A puntualiza una baja conducción de la impaciencia, premura, ira, rapidez laboral y esto puede deberse a que el sujeto no se encuentra laborando actualmente, la subescala de Fuerza Cognitiva y Valoración Positiva están por encima del rango normal lo que indica que un alto nivel de compromiso y participación en las áreas como el trabajo, vida personal además de ver los retos como oportunidades de crecimiento, la segunda subescala describe un buen uso de comentarios de

apoyo, motivación autodirigida y estrategias de afrontamiento al estrés, y por último en la subescala de Concentración en el Problema "1" desarrolla cambios para dirigirse a una solución eficaz.

Figura 63

Puntuaciones en el Instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 1



Análisis Descriptivo de la Historia Clínica

El sujeto 2 respondió de manera positiva a las preguntas relacionadas con los padecimientos, ERA y demás secciones, comentaba un cambio notorio del traslado de vivienda característico del cual había nacido era habitante desde su nacimiento, tal lugar permanecía húmedo la gran parte del año y las épocas invernales era demasiado frías debido a la zona boscosa y la altitud (Ver tabla 22).

Tabla 22*Respuestas en la Historia Clínica del Sujeto 2*

Antecedentes Patológicos
<p><i>Rinorrea, se refiere a una congestión nasal ¿Usted ha padecido Rinorrea?</i></p> <p><i>S2: Sí, algunas veces, cuando yo estaba mal de las amígdalas, sentía tapada la nariz</i></p> <p><i>E: Epistaxis, hemorragia nasal causada por un traumatismo, irritación o resequedad del revestimiento de la nariz, rinitis alérgica, resfriados o sinusitis</i></p> <p><i>S2: Sí, solo una vez debido a la presión alta, estaba en mi trabajo y quería sacar todo rápido, porque llego mi jefe, padezco de presión alta</i></p> <p><i>E: Expectoración, expulsión de sangre o moco sanguinolento de los pulmones y la garganta</i></p> <p><i>S2: Sí, por las anginas, se me reventaron, ya estaban muy inflamadas, muy saturadas, no me atendí bien, espere 3 días para ver el doctor, el clima en diciembre es muy extremo en frio, esto sucedió en el Real del Monte, tenía 18 años, al momento de ir con el médico él afirmo que estaban muy inflamadas.</i></p> <p><i>E: Dolor torácico, es una molestia que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior, ¿Lo padeció?</i></p> <p><i>S2. Sí, por tos, una tos con flemas</i></p> <p><i>E: Sibilancias, sonido silbante y chillón durante la respiración</i></p> <p><i>S2: Sí, una vez que ya me había aplicado varios medicamentos, pero ninguna de las ampolletas que me había aplicado, había tenido efecto y por lo mismo había tenido el silbido en el pecho</i></p>

Enfermedades Respiratorias Agudas

E: *(Instrucción) De igual forma que en la anterior sección le diré la enfermedad y una explicación breve de lo que consiste*

E: *Rinofaringitis aguda, trata de un resfriado común*

S2: *Si*

E: *Amigdalitis aguda, extensión del dolor hasta los oídos, en caso de que el estado de la amigdalitis sea severa, con disfagia (dificultad para tragar), dolor de cabeza y fiebre*

S2: *Si, lo he padecido*

E: *Laringitis y traqueítis aguda, es una inflamación de la glotis (laringe) por uso excesivo, irritación o infección, las cuerdas vocales se irritan, esto provoca una distorsión en los sonidos producidos*

S2: *Si*

E: *¿Cuántas veces al año se enfermaba en su niñez?*

S2: *Sí, constantemente, pero muy fuerte, había una época en especial cuando hacía frío y en la época de calor*

E: *¿En los últimos 6 meses usted padeció alguna de las enfermedades antes mencionadas?*

S1: *Sí, infección en las anginas, amigdalitis aguda, fui al médico*

Medidas Preventivas

E: *¿Al estornudar o toser se cubría la nariz y boca?*

S2: *Si*

E: *¿Usaba algún objeto o extremidad como su mano o parte interior del codo para obstruir las gotitas del estornudo?*

S2: *Si, el codo*

E: *¿Tenía cuidado de no tocarse la cara, ojos, boca, nariz u otras mucosas sin antes lavarse las manos?*

S2: *Si*

E: *En caso de que usted o algún integrante de la familia estuviese enfermo ¿Había alguien que limpiaba los objetos que tocaba el integrante?*

S2: *Tenia yo que hacerlo*

E: *¿Cuándo un integrante de la familia enfermaba, todos los integrantes convivían con el mismo en un sitio cerrado?*

S2: *Si*

Antecedentes Heredo-familiares

E: *Indique si alguno de los siguientes familiares padeció alguna de las enfermedades mencionadas durante la historia clínica*

E: *Abuelos*

S2: *Sí*

E: *Padres*

S2: *Sí*

E: *Cónyuge*

S2: *Sí*

E: *Primos*

S2: *Sí*

E: *Hijos*

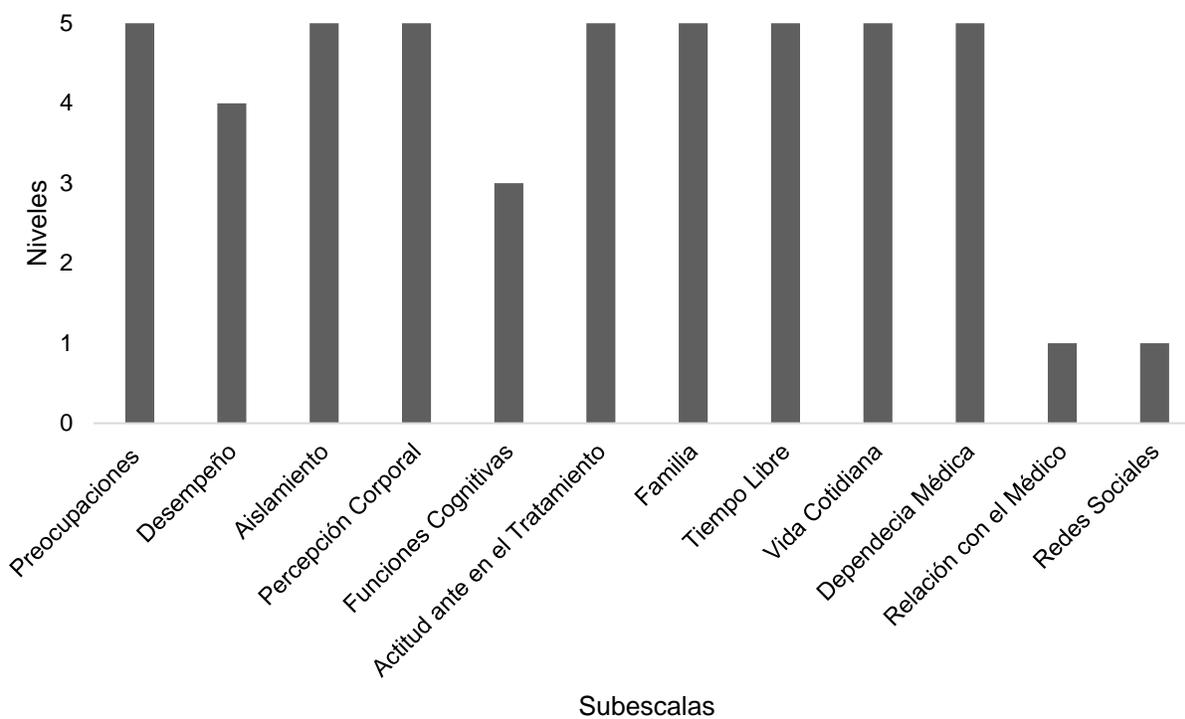
S2: *Sí*

Análisis Descriptivo de INCAVISA

A diferencia del sujeto "1", en el sujeto "2" se hallan niveles Muy buenos en 8 de las 12 subescalas del Inventario de Calidad de Vida, las subescalas de Desempeño y Funciones Cognitivas se encuentran con un nivel Bueno y Normal respectivamente, solo en las subescalas restantes el sujeto "2" puntuó en una nivel Muy bajo, un de ellas es la Relación con el Médico a la cual se explicó anteriormente que era normal un puntuación así ya que tampoco se encuentra en tratamiento, por otro lado la subescala de Redes Sociales indica un disminuido número de recursos humanos con los que cuenta el sujeto para resolver los problemas cuando se le presenten.

Figura 64

Niveles en el Instrumento de INCAVISA. Sujeto 2.



El sujeto 2 reportó las siguientes respuestas en las preguntas 54 y 55 en INCAVISA:

Tabla 23

Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, Sujeto 2.

54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc)	55. En los últimos seis meses: ¿ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, cambio de domicilio, separación)
---	---

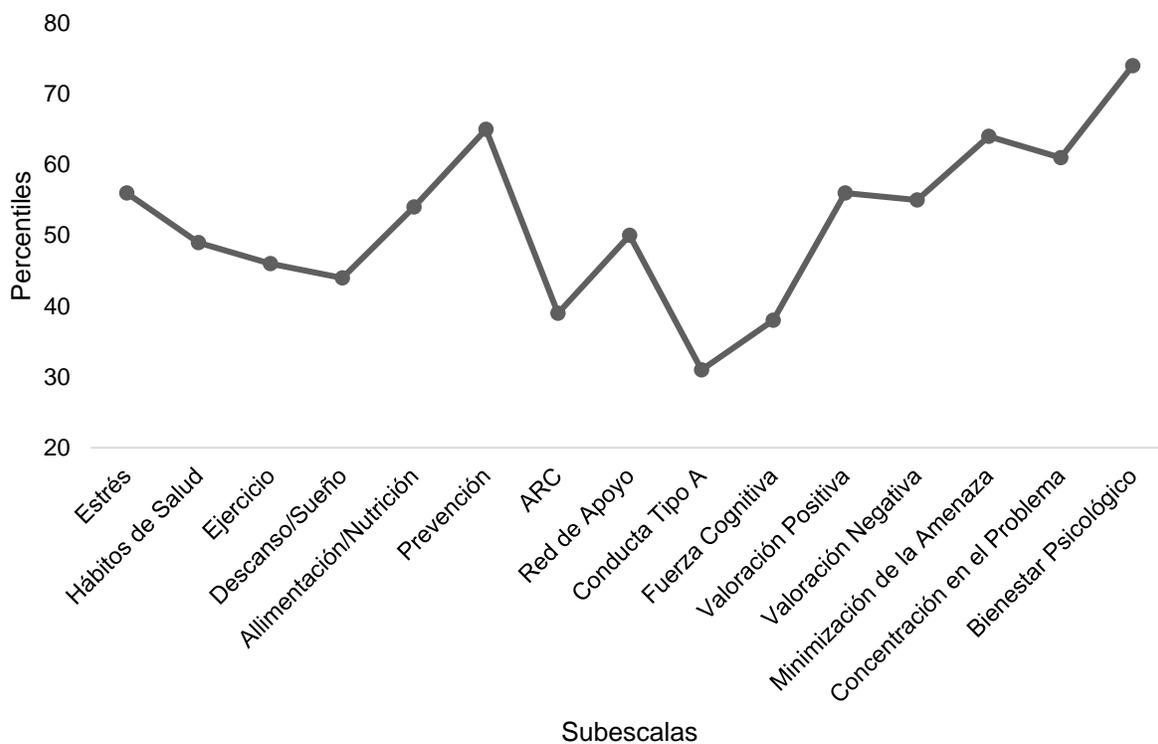
S2: *Intranquilidad, falleció mi hermano* S2: *Fallecimiento de un hermano cristiano, cristiano conocido por la familia, pero lo tengo* *pero lo tengo que superar con la bendición de que superar* *Jehová Dios y Jesús Cristo, mi fe es muy grande.*

Análisis Descriptivo de Perfil de Estrés

Las subescalas reportadas con base en los resultados del sujeto "2" del Perfil de Estrés muestran un rango normal en las subescalas de Estrés, Hábitos de Salud, Ejercicio, Descanso/Sueño, Alimentación/Nutrición, ARC, Red de Apoyo, Valoración Positiva y Valoración Negativa, las subescalas de Prevención y Conducta Tipo A se encuentra alta al igual que el sujeto "2", la subescala de Fuerza Cognitiva está un poco por debajo del rango normal, es probable que vea los cambios y los riesgos en su existencia como amenazantes y tienden a percibir una falta de control sobre los acontecimientos más importantes en su vida, por otro lado en la subescala de Minimización de la Amenaza indica un comportamiento evitativo o bien desvía la atención por medio de bromas o burlas para no afrontar la situación problemática, la siguiente subescala que corresponde a Concentración en el Problema, "2" desarrolla un plan de acción o pide a otros que hagan cambios determinados para aliviar las circunstancias estresantes, por último en la subescala de Bienestar Psicológico es la que mayor puntúa entre todas a lo que "2" está satisfecho con sí mismo y se percibe como una persona capaz de disfrutar la vida.

Figura 65

Puntuaciones en el Instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 2



Análisis Descriptivo de la Historia Clínica

El sujeto 3 de igual forma que los anteriores respondió afirmativamente a las preguntas relacionadas con la aparición de enfermedades respiratorias, menciona una contaste presencia de estas enfermedades durante su niñez y la falta de autocuidados, también reporta padecimientos hasta la actualidad como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 24

Respuestas en la Historia Clínica del Sujeto 3.

Antecedentes Patológicos

E: *(Instrucción) A continuación, le mencionaré algunos padecimientos relacionados con las ERA y junto con ellos le daré una explicación breve de lo que trata cada una*

S3: *Sí*

E. *Rinorrea, se refiere a una congestión nasal*

S3: *Sí, hay días en la semana que amanezco con la nariz congestionada o cuando hace mucho frío, recuerdo que cuando era niño usaba bufanda para cubrirme la nariz y boca ya que si me destapaba empezaba a tener secreción nasal.*

E: *Cianosis, falta de oxígeno en la sangre causa una coloración azulada en la piel o membranas mucosas, dedos y nariz*

S3: *Sí, en épocas de invierno mis dedos y manos se ponían de un tono rojo-azulado, aunque hiciera calor tenía mis manos frías, esto ocurría más a menudo en la preparatoria*

E: *Dolor torácico, es una molestia que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior, ¿Lo padeció?*

S3. *Sí, por tos, algunas veces amanecía con dolor y cuando práctico deporte de manera prolongada comienzo a sentir un dolor intenso, algunas veces sentía un dolor muy agudo en la garganta que incluso me producía dolor de cabeza y el dolor en el pecho persistía aun cuando terminaba de hacer ejercicio*

Enfermedades Respiratorias Agudas

E: *(Instrucción) De igual forma que en la anterior sección le diré la enfermedad y una explicación breve de lo que consiste*

E: *Rinofaringitis aguda, trata de un resfriado común*

S3: *Si, era más frecuente en mi niñez y el proceso en que me enfermaba era muy rápido, a las pocas horas de sentir alguna molestia como, cuerpo cortado, fiebre, secreción nasal o alguna relacionada con la gripa tenía que ir al médico rápido ya que si no acudía a la brevedad era seguro que me inyectarían*

E: *Faringitis aguda, Inflamación de la faringe, la cual se encuentra en la parte posterior de la garganta. Popularmente se le llama "dolor de garganta" y es una de las razones más comunes de visita al médico*

S3: *Si, también la padecí mucho en mi niñez, pubertad y adolescencia, gran parte de mis recuerdos son estando enfermo y en específico durante mi niñez, sucedía cuando había temperaturas extremas, mucho calor o mucho frio, en una ocasión me recetaron amikacina para adulto y a partir de ese momento mi mamá siempre me automedicaba con esa inyección.*

E: *Amigdalitis aguda, extensión del dolor hasta los oídos, en caso de que el estado de la amigdalitis sea severa, con disfagia (dificultad para tragar), dolor de cabeza y fiebre*

S3: *también la padecí, pero gran parte de mi adolescencia, algunas veces dejaba de ir a la escuela por periodos de 2 – 3 semanas, y cuando visitaba al médico se enojaba por mi estado, me decía que veía úlceras blancas en las amígdalas que parecían pepas y que para ese momento ya era necesario ir al hospital, cuando la padecía en la niñez mi mamá nos daba limón con carbonato para hacer gárgaras*

E: *¿Cuántas veces al año se enfermaba en su niñez?*

S3: *como 5 a 7 veces en el año, a veces solo duraba 3 semanas sano y nuevamente me enfermaba*

Enfermedades Respiratorias Agudas

E: *¿Sabe o puede recordar cual era la razón por la que se enfermaran tanto?*

S3: *A veces era imprudente y tomaba agua fría durante la época de calor y en la época de frío no me gustaba cubrirme y más aún porque mi mamá era muy sobreprotectora conmigo, también recuerdo explicaciones del médico, él decía que se debía a las bacterias en el ambiente como el humo del cigarro y es que mi papá fumaba mucho y como siempre estaba con él trabajando, mucho de ese humo lo inhalaba aunque me enojaba con él e incluso el médico trataba de persuadirlo para que no fumara cerca de mí, eso y la exposición a temperaturas extremas.*

E: *¿En los últimos 6 meses usted padeció alguna de las enfermedades antes mencionadas?*

S3: *Sí, faringitis y rinofaringitis aguda*

Medidas preventivas

E: *¿Al estornudar o toser se cubría la nariz y boca?*

S3: *Algunas veces, cerca de los 13 años aprendí que debía cubrirme con el codo*

E: *¿Usaba algún objeto o extremidad como su mano o parte interior del codo para obstruir las gotitas del estornudo?*

S3: *Si, al inicio usaba la mano y hasta la pandemia de la influenza AH1N1 aprendí la forma adecuada de obstruir las gotitas*

E: *¿Tenía cuidado de no tocarse la cara, ojos, boca, nariz u otras mucosas sin antes lavarse las manos?*

S3: *No, al menos hasta ahora no sabía cuáles eran las vías de transmisión*

E: *En caso de que usted o algún integrante de la familia estuviese enfermo ¿Había alguien que limpiaba los objetos que tocaba el integrante?*

S3: *No recuerdo, supongo que lo hacia mi mamá*

E: *¿Cuándo un integrante de la familia enfermaba, todos los integrantes convivían con el mismo en un sitio cerrado?*

S3: *Algunas veces si, vivíamos en una casa amplía, pero con espacio reducido para estar ya que éramos muchos los que la habitábamos*

Antecedentes Heredo-familiares

E: *Indique si alguno de los siguientes familiares padeció alguna de las enfermedades mencionadas durante la historia clínica*

E: *Abuelos*

S3: *Sí*

E: *Padres*

S3: *Sí*

E: *Primos*

S3: *Sí*

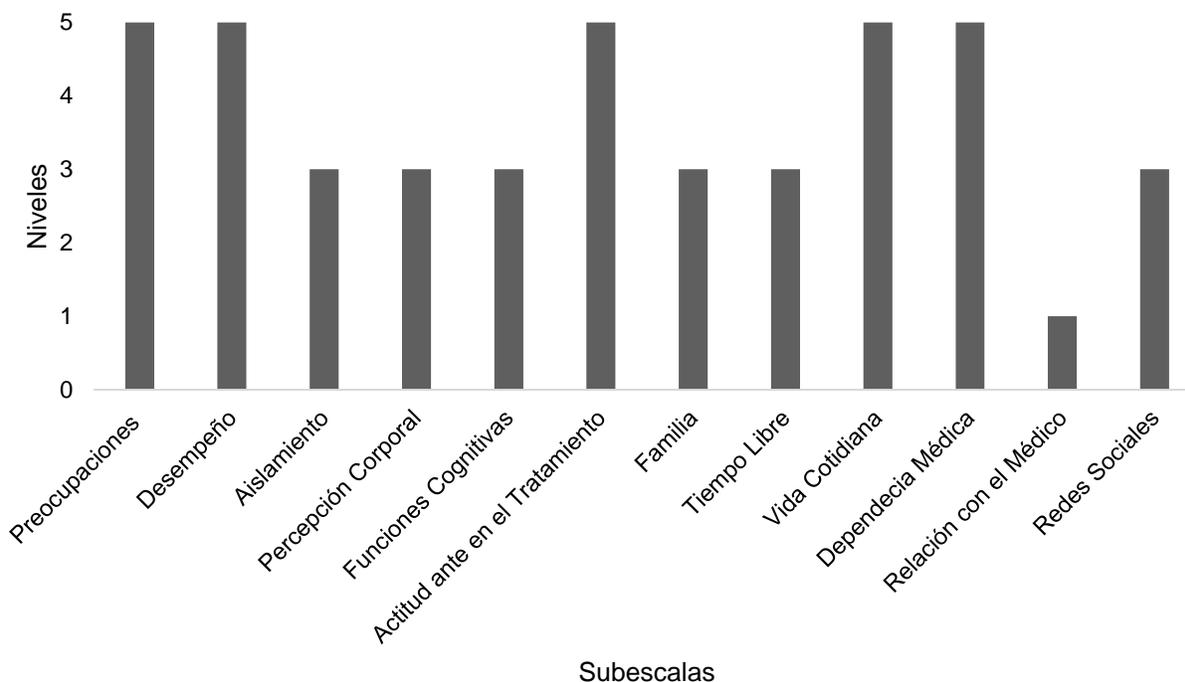
Análisis Descriptivo de INCAVISA

El sujeto "3" presenta niveles Muy buenos en las subescalas de Preocupaciones, Desempeño, Actitud ante el Tratamiento, Vida Cotidiana y Dependencia Médica, mientras que en las subescalas de Aislamiento, Percepción Corporal, Funciones Cognitivas, Familia, Tiempo

libre y Redes Sociales tiene un nivel Normal, al igual que en los anteriores sujetos tiene una puntuación Muy baja en la subescala de Relación con el Médico.

Figura 66

Niveles en el Instrumento de INCAVISA. Sujeto 3



El sujeto 3 reportó las siguientes respuestas en las preguntas 54 y 55 en INCAVISA:

Tabla 25

Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, Sujeto 3.

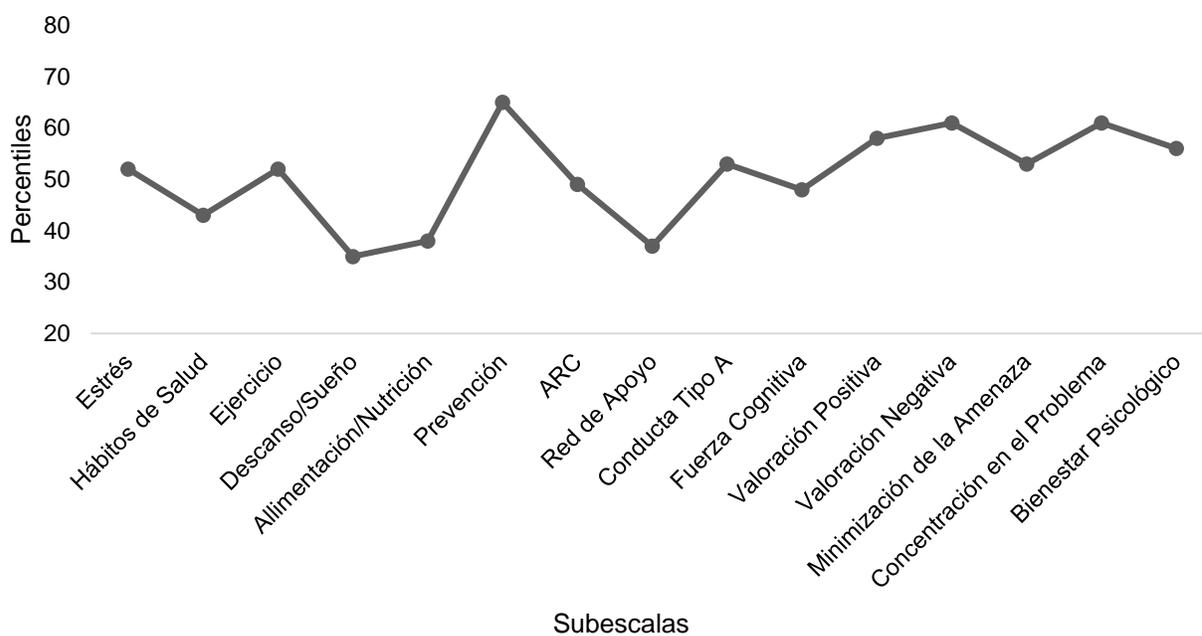
54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc)	55. En los últimos seis meses: ¿ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, cambio de domicilio, separación)
S3: <i>Si, varios disgustos y preocupación</i>	S3: <i>Egreso de la universidad y desempleo</i>

Análisis Descriptivo de Perfil de Estrés

En el análisis del Perfil de Estrés, “3” presenta puntuaciones dentro del rango normal en las subescalas de Estrés, Hábitos de Salud, Ejercicio, ARC, Conducta Tipo A, Fuerza Cognitiva, Valoración Positiva, Concentración en la Amenaza y Bienestar Psicológico, por otro lado las subescalas de Descanso/Sueño, Alimentación/Nutrición y Red de apoyo se encuentran por debajo, la primera indica un pobre descanso, una elevada fatiga en comparación de las puntuaciones altas en esta subescala, en la siguiente se indica escasos hábitos dietéticos, nula disciplina para controlar el consumo de grasas, colesterol, azúcares, sal y calorías, en la subescala de Red de Apoyo, “3” tiene una menor satisfacción con la calidad y cantidad en su red de apoyo social, al igual que los sujetos anteriores la subescala de Prevención está por encima del rango normal, las subescalas restantes; Valoración Negativa y concentración en el problema están de igual forma ligeramente por encima del rango normal.

Figura 67

Puntuaciones en el Instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 3.



Análisis Descriptivos de la Historia Clínica

El sujeto 4 fue quién reportó más padecimientos y enfermedades severas, además hizo observaciones importantes relacionadas con las condiciones de vida, hábitos de salud y conductas de riesgo que perjudicaron su estado fisiológico en su adolescencia, también indicó el cambio de vivienda y las ventajas que tuvo este suceso.

Tabla 26

Respuestas en la Historia Clínica del sujeto 4.

Antecedentes patológicos
<p><i>E: (Instrucción) A continuación, le mencionaré algunos padecimientos relacionados con las ERA y junto con ellos le daré una explicación breve de lo que trata cada una</i></p> <p><i>S4: Claro</i></p>
<p><i>E. Rinorrea, se refiere a una congestión nasal ¿Usted ha padecido Rinorrea?</i></p> <p><i>S: Sí, solo cuando presento gripa</i></p>
<p><i>E: Rinolalia, es una alteración de los fonemas o palabras debido a la resonancia nasal</i></p> <p><i>S4: Si, cuando hacía frío era cuando sucedía eso, se ponía fría y en ocasiones tenía escurrimiento nasal, yo jalo mucho aire por la boca, no tanto por nariz, es más recurrente en las mañanas, cuando me levanto tengo un cambio de voz, se escucha más grave, y creo que es debido por la postura</i></p>
<p><i>E: Epistaxis, hemorragia nasal causada por un traumatismo, irritación o resequedad del revestimiento de la nariz, rinitis alérgica, resfriados o sinusitis</i></p>

S4: *Sí, pero se ha presentado cuando he tenido gripa, me llegó a pasar cuando me sonaba la nariz e incluso me soné la nariz hace un mes y me empezó a sangrar la nariz por un poro, lo cual no es recurrente sino rara la vez, por el cambio de temperatura*

E: *Expectoración, expulsión de sangre o moco sanguinolento de los pulmones y la garganta*

S4: *Sí, normalmente me ha pasado cuando estoy enfermo de la gripa, el proceso era muy agresivo, llegaron a parecer con las flemas*

E: *Vómica, violentos golpes de tos, a veces con sensación de asfixia*

S4: *Si, se dan más cuando fumo, cuando fumo muchísimo es cuando presento y en ocasiones me llegó a pasar, ahora ya no, que se me iba la respiración cuando estaba durmiendo, como un ataque, cuando fumaba demasiado, en aquel tiempo fumaba aproximadamente 15 cigarros al día, este hábito surge en mi trabajo, cuando viajo a Pachuca*

E: *Dolor torácico, es una molestia que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior, ¿Lo padeció?*

S4. *Sí, cuando fumaba mucho y por estrés, el dolor*

E: *Sibilancias, sonido silbante y chillón durante la respiración*

S4: *Sí, después de fumar*

Enfermedades Respiratorias Agudas

E: *(Instrucción) De igual forma que en la anterior sección le diré la enfermedad y una explicación breve de lo que consiste*

E: *Rinofaringitis aguda, trata de un resfriado común*

S2: *Si, cuando me dá me pega feo, últimamente no ha sido frecuente, pero por ejemplo si pasa mucho tiempo y no me ha dado, cuando me da es muy agresiva y me tengo que inyectar a fuerza*

E: *Faringitis aguda, Inflamación de la faringe, la cual se encuentra en la parte posterior de la garganta. Popularmente se le llama "dolor de garganta" y es una de las razones más comunes de visita al médico*

S4: *Si, en tiempos de frío y cuando subían los perros calores, anteriormente cuando vivía en Pachuca me enfermaba más*

E: *¿Cómo percibiste el cambio de Real del Monte a Pachuca? ¿Crees que ayudó en esta parte del frío y del calor?*

S4: *Si, fue más favorable porque no hacía tanto frío, no llovía tanto, por ejemplo, en el Real tenías que ponerte cobija tras cobija y eso ayudó muchísimo, yo creo que en porcentaje en Pachuca de un 100% ha se hacer un 70% de frío*

E: *Amigdalitis aguda, extensión del dolor hasta los oídos, en caso de que el estado de la amigdalitis sea severa, con disfagia (dificultad para tragar), dolor de cabeza y fiebre*

S4: *Si, el dolor de cabeza no se me quitaba para nada, también me dolían los oídos e incluso decían que si no hay un correcto control se pueden reventar los oídos*

E: *Laringitis y traqueítis aguda, es una inflamación de la glotis (laringe) por uso excesivo, irritación o infección, las cuerdas vocales se irritan, esto provoca una distorsión en los sonidos producidos*

S4: *Si, se cerraba mi garganta, tenía problemas para hablar*

E: *Bronquitis aguda, inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones. Esta causa una tos que en forma frecuente presenta mucosidad*

S4: *Sí*

E: *Bronquiolitis aguda, las vías respiratorias se inflaman, se hinchan y se llenan de mucosidades, lo que puede dificultar la respiración, afecta más a menudo en la niñez*

S4: *Sí, en momentos de invierno*

E: *¿Cuántas veces al año se enfermaba en su niñez?*

S4: *5*

E: *¿Sabe o puede recordar cual era la razón por la que se enfermaran tanto?*

S4: *Siempre era desordenado y nos salíamos a jugar a la calle o al patio, andábamos sin chamarra en la noche o cuando llovía, la verdad éramos bien desobedientes, nos decía que no tomáramos cosas frías y lo hacíamos, aparte en el Real había una época muy larga que nos levantábamos a las 6 o 5 de la mañana y nos poníamos a ver las estrellas, prendíamos el boiler que era de leña para que se bañara mi papá y ya después nos mandaban a comprar mandado, puede ser que eso influyera también*

E: *¿En los últimos 6 meses usted padeció alguna de las enfermedades antes mencionadas?*

S4: *No*

Medidas Preventivas

E: *¿Al estornudar o toser se cubría la nariz y boca?*

S4: *Si*

E: *¿Usaba algún objeto o extremidad como su mano o parte interior del codo para obstruir las gotitas del estornudo?*

S4: *Si, el codo*

E: *¿Tenía cuidado de no tocarse la cara, ojos, boca, nariz u otras mucosas sin antes lavarse las manos?*

S4: *No*

E: *En caso de que usted o algún integrante de la familia estuviese enfermo ¿Había alguien que limpiaba los objetos que tocaba el integrante?*

S4: *No*

E: *¿Cuándo un integrante de la familia enfermaba, todos los integrantes convivían con el mismo en un sitio cerrado?*

S4: *Si*

Antecedentes Heredo-familiares

E: *Indique si alguno de los siguientes familiares padeció alguna de las enfermedades mencionadas durante la historia clínica*

E: *Abuelos*

S4: *Sí*

E: *Padres*

S4: *Sí*

E: *Tíos*

S4: *Sí*

E: *Cónyuge*

S4: Sí

E: *Primos*

S4: Sí

Antecedentes Personales Patológicos

E: *Enfermedades exantemática, son infecciones sistémicas, con diferente grado de contagiosidad, que tienen como característica principal la presencia de una erupción cutánea como el salpullido, varicela, etc.*

S4: Sí

E: *Alergias, distintas a las aéreas*

S4: *Si, a la penicilina*

E: *Traumatismo, daños físicos causados por golpes o caídas resultando en esguinces, luxaciones o fracturas*

S4: *Si, la nariz*

E: *Adicciones, como tabaquismo, alcoholismo u otras sustancias*

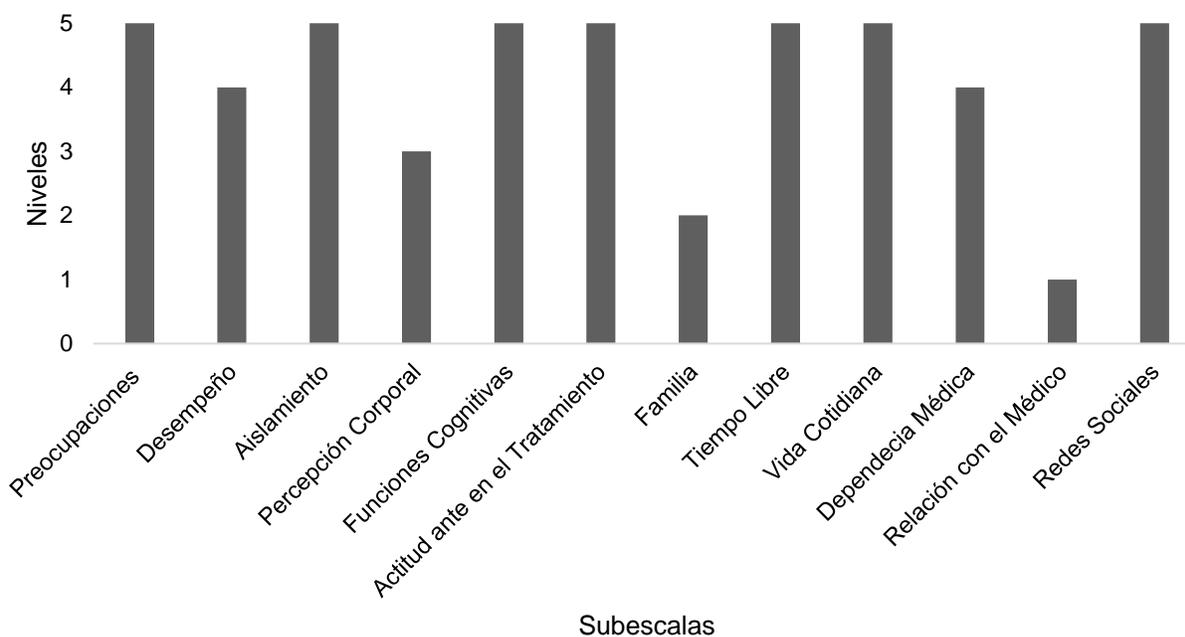
S4: *Sí, tabaquismo, consumo 4 cigarros al día*

Análisis Descriptivo de INCAVISA

El sujeto "4" presenta niveles Muy buenos en las subescalas de Preocupaciones, Aislamiento, Fuerza Cognitiva, Actitud ante el Tratamiento, Tiempo Libre, Vida Cotidiana y Redes Sociales, las subescalas con niveles Buenos fueron Desempeño y Dependencia Médica, la subescala de Percepción Corporal indico un nivel Normal, la subescala de Familia presentó un nivel Bajo la cual explora el apoyo emocional que percibe de su familia, por último se encuentra la subescala de Relación con em Médico en la que es de esperarse que tenga un nivel Muy bajo.

Figura 68

Niveles en el Instrumento de INCAVISA. Sujeto 4



El sujeto 4 reportó las siguientes respuestas en las preguntas 54 y 55 en INCAVISA:

Tabla 27

Respuestas 54 y 55 de INCAVISA, Sujeto 4.

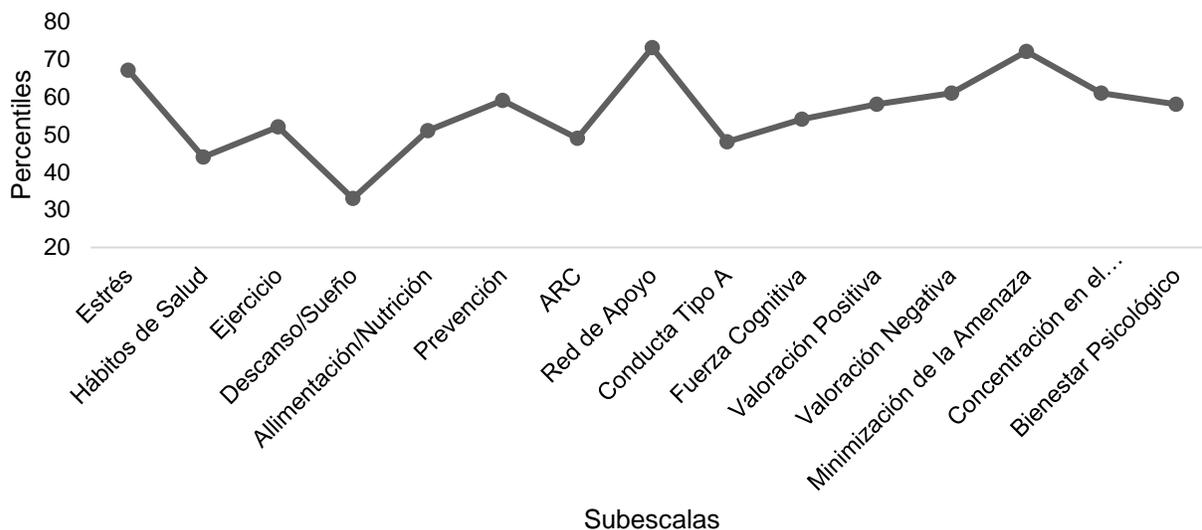
54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc)	55. En los últimos seis meses: ¿ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, cambio de domicilio, separación)
S4: <i>La contingencia del coronavirus, preocupación</i>	S4: <i>Si, la bacteria del coronavirus</i>

Análisis Descriptivo de Perfil de Estrés

En “4” las subescalas que presentan un rango normal son; Hábitos de Salud, Ejercicio, Alimentación/Nutrición, Prevención, ARC, Conducta Tipo A, Fuerza Cognitiva, Valoración Positiva y Bienestar Psicológico, en cambio la subescala de Estrés puntúa por encima de este rango lo que sugiere niveles altos percibidos de estrés en el trabajo y durante ese periodo de vida, como se puede observar la subescala de Descanso/Sueño se encuentra por debajo, como en los anteriores sujetos, la subescala de Red de Apoyo indica una satisfacción con la calidad y cantidad de las fuentes de apoyo a su alrededor, en cuanto a la subescala de Valoración Negativa se observa una ligera puntuación por encima, por último las subescalas de Minimización de la amenaza así como la de Concentración en el Problema se encuentran con puntuaciones altas siendo la primera de estas la que puntúa mayor, al igual que en el sujeto “2” tiene a la evitación de las situaciones problemáticas y lo hace más sobre llevadero con bromas o burlas, en la segunda “4” determina un curso de acción una vez elaborado un plan para afrontar retos y problemas que lo aquejan en un periodo de tiempo.

Figura 69

Puntuaciones en el Instrumento del Perfil de Estrés. Sujeto 4.



Análisis Comparativo

Se llevo a cabo un análisis comparativo entre las respuestas en la historia clínica, los niveles obtenidos en INCAVISA y en las puntuaciones obtenidas del Perfil de Estrés, entre los sujetos 1, 2, 3 y 4.

En la historia clínica se hallaron algunas respuestas que coincidieron en el contenido y síntomas que acompañaban las ERA, además de algunos patrones:

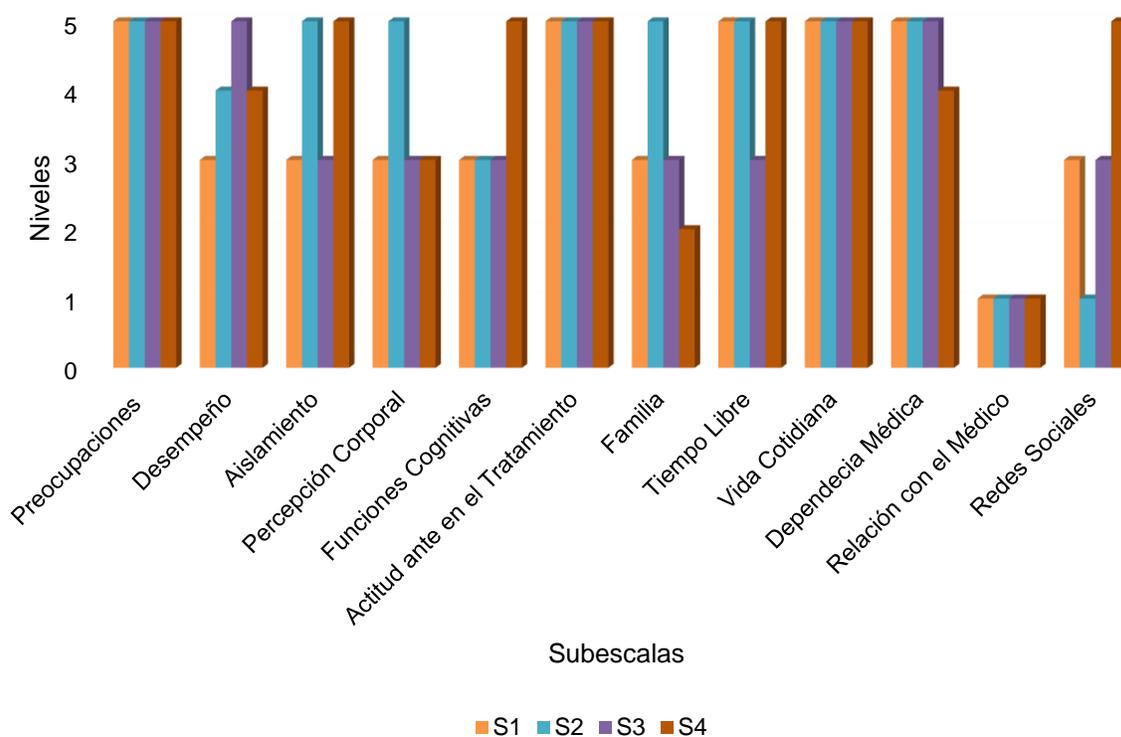
- Los cuatro sujetos afirmaron haber padecido **Rinofaringitis aguda**, dos de ellos que pertenecen a la misma generación (S3 y S4) mencionaron que esta ERA causaba agudeza en los síntomas, hecho que ameritaba inyecciones.
- Los sujetos S1, S3 Y S4, respondieron positivamente haberse enfermado de **Faringitis aguda**, de igual forma que en el anterior punto, los sujetos de la segunda generación (S3 y S4) coincidieron que enfermaban en climas con altas y bajas temperaturas.
- Como en la primer ERA los cuatros sujetos mencionan haber padecido **Amigdalitis aguda**, quienes hacen mención de algunos de los síntomas además de la agresividad que percibían de los mismos.
- En caso de los sujetos S1 y S4 mencionaron haber padecido **Laringitis, Traqueítis y Bronquitis aguda**.
- En la pregunta **¿Cuántas veces al año se enfermaba en su niñez?**, el S1 y S2 referían una constancia de 3 veces al año, mientras que los sujetos S3 y S4 reportaron enfermarse al menos 5 veces al año.
- Al preguntar si sabían el motivo o razón por la cual se enfermaban tanto, los sujetos S3 y S4 mencionaron desobediencia para conductas de autocuidado como tomar bebidas frías, portar ropa inadecuada para la estación del año y por parte del padre no había consideraciones para los cuidados respectivos en las infancias de los sujetos mencionados.

- Por otro lado, los cuatros sujetos reportan medidas preventivas de contagio por enfermedades respiratorias, sin embargo, hubo una respuesta parecida y es que cuando un integrante de la familia se enfermaba todos compartían los mismos espacios que el integrante enfermo y convivían cercanamente ya que también compartían habitaciones.

Como se puede observar en la figura 70, se presentan los resultados y niveles de cada uno de los integrantes correspondientes a INCAVISA, los 4 sujetos se encuentran del rango Normal hacia Muy bueno, el S2 y S4 presentan mayores niveles en 7 de las 12 subescalas en comparación del S3 que presenta estos niveles en 5 y el S1 en 4 subescalas.

Figura 70

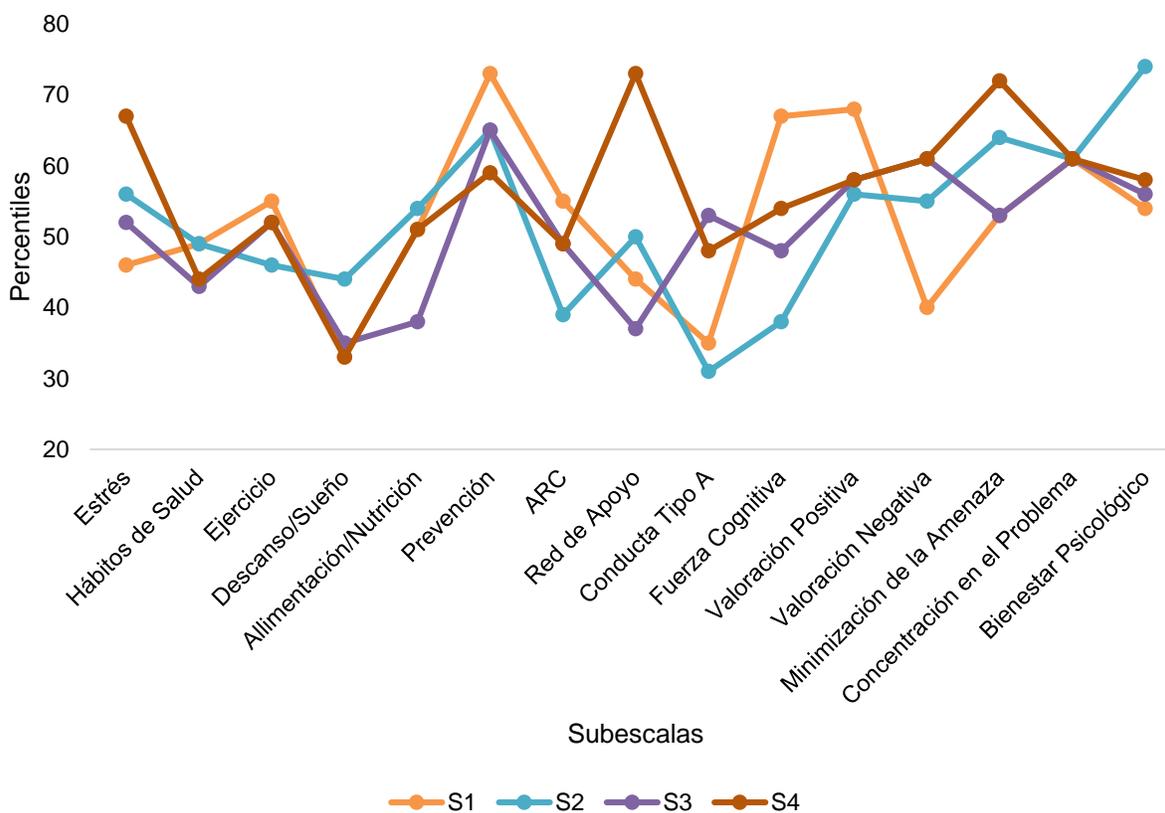
Niveles en el Instrumento de INCAVISA de Todos los Sujetos



En el Perfil de estrés, el S4 tiene la puntuación más alta en la subescala de Estrés, sobre pasando el rango normal y la más baja en la subescala de Prevención, por el contrario, el S1 que tiene la puntuación más elevada en la subescala de Prevención tiene la más baja en la subescala de Estrés, por otro lado el S1 y S2 tienen similitud en la puntuación de Hábitos de Salud, al igual que el S3 y S4, quienes tienen puntuaciones ligeramente bajas llegando casi al límite del rango normal, puntualizando que los primeros corresponden a la primera generación y los siguientes a la segunda, lo mismo sucede en la subescala de Conducta Tipo A, en la cual S1 y S2 puntúan por debajo de los sujetos S3 y S4, por otra parte las puntuaciones de S1, S2 y S3 se agrupan por debajo del rango normal y la puntuación del S2 está por encima de estas en la subescala de Descanso/ Sueño, y sucede lo mismo en la subescala de Bienestar Psicológico (Ver figura 71).

Figura 71

Puntuaciones en el Instrumento del Perfil de Estrés de Todos los Sujetos



Análisis Comparativo entre la Fase 1 y Fase 2

Recordemos que la fase 1 consistió en la aplicación de una historia clínica y evaluación dirigida a estudiantes universitarios con edades de 18 a 35, mientras que la segunda fase consistió en una historia clínica semiestructurada con preguntas dirigidas a 4 integrantes de una familia con alta presencia de Enfermedades Respiratorias Agudas, ambas brindaron una generosa información de la cual hubo algunos puntos que coincidieron:

Los padecimientos con más frecuencia fueron Rinorrea, Tos, Dolor de Tórax y Sibilancias, tanto en los estudiantes como en la familia, pero el sujeto 4 mencionaba un alto consumo de cigarrillos y la aparición de Expectoración (expulsión de sangre o moco sanguinolento de los pulmones y la garganta) haciendo una tabla cruzada en SPSS se observa que a mayor consumo de cigarrillos aumenta este padecimiento en los estudiantes.

Tabla 28

Consumo de Cigarros y Aparición de Expectoración

Consumo de cigarros al día		1 a 4	5 a 10	11 a 20	Más de una	Total
		cigarrillos	cigarrillos	cigarrillos	cajetilla	
Expectoración	Si	0	2	5	21	28
	No	2	5	36	168	211
	Total	2	7	41	189	239

De igual forma el sujeto reportaba Dolor de tórax cuando se percibía estresado, el instrumento de Perfil de Estrés indica puntos de corte en las puntuaciones por debajo de 40 y por encima de 60, la primera indica reducido estrés y el segundo estrés elevado, como se ve en la tabla 29 los estudiantes que presentaban Dolor tórax también presentaban Estrés en diferentes niveles.

Tabla 29*Niveles de Estrés y Dolor de Tórax*

Niveles de Estrés		Estrés Leve	Estrés Normal	Estrés Elevado	Total
		20-39	40-59	60-80	
Dolor de Tórax	Si	8	51	11	70
	No	72	81	16	169
	Total	80	132	27	239

El sujeto 4 también reportaba que el cambio de temperatura le hacía sonarse la nariz y con ello notaba flujo de sangre, la Faringitis se asocia con el cambio de temperaturas y la Epistaxis (hemorragia nasal causada por un traumatismo, irritación o resequead del revestimiento de la nariz, rinitis alérgica, resfriados o sinusitis) con el hábito de limpieza en las mucosidades nasales sacando el aire agresivamente, en la siguiente tabla se puede observar que 48 de 59 estudiantes que habían padecido epistaxis se enfermaron de Faringitis en los últimos 6 meses.

Tabla 30*Presencia de Faringitis y Epistaxis en Estudiantes.*

		Epistaxis		Total
		Si	No	
Faringitis	Si	48	91	139
	No	11	89	100
	Total	59	180	239

Al momento de hacer la evaluación en la familia iniciaba la Pandemia por Covid-19, el sujeto 4 reportaba altos niveles de estrés y en el instrumento de INCAVISA reportó tener preocupación por la contingencia.

Ninguno de los integrantes entrevistados en la familia reportó haberse vacunado contra la influenza en el periodo anterior de contagios en el invierno, por otro lado 91 de 152 estudiantes que si se vacunaron no presentaron Rinofaringitis (gripe) los 61 restantes si enfermaron (Ver tabla 31).

Tabla 31

Estudiantes que se Vacunaron Contra la Influenza y Reportan Resfriado Común.

		Rinofaringitis		Total
		Si	No	
¿Se vacunó contra la influenza en el último año?	Si	61	32	93
	No	91	55	146
	Total	152	87	239

Las ERA pueden ser provocadas por diferentes partículas, existen diferente virus y bacterias que provocan el cambio fisiológico y las respuestas son linfocitos activadores de células T y B, como resultado aparecen síntomas inflamatorios y cambios celulares como la fiebre, estas partículas pueden desprenderse de objetos inanimados o de seres vivos como pueden ser las mascotas que hay en casa o animales cercanos a las viviendas, en la historia clínica se preguntó por el número de mascotas residentes de la vivienda de lo cual se observa en la siguiente tabla que 152 estudiantes se enfermaron de Rinofaringitis en los últimos 6 meses y 113 de ellos tenían mascota en comparación de 39 que también se enfermaron pero no tenían una.

Tabla 32

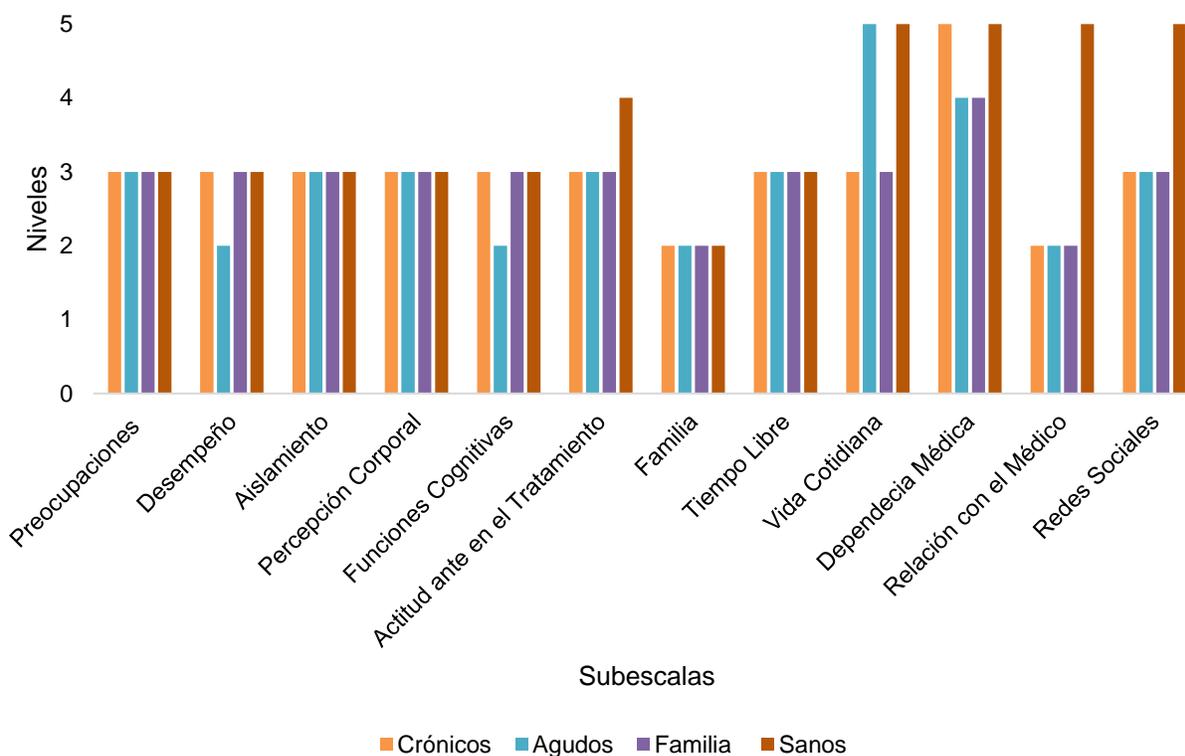
Estudiantes con Mascota y Reportaron Resfriado Común.

		Rinofaringitis		Total
		Si	No	
Mascotas con las que convive	Ninguna	39	27	66
	1	55	25	80
	2 o más	58	35	93
	Total	152	87	239

Como se observa en la siguiente figura, los niveles en las subescalas de Preocupaciones, Aislamiento, Percepción Corporal y Tiempo libre se encuentran normales en todos los sujetos Crónicos, Agudos, Sanos y en la Familia a la que se evaluó en la segunda fase, las subescalas de Desempeño y Funciones Cognitivas tienen niveles normales en los sujetos Crónicos, Familia y Sanos a diferencia de los Agudos que están en un nivel bajo, por otro lado se observan distintos niveles en las subescalas de Vida Cotidiana, Dependencia Médica y Redes Sociales, en la primera los sujetos Agudos y Sanos puntúan en niveles muy buenos, en la segunda tanto los sujetos crónicos y sanos son los que puntúan más alto y en la siguiente los sujetos Sanos tienen muy buenas redes sociales y la subescala de Familia puntúa en un nivel bajo en todos los sujetos.

Figura 72

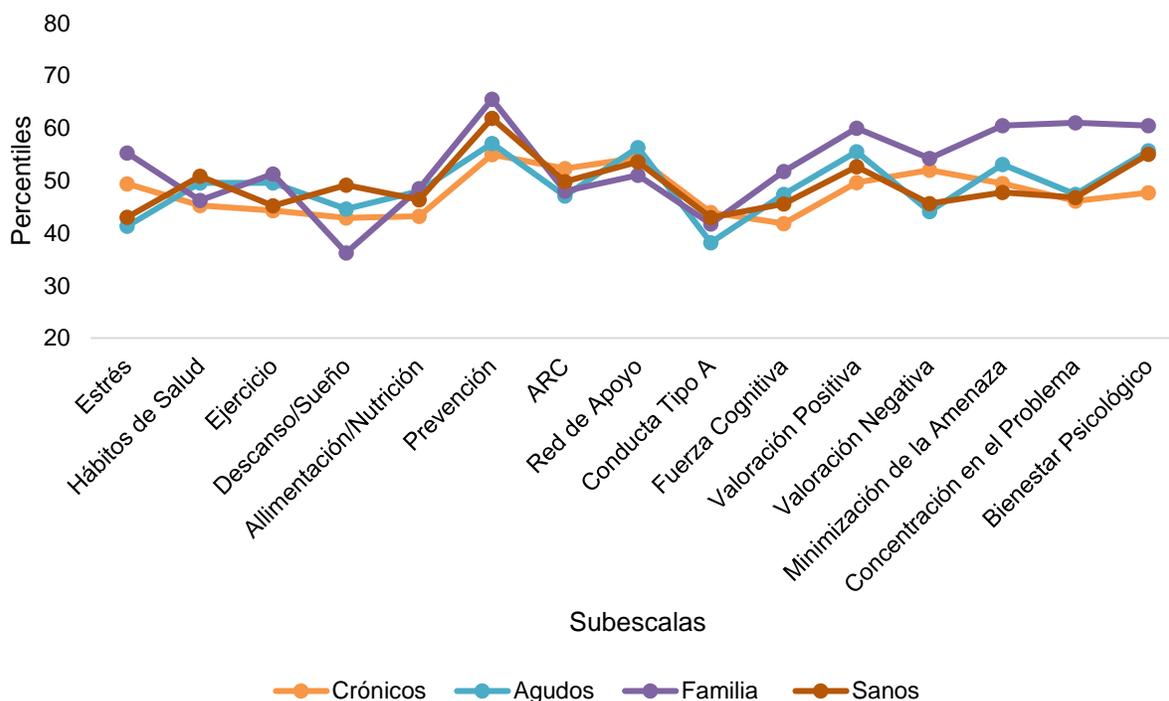
Niveles del Instrumento de INCAVISA de los Participantes



En este análisis se observan puntuaciones similares en las diferentes subescalas, ejemplo de ello es en Hábitos de Salud donde los sujetos Crónicos y la Familia evaluada puntúan a la mitad del percentil 40 y el resto por encima del 50, en la subescala de Estrés la Familia evaluada puntúa a la mitad del percentil 50, seguido de ellos están los sujetos Crónicos y por debajo los sujetos Agudos y Sanos, otra subescala con una notable diferencia es la de Descanso/Sueño, en la que la Familia de este estudio puntúa por debajo del rango normal mientras que los demás sujetos se encuentran dentro de este último, por otro lado la subescala de Prevención indica que la Familia tiene altas conductas de autocuidado, en segundo lugar los sujetos Sanos, después los sujetos Agudos y por último los Crónicos, las subescalas de Minimización de la Amenaza, Concentración en el Problema y Bienestar Psicológico puntúan por arriba del rango normal en respecto a la Familia.

Figura 73

Puntuaciones del Instrumento de Perfil de Estrés de los Participantes



Discusión y Conclusiones

De acuerdo a los resultados que se hallaron en esta investigación se destaca la importancia de distintos factores que a continuación se describirán y que lograron observarse durante este proceso.

Los antecedentes heredofamiliares dan una referencia estimada de la salud e incluso la esperanza de vida al analizar el estado fisiológico de los adultos mayores en las familias respectivas, así como los rasgos faciales, complexión, estatura también las enfermedades son parte importante de la herencia, aunque estas no son determinantes como un destino marcado, si indican una probabilidad de presencia en alguna etapa del desarrollo (Torres, 2013).

Además, la familia se convierte en la primer instancia de aprendizaje, esta unidad integrada por individuos conforman un pequeño grupo de un sistema en funcionamiento por lo que si un elemento sufre una enfermedad, este elemento desequilibra los estados de conexión con los otros, y en este caso la salud influye en el funcionamiento del grupo familiar, por lo que factores sociales, físicos y emocionales no deben considerarse por separado ya que no existen estados patológicos o enfermedades que no presenten implicaciones sociales y emocionales, al iniciar con un tratamiento para una enfermedad cuyo patógeno es contagioso como una gripa, se debe considerar el medio ambiente e investigar el resto de la familia, ya que carecería de sentido no tratar al resto de la familia cuando hay posibilidad de que el contagio se propague a todos los individuos que conforman el sistema, al igual con las enfermedades en las que hay una sospecha de tendencia genética ya que de ser el segundo caso es prioritario hacer una investigación en el grupo familiar nuclear y en las familias de origen de los progenitores (Huerta, 1999).

La importancia de conservar un peso corporal adecuado, una ingesta de alimentos equilibrada, abstenerse del consumo de alcohol, tabaco y el aumento de la actividad física entre otras mejoras, marcan los estilos de vida y se aprecian a través de las actitudes, actividades, hábitos, conductas y decisiones en cada día, en la sociedad los adolescentes y adultos jóvenes

en educación superior se consideran los más propensos en presentar problemas de cáncer a largo plazo, cirrosis hepática, lesiones por accidentes vehiculares, homicidios y dependencia por el consumo excesivo de alcohol y tabaco, además pueden ser más propensos a desarrollar comportamientos de riesgo como conductas agresivas, intentos suicidas y depresión, globalmente los cambios demográficos, sociales y económicos han modificado los estilos de vida y han resultado en la prevalencia de enfermedades crónicas como la hipertensión, obesidad, cáncer, diabetes y dislipidemias (Gómez et al., 2016).

Según Lazarus y Folkman (1986) el estrés consiste de un desequilibrio emocional, los estímulos estresores son diferentes en cada persona ya que para una puede un estímulo ser estresante y para otra no, esto repercute en el sistema inmune, de acuerdo a Elliot y Eisdorfer (como se citó en Segerstrom y Miller, 2004) distingue a los factores estresantes en dos dimensiones; duración y curso, esta misma incluye categorías: agudos limitados, se refieren a tareas que conllevan un desafío como hablar en público o resolver un problema de matemáticas, naturalistas breves: cuando es necesario resolver un desafío en corto tiempo, un ejemplo podría ser resolver un examen, secuencia de eventos: implica un evento principal del cual se desglosan varios desafíos relacionados, como la pérdida de una pareja, tensores crónicos: la persona no sabe cuándo acabará la exigencia ya que puede que su desafío nunca termine y por último, los distantes: que son experiencias traumáticas que sucedieron en el pasado lejano pero pueden continuar afectado de la misma forma a la persona, debido a una huella cognitiva y emocional, de acuerdo a este autor, las respuestas inmunitarias se vinculan con las fibras simpáticas que descienden del cerebro a los tejidos linfoides primarios es decir a la médula ósea y timo, a secundarios, los ganglios linfáticos y bazo, tales fibras suministran sustancias que influyen en la respuesta inmunitaria mediante los receptores en los glóbulos blancos los cuales también se vinculan al eje simpático adrenal-medular, eje hipotalámico-hipófisis-adrenal y el eje hipotalámico-hipófisis-ovárico, estos liberan hormonas suprarrenales como la adrenalina, epinefrina y noradrenalina, hormonas pituitarias prolactina y hormona del crecimiento, y péptidos

cerebrales como la melatonina, enkephalin y endorfinas, estas sustancias se unen en receptores específicos directamente en los glóbulos blancos, y tienen diversos efectos reguladores en su función y distribución, en resultado los efectos inmunitarios y respuesta adaptativa se relacionan en presencia de un patógeno, en una condición estresora el sistema inmune se ve afectado en su respuesta.

Desde el siglo XX las ERA y las ERC constituyen un problema de salud pública que ha perdurado y mantenido en las principales causas de enfermedad y muerte, en 1922 hasta 1950 las principales causas de muerte en México correspondían a enfermedades infecciosas o transmisibles como la neumonía, influenza, diarreas, fiebre, caquexia palúdica, tos ferina entre otras, al finalizar la primera mitad del siglo pasado comenzó a observarse una transición en las causas de muerte, puesto que las enfermedades crónicas comenzaron a posicionarse en el primer lugar, aunque las ERA continúan siendo la principal causa de visita al médico, en 2014 se registraron 27,493,239 casos por ERA con una tasa de 229.7 por cada 1000 habitantes (Soto-Estrada et al., 2016).

Las ERC como el asma, la rinoconjuntivitis y enfermedad pulmonar obstructiva crónica también han experimentado un incremento en los últimos 50 años, aun no se determina la causa de este aumento pero se considera que posiblemente sea causado por las modificaciones ambientales originadas por las crecientes industrias, la exposición a estos factores se le llama "exposoma" el cual se desglosa en 3 factores, el primero; consiste en los cambios climáticos, el estrés y la cantidad de personas residentes del mismo lugar geográfico, segundo; los contaminantes específicos causantes de alergias; el humo de tabaco, la alimentación, actividad física e infecciones en el aparato digestivo entre otros, por último se encuentran las variables biológicas como; el metabolismo, la flora intestinal, la rapidez del sistema inflamatorio y el óxido en el organismo. La temperatura es otro factor importante y esta se engloba en el primer factor, de acuerdo a la temperatura geográfica se desprende la presencia de ácaros de polvo, cucarachas, hongos anemófilos mascotas y otros animales, los cuales son aeroalergenos y de

quienes se tiene contacto directo aunque por su diminuto tamaño o normalizada convivencia se inhibe el cuidado con ellos, por otro lado se encuentran los contaminantes ambientales como interiores y exteriores, ambos actúan en el sistema inmunológico y respiratorio, estos afectan el desarrollo y aumenta la probabilidad de efectos negativos en el aparato respiratorio y maduración estructural ya que depende el tipo de contaminante, el tamaño de la partícula, concentración y la solubilidad, pues incluso en el periodo de gestación de las madres puede inhalar activando el proceso inflamatorio y limitando la llegada de nutrientes y oxígeno al feto, el daño oxidativo en la inhalación del humo de cigarro provoca desmetilación del gen RRAH cambiando la regulación en los procesos oxidativos (Ardusso et al., 2019).

De acuerdo con Chóliz (2005) las emociones se ven implicadas en los procesos fisiológicos y esta postura se observa desde tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo, cada emoción tiene su función, ya sea adaptativa, social o motivacional, cada una tiene su utilidad; la primera trata de preparar al organismo del sujeto para desempeñar una conducta de manera eficaz respecto a las exigencias de su ambiente ya sea acercando o alejando al sujeto hacia el objeto que estimula la emoción, el segundo facilita la interacción con otras personas, permite la comunicación de los estados afectivos, controla la conducta de los demás y por último en la tercera, la emoción se presenta como intensa y dirige la conducta, de esta manera se facilita el acercamiento o la evitación del objeto que motiva.

Un estudio realizado en la epidemia de gripe en 2013 arrojó resultados de 28 pacientes en donde fallecieron 7 y 6 tenían comorbilidades orgánicas severas, 8 tenían antecedentes de estrés crónico o enfermedades psiquiátricas, de los cuales destacan cuadros depresivos, bipolares y esquizofrenia paranoide, otros 12 presentaban situaciones de estrés psicológico sin tratamiento, la asociación entre el estrés crónico y las alteraciones inmunológicas han sido descritas en la literatura médica, se ha comprobado que inhibe las citocinas inmunoprotectoras Th1 y favorece la producción de citocinas proinflamatorias Th2, este estudio menciona que el

estrés altera la respuesta inmunológica de la vacuna contra la influenza e incrementando la vulnerabilidad de la gripe tomándose como factor de riesgo. Frente a la vacunación de gripe en 2013 el Ministerio de Sanidad de España señaló la conveniencia de vacunar a las personas con algún tipo de trastornos y enfermedades que conllevan disfunciones cognitivas, pero no a personas con estrés crónico (Vergara y Garrido, 2014).

Lo anterior tiene relación con los resultados finales, se observó que la mayoría de los sujetos con una ERA y una ERC transitaban por un evento disruptivo y reportaban niveles altos de estrés durante la evaluación, en una investigación llevada a cabo en 2011 por Vargas (2013) estudió las enfermedades psicosomáticas que aquejaban a estudiantes universitarios, todos ellos acudieron a consulta psicológica, resulta que la mayoría de los estudiantes reportaron dificultades respiratorias como; respiración acelerada, ahogos, un caso de asma, y reportaron sucesos como; duelo por separación de pareja, duelo por muerte de un familiar, violencia emocional, alto número de responsabilidades y enfermedad de un familiar cercano, en lo anterior se ve comprometido el sistema simpático y parasimpático ya que existe una alteración en los marcadores biológicos en respuesta adaptativa. “La gente suspira por tristeza, ansia o desagrado. En el suspenso o sorpresa hay detención de la respiración; durante el grito de terror y lo sollozos hay alteraciones de la actividad respiratoria” (Carmona, 1974, p.19, como se citó en Vargas, 2013). Esta cita hace referencia a las respuestas automáticas del organismo por estímulos emocionales y psicológicos dando cuenta que el sistema respiratorio participa activamente en la expresión emocional.

La mejor estrategia para disminuir las incidencias y morbilidad de las ERA en la población consiste en conocer la forma de transmisión de los agentes patógenos, como lo son las secreciones de nariz y boca, esto sucede principalmente al momento de estornudar, toser y hablar, los espacios con mayor probabilidad de contagio y mayor riesgo son lugares de hacinamiento y conglomeración como: teatros, cines, escuelas, auditorios, guarderías entre otros, las medidas básicas para la protección de estas infecciones son conductas de cuidado

general e higiene, además de hábitos personales de limpieza tanto en el hogar como de espacios comunes, los procedimientos son: lavado de manos, este es un hábito sencillo; educar adecuadamente a toser y estornudar a las niñas, niños, hace que desde pequeños formen un hábito de autocuidado; la desinfección es otra forma de prevenir, esta tiene el propósito de evitar la propagación del virus de un espacio a otro o mediante el contacto directo con artículos en el hogar, trabajo, escuelas o cualquier otro espacio concurrido hace que el virus pueda mantenerse activo por su solubilidad y adherencia en las superficies porosas, se recomienda usar detergentes o desinfectantes específicos; evitar fumar cerca de niños, cuando se expone a los pequeños al humo del cigarro aumenta la probabilidad de presentar síntomas respiratorios agudos y crónicos, también pueden presentarse infecciones respiratorias bajas, otitis media y síndrome de muerte súbita del lactante; en países en vías de desarrollo es común el uso de braseros o quema de leña en habitaciones cerradas, esta práctica altera los mecanismos de defensa del tracto respiratorio como las vellosidades o cilios los cuales evitan la implantación de bacterias y otros virus; ventilación, las habitaciones deben abrirse con cuidado sin exponer a las corrientes de aire a los más pequeños ya que los enfriamientos también alteran el funcionamiento de los cilios, por último pero principal es revisar de la cartilla de vacunación y corroborar que el esquema de vacunación este completo de acuerdo a la edad (Secretaria de Salud, 2012).

En marzo del año 2020 Ozamariz et al. (2020) se realizó una medición de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del virus SARS-CoV 2 en el norte de España durante el confinamiento, los sujetos fueron evaluados mediante la escala DASS (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés), el 14.9% menciona tener una enfermedad crónica y el restante no padece ninguna enfermedad, las personas que respondieron afirmativamente a una enfermedad crónica presentaron niveles elevados de estrés, ansiedad y depresión, se hallaron medias elevadas en los participantes más jóvenes, se cree que por ser más jóvenes la situación amerita una respuesta adaptativa a los medios de comunicación con objetivos académicos y escolares, y esta misma se considera vulnerable a desarrollar trastornos psicológicos, dentro de

esta misma investigación se brindó lectura de otra investigación llevada a cabo en China el 31 de enero al 2 de febrero con la misma escala (DASS-21) fue una evaluación en línea, se halló que el 16.5% de los participantes presentaban sintomatología depresiva de moderada a grave, el 28.8% con ansiedad de moderada a grave y el 8.1% informo niveles de estrés moderados a graves, se compararon los dos estudios y evidentemente la población china presentaba mayores niveles de estrés, ansiedad y depresión, a lo que se concluyó que con la información y conocimiento brindado a la población española las variables disminuyeron, ya que la evaluación en China se hizo al poco tiempo que se registró el primer caso de Covid-19 en el mundo, esto generaba incertidumbre y miedo en relación al futuro de la población por lo que se tomó con una respuesta normal en la población de estudio, otro dato importante fue el mal manejo de la información en las redes sociales puesto a que la mayor parte de esta generaba miedo y no tenía un sustento basado en evidencia, como datos y antecedentes del tema se retomaron hallazgos del año 2009 durante la influenza A(H1N1) se encuestó a jóvenes de 20 a 34 años de edad quienes creían que no eran susceptibles a esta gripe sin embargo durante esta epidemia y la situación actual los jóvenes se protegían en un sesgo optimista de vulnerabilidad.

Las transiciones económicas, sociales, culturales y demográficas que asume un país se convierten en un indicador de las determinantes estructurales de la salud y por ende sus estilos de vida. De acuerdo a Carranco et al. (2020) las relaciones sociales se complejaron después de la globalización, poco a poco las sociedades se caracterizaron por centrar sus esfuerzos en obtener valor y riqueza, sus actividades se permearon por un plano político y económico dirigido a relaciones productivas basadas en cadenas de producción explotando a los trabajadores dejando a un lado los efectos psicosociales y socioemocionales, un tercio de las enfermedades en el mundo se pueden prevenir mediante el comportamiento, y este determina que el individuo enferme o se vuelva un papel decisivo en su recuperación, un estilo de vida saludable es una forma cotidiana de vivir, la cual incluye patrones de conducta saludable, conocimientos,

creencias, hábitos y acciones, y esta relación con la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles.

El tema de la salud pública representa uno de los componentes estratégicos más importantes en el desarrollo social y económico de un país, antes de la declaración de Alma-Ata los esfuerzos por generar la salud se habían centrado en buscar la causa de la enfermedad y no en la causa que genera la propia salud, una nueva visión emerge a una era de “Promoción de la Salud” desde una perspectiva ontológica (emocional, corporal y espiritual) en la cual se plantea un cambio en los estilos de vida en las ciudades, comunidades e individuos, dando las personas los conocimientos como herramientas de transformación utilizando los propios recursos, toma cualquier factor o recurso positivo como potencia para la capacidad de los individuos resultando en una calidad de vida (Rivera, 2019).

Considerando lo anterior, el objetivo general de este trabajo de investigación fue identificar qué relación existe entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda, a través de una metodología mixta. Por lo que la evaluación de estas variables se llevó a cabo por medio de una historia clínica y la aplicación de 2 pruebas psicométricas. Este trabajo fue dividido en dos fases. La primera consistió en conocer y evaluar cada una de las variables antes descritas en estudiantes universitarios de la Licenciatura en Psicología, la segunda fase en una entrevista clínica con preguntas dirigidas y de igual forma la aplicación de 2 pruebas psicológicas a 4 integrantes de una familia con alta presencia de ERA.

Fase 1

El objetivo general de la Fase 1 fue conocer la asociación entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la presencia de una enfermedad respiratoria aguda en los estudiantes universitarios del municipio de San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo.

Mediante el programa estadístico SPSS se llevó a cabo la prueba estadística de asociación de Pearson, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre algunas subescalas del instrumento de INCAVISA y enfermedades respiratorias agudas (ERA) en la que destacó Laringitis y la subescala de Familia ($r=0.249$, $p<0.01$) por otro lado hubo mayor número de correlaciones negativas y positivas entre las subescalas del instrumento de Perfil de Estrés y las ERA reportadas en la historia clínica, siendo Laringitis y la subescala de Estrés la que más correlación tuvo positivamente ($r=0.273$, $p<0.01$). Ventosa y Luaces (2020) mencionan una relación entre laringitis y la hiperactividad de las vías aéreas a estímulos inespecíficos como el estrés, reflujo gastroesofágico y atopia, de la cual hay una incidencia familiar en específico de la laringitis espasmódica, siguiendo con los resultados, Faringitis y la subescala de Hábitos de salud correlacionó negativamente ($r=-0.241$, $p<0.01$), Sánchez-Segura et al. (2006) mencionan que la probabilidad de enfermar de una enfermedad infecciosa respiratoria es directamente proporcional a la cantidad de estrés que experimenta el sujeto desde años anteriores, también mencionan que la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas en niños es precedido por el enfrentamiento psicológico a eventos vitales.

Por otro lado, al correlacionar las subescalas de INCAVISA y Perfil de Estrés se hallaron un mayor número de correlaciones en donde bienestar psicológico y aislamiento indicaron una correlación negativa ($r=-0.553$, $p<0.01$, seguido de estrés y percepción corporal ($r=0.488$, $p<0.01$) el cual indica a mayor estrés existe insatisfacción con su cuerpo.

En relación a los antecedentes heredofamiliares (personales no patológicos), se hizo una correlación entre las ERA, en la cual hay una correlación positiva significativa con Rinofaringitis ($r=0.168$, $p<0.01$) y Faringitis ($r=0.161$, $p<0.05$). En la historia clínica se preguntó a los estudiantes si habían padecido una ERA en los últimos 6 meses y 152 de ellos respondieron afirmativamente, las respuestas de esta pregunta se correlacionaron con la escala de Estrés y se obtuvieron correlaciones positivas ($r= 0.197$, $p<0.01$). Un resultado interesante fue en la

subescala de ARC, desde 2do semestre se vio un incremento gradual hasta el 9no semestre en conductas de autocuidado, solo con un declive en el 8vo semestre.

Fase 2

En esta fase el objetivo fue describir los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés en integrantes de diferentes generaciones respecto a la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda en una misma familia utilizando la Formulación de Caso Clínico basado en el Análisis Funcional de la Conducta. Debido que conocer e identificar las características principales en la historia familiar es parte importante en la historia de vida, ya que viendo hacia atrás aprendemos y reconocemos con una perspectiva más amplia los fenómenos que aquejan la salud, no sólo biológicamente, sino que también conductualmente como se observa en las costumbres, tradiciones y hábitos que sin saber también son herencia tal como los genes.

Al inicio se elaboró una entrevista clínica, en el cual se detalla la presencia de padecimientos, ERA, hábitos de higiene, actividad física y la aplicación de los instrumentos de INCAVISA y Perfil de Estrés.

Los sujetos de investigación arrojaron resultados positivos en relación a padecimientos como rinorrea (congestión nasal), cianosis (falta de oxígeno en la sangre, causa una coloración azulada en la piel y en la membranas mucosas), dolor torácico (molestia que se siente en algún punto a lo largo de parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior), únicamente el sujeto 2 y 4 reportaron haber padecido epistaxis (hemorragia nasal causada por un traumatismo, irritación o resequedad del revestimiento de la nariz, rinitis alérgica, resfriados o sinusitis) y expectoración (expulsión de sangre o moco sanguinolento de los pulmones y la garganta). Otra concordancia entre los sujetos fue la presencia de las ERA en épocas donde el cambio de temperatura y la sensación térmica va en aumento. A lo que Macedo y Mateos (2006) señalan el incremento de casos por ERA en las estaciones de otoño e invierno justo cuando las

temperaturas fluctúan y hacen que las personas busquen lugares cerrados donde el hacinamiento hace que la propagación del virus sea más fácil.

Por otra parte las medidas preventivas para la incidencia de ERA o propagación de la misma fueron escasas durante la infancia de todos los sujetos, lo cual llevaba a un contagio entre personas de la misma edad y escalaba a los adultos que las y los cuidaban como lo menciona Sande et al. (2001) los factores de edad y línea consanguínea influyen en la transmisión de las patologías transmisibles, además de las condiciones del medio ambiente que en el caso del S1 y S2 eran temperaturas bajas y húmedas, las conductas preventivas o antígenos conductuales eran insuficientes ya que acudían a la atención médica en una etapa patogénica cuando ya habían síntomas y signos de enfermedad, las condiciones de los huéspedes como la vestimenta inapropiada durante estaciones del año, exposición al cigarro, conductas ofensivas a las indicaciones de los cuidadores, automedicación, vivienda con materiales no adecuados para su ocupación y estrés también interactuaban como elementos para la incidencia recurrente.

Con base en la formación de sus empleos los sujetos S1 y S2 identificaron factores que incurrieran en la incidencia de las enfermedades en las conductas instrumentales de riesgo y prevención, esta información se pudo emplear en situaciones de oportunidad como recurso efectivo para prevenir las ERA (Ribes-Iñesta, 2008).

El instrumento de INCAVISA arrojó resultados en un rango Normal – Muy bueno, el sujeto 4 indicó padecer Laringitis y en la subescala de Familia es el único que tiene una puntuación baja, además su puntuación en la subescala de Estrés es la más elevada de los 4 sujetos de la fase 2, este resultado coincide con la correlación entre estas variables en la fase 1 en relación a las ERA. Otra concordancia con la fase 1 es la puntuación del S2 y S4 en la subescala de Aislamiento en INCAVISA, Bienestar Psicológico y Red de Apoyo en el Perfil de Estrés, las tres siendo las puntuaciones más altas en comparación de los otros sujetos, de acuerdo a Hernández-Rodríguez (2020) el aislamiento social y soledad están asociadas a cuadros depresivos.

Sánchez-Segura et al. (2006) menciona los efectos negativos del estrés sobre la susceptibilidad en las ERA del cual se ha observado que la inmunidad mediada por células se encuentra significativamente enlazada con el sistema nervioso y endocrino y altera las respuestas inflamatorias.

Se concluye que, si existe una relación entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria, el estrés funge como supresor del sistema inmune, los estilos de vida como mediador conductual de aprendizaje y recurso contra los agentes patógenos de origen viral, bacteriano o psicosocial, por ultimo los antecedentes heredofamiliares (antecedentes personales no patológicos) como las condiciones, hábitos y oportunidades con las que crece.

La importancia del manejo del estrés desde edades tempranas, el manejo de este en años posteriores indicara la susceptibilidad del sujeto a contraer enfermedades y no solo infecciosas si no también cardiovasculares debido a la asociación del cortisol con el sistema endocrino. La psicoeducación como eje de cambio ante las determinantes sociales, en las diferentes etapas y el valioso medio para la elección de la calidad de vida, los profesionales de la salud pueden hacer el cambio.

Y por último el énfasis en las enfermedades transmisibles, en la situación actual el COVID ha representado un evento transeccional del cual iniciara un nuevo punto de partida a la realidad que hasta ahora se conocía.

Limitaciones

Al realizar este trabajo se hallaron factores que, por su complejidad y acceso pudieron haber brindado resultados con mayor exactitud:

- Aplicación de instrumentos a grupos con un numero adecuado de participantes para el manejo del aplicador, ya que los grupos numerosos requieren mayor atención con respecto a dudas y aclaraciones.

- Mantener los espacios de aplicación con el equipo adecuado para la aplicación de instrumentos.
- Disponibilidad de horarios y espacios dentro de la institución educativa para la aplicación de pruebas psicométricas.

Recomendaciones

Finalmente, es importante considerar las recomendaciones que se enlistan a continuación para obtener mejores resultados de los obtenidos por este trabajo:

- Es importante considerar la presencia de las variables dependientes en el proceso de investigación ya que los resultados tendrán mayor fortaleza y la secuencia dará mejores resultados de los obtenidos en este trabajo.
- El uso de nuevas tecnologías y equipo médico pudo haber brindado resultados con mayor exactitud de las variables independientes a la dependiente.
- Desarrollar un estricto protocolo de medición.
- Hacer mediciones de acuerdo a la presencia de las ERA por estación del año.
- Contar con un asesor especialista en neumología para la revisión de los instrumentos a aplicar.
- Llevar a cabo las mediciones dentro de una instancia de salud.

Referencias

- Acuña-Castro, Y. y Cortes-Solís, R. (2012). *Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza* [Tesis de Doctorado, Instituto Centroamericano de administración Pública].
- Alegret, J., Castanys, E. y Sellarés, R. (2010). *Alumnado en situación de estrés emocional* (1.^a ed.). Editorial GRAÓ. <https://www.grao.com/es/producto/alumnado-en-situacion-de-estreseemocional-ei004>
- Alvares, L. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30 (1), 95-101.
- Ardusso, L., Neffen, H., Fernández-Caldas, E., Saranz, R., Parisi, C., Tolcachier, A., Cicerán, A., Smith, S., Máspero, J., Nardacchione, N. y Marino, D. (2019) Intervención Ambiental en las Enfermedades Respiratorias. *Revista Medicina*, 1 (2), 123-136.
- Ascensión, M, (2011) *Inmunonutrición: En la salud y enfermedad. Funcionamiento del sistema inmunitario* (1.^a ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia*. 1 (2).
- Bennassar, V. (2015). *Estilos de vida y salud: En estudiantes universitarios*. [Tesis doctoral, Universidad de les Balears]
- Calderon-Fragoso, D., Mendoza-Mendoza, S., Apolonio-Contreras, J., Jiménez-Oropeza, S., Reynoso-Vázquez, J., Vázquez-Alvarado, P., Sergio-Muñoz, J., Hernández-Ceruelos, M. y Ruvalcaba-Ledezma, J. (2010). *Demografía y Salud Pública en el Estado de Hidalgo, México*. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Carranco, S., Flores, R. y Barrera, J. (2020). Perfil sociodemográfico y estilos de vida saludable en trabajadores de una empresa de agua potable y alcantarillado de México, 2019. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*. 4 (1), 344-359.
- Campa, J., (2014) *Antecedentes heredofamiliares, personales patológicos y no patológicos*.

- Comisión Nacional de Bioética (2015). *Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud en México*. Determinantes Sociales de la Salud, Editorial Gaceta.
- Cotonieto-Martínez, E. y Crespo-Jiménez, K. (2016). *Calidad de vida, ansiedad, depresión y riesgo suicida en usuarios de atención psicológica de IC Sa*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].
- Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto. *Revista nacional de administración*. 1 (1), 71-84.
- Enarson, D., Kennedy, S., Miller, D. y Bakke, P. (2001) Salud Respiratoria. *Métodos de Investigación para la Promoción de la Salud Respiratoria* (1.ª ed.). Editorial Alarcón.
- Fernández, C. (2011). *Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas: Información para el equipo de salud*. Ministerio de Salud Pública de Argentina.
- Fernández-Martínez, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con la salud psicológica y estabilidad emocional*. [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona].
- Foro de las Sociedades Respiratorias Internacionales (2017) *El impacto mundial de la enfermedad respiratoria* (2.ª ed.). Edición. México,
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social y de la Salud* (1.ª ed.). Editorial El Manual Moderno.
- García-Laguna, D., García-Salamanca, G., Tapeiro-Paipa, Y. y Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implementación en la salud de los jóvenes universitarios. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 17 (2) 169-185.
- Garrido, C., Cano, C., Salcedo, M., Razo, R. y Alejandre, A. (2010). Influenza A H1 N1 (swine flu) en niños estudiados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. *Instituto Nacional de Pediatría*. 31 (4) 162-167.
- Gómez-Acosta, C. (2017). Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable. *Revista Salud Pública*. 20 (2), 155-162.

- Gómez-Arqués, M. (2005). *Operativización de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo en personas mayores de 50 años* [Tesis Doctoral, Universidad de Granada].
- Gómez-Cruz, Z., Landeros-Ramírez, P., Romero-Velarde, Enrique. y Troyo-Sanromán, R., (2016). Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria, *Revista de Salud Pública y Nutrición*. 15 (2), 9-14.
- Gómez-Torres, F., Legrá-Silva, M., Vila-Mirashi, J., Segura-Prevost, R. y Granda-Paján, E. (2013). *Estilos de vida no saludables como factores de riesgo de enfermedades no transmisibles*. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
- González-Gómez, B. y Escobar, A. (2006). Estrés y sistema inmune. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 7 (1), 30-38.
- Grettchen-Flores, S. (2014). El antecedente personal patológico en la anamnesis. *Revista Costare Salud Pública*. 24 (1), 49-53.
- Guerrero-Montoya, L. y León-Salazar, A. (2009). Estilo de vida y salud. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 14 (48), 13-19.
- Hernández-Rodríguez, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Revista Medicentro Electrónica*. 24 (3).
- Huerta, G. (1999). El expediente clínico familiar. *Estudio de la Salud Familiar*. Editorial Farfan.
- Lalonde, M. (1974). A. new perspective on the health of Canadians. *Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare*.
- Lara, N., Saldaña, Y., Fernández, N. y Delgadillo, H. (2015). Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Revista Hacia promoc. Salud*, 20 (2), 102-117.
- Lazarus, R. S. y Folkman. S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Macedo, M. y Mateos, S (2006). Infecciones respiratorias. *Temas de bacteriología y virología médica*, 1 (1),137- 161.

- Martínez, J. (2012). Factores asociados a la mortalidad por enfermedades no transmisibles en Colombia, 2008-2012. *Revista del Instituto Nacional de Salud*, 36 (4), 535-546.
- Mandell, G., Bennett, J. y Dolin, R. (2002). *Enfermedades infecciosas: Principios y práctica. Genética humana e infección*. (5.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Ministerio de Salud de la Nación (2011) Abordaje Integral de las Infecciones Respiratorias Agudas. *Guía para el Equipo de Salud*. (2.ª ed.). Editorial Presidencia de la Salud.
- Molina-Esquivel, E., Brown-Colas, L., Prieto-Díaz, V., Bonet-Gorbea, M. y Cuéllar-Luna, M. (2001). Crisis de asma y enfermedades respiratorias agudas. Contaminantes atmosféricos y variables meteorológicas en Centro Habana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 17 (1).
- Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Revista Linerabit*. 15 (2).
- Naranjo-Pereira, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 2 (33), 171-190.
- National Center for Biotechnology Information (2008). *Cómo entender la genética: Una guía para pacientes y profesionales médicos en la región de Nueva York y el Atlántico Medio*. Recuperado el 15 de abril del 2020, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132202/>
- Nogareda-Cuixart, S. (1999). Fisiología del estrés. *Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* [Archivo PDF] https://www.insst.es/documents/94886/326827/ntp_355.pdf/d0c209e9-026e-4d85-8faf-5a9fcea97276
- Oblitas-Guadalupe, L. (2010). *Psicología de salud y calidad de vida* (3.ª ed.). Editorial Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Infecciones respiratorias agudas que pueden constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional*. Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas con tendencia epidémica y pandémica durante la

atención sanitaria, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/2014-cha-prevencion-control-atencion-sanitaria.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2019). *Infecciones del tracto respiratorio. Organización Mundial de la Salud*, https://www.who.int/topics/respiratory_tract_diseases/es/

Ortega-Navas, M. (2014). Binomio Estilos de vida Saludables. *Mejora de la Calidad de vida*. (1.^a ed.), Educación, salud y TIC en contextos multiculturales: Nuevos espacios de intervención, (541-550). Editorial Universidad de Almería.

Ozamariz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M. y Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (4).

Pérez-Abreu, M., Gómez-Tejeda, J. y Dieguez-Guach, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 19 (2).

Pérez-Núñez, D., García-Viamontes, J., García-González, T., Ortiz-Vázquez, D. y Centelles-Cabreras, M. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 30 (3).

Pérez-Padilla, J. (2015). Muertes respiratorias en México, 2015. *Revista Neumol Cir Torax*. 77 (3), 198-202.

Preza-Rodríguez, L. (S/F). *Historia clínica. Universidad Juárez del Estado de Durango* [http://famen.ujed.mx/doc/manual-de-practicas/a-2016/04_Prac_01.pdf].

Redondo-Escalante, P. (2004). *Prevención de la enfermedad: Curso de gestión local de Salud para Técnicos de Primer Nivel de Atención*. (4.^a ed.). Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social.

Ribes-Iñesta, E. (2008) *Psicología y Salud: Un análisis conceptual. Efectos psicológicos y propensión a la enfermedad*. (3.^a ed.). Editorial Trillas.

- Roca-Chiapas, J., Reyes-Pérez, V., Huerta-López E. y Acosta-Gómez M. (2019). Validación del Perfil de Estrés de Nowack en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista Salud Pública*, 21 (3), 146-153.
- Rivera, E. (2019). Camino salutogénico: estilos de vida saludable. *Revista Digital de Postgrado*, 1 (8).
- Rodríguez-Campuzano, M. y Frías-Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Revista Psicología y salud*, 15 (2), 169-185.
- Rodríguez-Campuzano, M., Ocampo-Juárez I. y Nava-Quiroz, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *Revista SUMMA Psicológica*, 6 (1), 25-41.
- Rosales-Fernández, R. (2014) Estrés y salud. *Psicología*, [Tesis de Licenciatura, Universidad de Jaén].
- Salas-Fernández, A. y Castañeda-Prado, A. (2018). *Salud y enfermedad: Salud Pública y Medicina Preventiva*. (4.^a ed.). Editorial El Manual Moderno.
- Sánchez-Rosado, M. (2009.) *Economía, cultura y salud: Elementos de salud pública. México* (5.^a ed.) Editorial Méndez.
- Sánchez-Teruela, D. y Robles-Bello, M. (2008). Psiconeuroinmunología: hacia la transdisciplinariedad en la salud. *Revista Educación Médica*, 19 (1), 171-178.
- Sande, M., Walraven, G., Milligan, P., Banya, M., Ceesay, S., Nyan, O. y McAdam, K. (2001). Antecedentes familiares: una oportunidad para intervenir precozmente y mejorar el control de la hipertensión, la obesidad y la diabetes. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 5 (1), 34-40.
- Secretaría de Salud (2012) Manual de Enfermedades Respiratorias 2012: *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento*, (1.^a ed.). Editorial Soluciones Gráficas.

- Secretaría de Salud (2013) *Antecedentes. Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias e Influenza. Servicios de Salud de Hidalgo (2017) Informe Ejecutivo Presentación P.A.O. Dirección de planeación, presupuesto y evaluación.*
- Soto- Estrada, G., Moreno-Altamirano, L.y Pabua-Díaz, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59 (6), 8-22.
- Torres-Corona, D. (2013). *Antecedentes heredofamiliares para hipertensión arterial en estudiantes de la universidad.* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México].
- Torres-Lebrato, L., Martínez-Paradela, T., Torres-Lebrato, Lay y Vicente-Portales Z. (2018). Promoción y educación para la salud en la prevención de las infecciones respiratorias agudas. *Revista Humanidades Médicas*, 18 (1), 122-136.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 40 (2), 8-19.
- Unahalekhaka, A. (2014). Epidemiología de las infecciones asociadas a la atención en salud. *Conceptos básicos de control de infecciones.*
- Valdés-Mitar, M. (2016). *Estrés y enfermedad: El Estrés desde la biología hasta la clínica.* Editorial Siglantana.
- Valenzuela-Contreras, L. (2015). La salud, desde una perspectiva integral. *Revista universitaria de la Educación Física y el Deporte*. 9 (9), 50-59.
- Vargas-Araya, P. (2013). Las enes psicosomáticas y el malestar emocional de los (as) estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica. *Revista Intersedes*, 6 (28), 5-23.
- Véliz-Estrada, T. (2017). *Estilos de vida y salud: Estudio del caso de los estudiantes de la facultad de ciencias médicas* [Tesis doctoral, Universidad de San Carlos de Guatemala].

Ventosa P. y Luaces, C. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la laringitis en Urgencias. *Sociedad Española de Urgencias Pediátrica*, 1 (1), 75-82.

Vergara, J. y Garrido, I. (2014). Estrés crónico y alteraciones psiquiátricas como factor de riesgo tipo A. *Revista Medicina Intensiva*, 38 (8), 528.529.

Wong-de Liu, C. (2012). Estilos de vida [Archivo PDF]
<https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



Asunto: Consentimiento informado

Por medio del presente nos permitimos hacer de su conocimiento que ha sido invitado (a) a participar en una investigación realizada por el alumno De Dios Castro Hiesus Amir. La investigación tiene como título "Antecedentes heredo familias, estilos de vida y estrés como factores relacionados con la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda", cuyo objetivo es Identificar qué relación existe entre los antecedentes heredofamiliares, estrés y estilos de vida con la adquisición de una enfermedad aguda respiratoria en una familia de Pachuca de Soto, Hidalgo, a través de una metodología mixta. De esta manera solicitamos respetuosamente su autorización a fin de permitir la elaboración y aplicación de los siguientes puntos:

- 1 Entrevista clínica
- 2 Inventario de Calidad de Vida (INCAVISA)
- 3 Perfil de estrés de Nowack

Con su participación contribuiría a incrementar el conocimiento para enriquecer el desarrollo integral de nosotros, los alumnos de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Los resultados de dichas pruebas serán de carácter confidencial, manejados con ética y únicamente para fines de investigación académica, de la misma manera favorecerán nuevos estudios, por lo que es muy valiosa su contribución en esta investigación.

Es relevante darle a conocer que su participación es completamente voluntaria, y aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar la investigación sin consecuencia alguna.

"He leído y entendido la descripción arriba mencionada de esta investigación. He tenido la oportunidad de aclarar mis dudas por lo que doy mi CONSENTIMIENTO INFORMADO para participar en este estudio. Declaro que mi participación consistirá en contestar una batería de instrumentos de medición y que no existe razón alguna para no contestar honestamente las pruebas. Se me ha proporcionado la seguridad de la confiabilidad con que se manejarán mis resultados. Por último, tengo entendido que mi participación es voluntaria y que tengo la libertad de abandonar el estudio sin consecuencia alguna".

Nombre y firma.

Anexo 2. Historia clínica
FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del entrevistado:

Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

Sexo: Hombre () Mujer () Edad _____

Lugar y fecha de nacimiento:

Día/mes/año Ciudad Municipio Estado

Domicilio:

Calle y número Colonia Delegación política

Municipio Entidad federativa Código postal Teléfono

Estado civil: Soltero[a]: () Casado[a]: () Unión libre: () Divorciado[a]: ()

Viudo[a]: ()

Escolaridad: _____ Profesión u ocupación: _____

Religión: _____ Nacionalidad: _____

Ocupación:

Empleado () Pensionado () Desempleado () Jubilado ()

Datos sociodemográficos

¿Cuál es el tipo de vivienda en la que reside actualmente?

¿Cuántos cuartos tiene la vivienda? (sin incluir baños, pasillos, cocina)

¿Con cuáles servicios cuenta?

¿Cuántas personas duermen en cada habitación?

¿Considera que la vivienda tiene suficiente ventilación?

¿Considera que la vivienda tiene suficiente iluminación?

¿En la vivienda usted tiene un baño...?

¿Se encuentra...?

¿Actualmente trabaja?

¿Cuál es su ocupación actual?

¿Cuáles son las condiciones en las que se encuentra su espacio de trabajo?

¿El lugar en que labora se encuentra limpio?

¿Considera que existe algún factor de riesgo en su labor de ser así puede mencionar cuál?

¿Cuántas horas labora al día?

¿Cuántos días a la semana trabaja?

En su tiempo libre, ¿Qué le gusta hacer?

¿Tienes una mascota o convive con algún animal?

¿De qué tipo?

¿Cuántos hay en su vivienda?

Antecedentes patológicos

A continuación, aparecerán algunos padecimientos relacionados con enfermedades respiratorias, junto al nombre de la enfermedad encontrarás una breve descripción para facilitar tus respuestas. Menciona si ha presentado alguna de ellas a lo largo de tu vida.

Padecimiento	Explicación breve	¿Lo padeciste?	
		SI	NO
Rinorrea	Congestión nasal		
Rinolalia	Alteración de los fonemas o palabras debido a la resonancia nasal		
Epistaxis	Hemorragia nasal causada por un traumatismo, irritación o resequedad del revestimiento de la nariz, rinitis alérgica, resfriados o sinusitis		
Tos	Reflejo que mantiene despejada la garganta y las vías respiratorias		
Expectoración	Expulsión de sangre o moco sanguinolento de los pulmones y la garganta		
Disfonía	Dificultad para hablar debido a los espasmos de los músculos que controlan las cuerdas vocales		
Hemoptisis	Tos con sangre		
Vómica	Violentos golpes de tos, a veces con sensación de asfixia		
Cianosis	Falta de oxígeno en la sangre causa una coloración azulada en la piel o membranas mucosas, dedos y nariz		
Dolor torácico	Molestia que se siente en algún punto a lo largo de la parte frontal del cuerpo entre el cuello y el abdomen superior		

Disnea	Problemas para respirar, le cuesta o es incómodo obtener el oxígeno que necesita		
Sibilancias	Sonido silbante y chillón durante la respiración		

Enfermedades Respiratorias Agudas

Enfermedades Respiratorias agudas	Explicación breve	¿Lo padeciste?	
		SI	NO
Rinofaringitis aguda	Resfriado común		
Faringitis aguda	Inflamación de la faringe, la cual se encuentra en la parte posterior de la garganta. Popularmente se le llama "dolor de garganta" y es una de las razones más comunes de visita al médico		
Amigdalitis aguda	Extensión del dolor hasta los oídos, en caso de que el estado de la amigdalitis sea severa, con disfagia (dificultad para tragar), dolor de cabeza y fiebre		
Laringitis y traqueítis agudas	Inflamación de la glotis (laringe) por uso excesivo, irritación o infección, las cuerdas vocales se irritan, esto provoca una distorsión en los sonidos producidos		
Bronquitis aguda	Inflamación de los conductos bronquiales, las vías respiratorias que llevan oxígeno a sus pulmones. Esta causa una tos que en forma frecuente presenta mucosidad		
Bronquiolitis aguda	Las vías respiratorias se inflaman, se hinchan y se llenan de mucosidades, lo que puede dificultar la respiración, afecta más a menudo en la niñez		
Neumonía	Infección de uno o los dos pulmones, muchos gérmenes, como bacterias, virus u hongos, pueden causarla		

¿Cuántas veces al año se enfermaba en su niñez?

¿En los últimos 6 meses usted padeció alguna de las enfermedades antes mencionadas?

¿Cuál?

Enfermedades Respiratorias Crónicas

Enfermedades Respiratorias Crónicas	Explicación breve	¿Lo padeciste?	
		SI	NO
Enfermedad Pulmonar Obstructiva	La causa principal de esta enfermedad es la exposición prolongada a sustancias que irritan y dañan los pulmones		
Asma	Las paredes internas de sus vías respiratorias se inflaman y se estrechan		
Alergias respiratorias	Alergias aéreas		
Hipertensión pulmonar	Dificultad para respirar durante actividades de rutina, cansancio, dolor en el pecho y ritmo cardíaco acelerado		
Bronquitis crónica	Tiene las mismas afectaciones que la bronquitis aguda solo que se extiende por un largo tiempo que reaparece o nunca desaparece por completo		
Cáncer de pulmón	Tos que nunca desaparece, dolor en el pecho, falta de aire, inflamación del cuello y cara, pérdida de pes		

Antecedentes heredo-familiares:

Indica si alguno de tus familiares padeció alguna de los padecimientos antes mencionados		
Parentesco	SI	NO
Abuelos		
Padres		
Tíos		
Cónyuge		
Hijos		
Primos		

Antecedentes personales patológicos

Enfermedades p síndromes	Explicación breve	¿Lo padeciste?	
		SI	NO
Enfermedades infectocontagiosas	se contraen por exposición a los agentes biológicos (bacterias, virus, hongos, parásitos) que se introducen en el organismo, causan enfermedades infecciosas, alergias o toxicidad		
Enfermedades exantemáticas	infecciones sistémicas, con diferente grado de contagiosidad, que tienen como característica principal la presencia de una erupción cutánea como el salpullido, varicela, etc.		

Enfermedades crónico-degenerativas	son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta		
Intervenciones quirúrgicas	operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes		
Alergias (distintas a las aéreas)			
Traumatismos	daños físicos causados por golpes o caídas resultando en esguinces, luxaciones o fracturas		
Transfusiones	transferencia de sangre donada por medio de un tubo estrecho colocado en una vena del brazo		
Convulsiones	una persona tiene temblor incontrolable que es rápido y rítmico, con los músculos contrayéndose y relajándose en forma repetitiva		
Adicciones	tabaquismo, alcoholismo u otras sustancias		
Hospitalizaciones previas	atención de pacientes cuya condición requiere ingreso en un hospital		

Antecedentes heredo-familiares no patológicos

Las siguientes preguntas van dirigidas hacia el consumo e ingesta de alimentos, por favor responda con sinceridad

Alimentación	SI	NO
¿Cree tener una alimentación saludable?		
¿Sigue algún tipo de dieta?		
¿Cree que toma los suficientes vasos de agua al día?		
¿Evita comer alimentos con alto contenido de sal, grasas, condimentados?		
¿Evita ingerir comida chatarra y bebidas azucaradas?		
¿Come diariamente frutas y verduras?		
¿Considera tener un peso saludable sin exceso de barriga?		

¿Cómo considera que es su alimentación?

Pésima

1
○

2
○

3
○

4
○

5
○

Excelente

¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, (ir en bicicleta, nadar, jugar al volleyball) durante al menos 10 minutos consecutivos?

En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?

En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades? (Indicar en minutos)

Las siguientes preguntas tratan sobre higiene, por favor seleccione la opción que mejor se adecue a usted

Higiene	Muy En Desacuerdo	Algo En Desacuerdo	Ni De Acuerdo Ni En Desacuerdo	Algo De Acuerdo	Muy De Acuerdo
¿Qué tan importante considera el aseo personal?					
¿Considera conveniente lavar el baño de su casa?					
¿Considera fundamental cambiarse de ropa diario?					
¿Contempla lavarse las manos antes de ingerir alimentos y después de ir al baño?					

¿Considera tener un buen aseo dental?

¿Se vacuno contra la influenza en el último año?

Anexo 3. Inventario de Calidad de Vida

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD (InCaViSa)


 84-2

Dra. Angélica Riveros Rosas
 Juan José Sánchez-Sosa, PhD
 Mark del Águila, PhD



INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.

0%	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".

0%20%40%60% 80%100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente-Mente	Casi Siempre	Siempre

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza y conteste con la verdad.*

 **Manual Moderno**[®]
 D.F. © 2009
 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
 México, D.F.
 ISBN: 978-607-448-012-2 (Clave completa)
 ISBN: 978-607-448-014-6 (Cuestionario)

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida, por otro medio -electrónico, mecánico, fotocopiado, registrado, etcétera- sin permiso por escrito de la Editorial.

Nota: Este cuadernillo está impreso en azul. NO LO ACEPTE si no cumple ese requisito

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

Anexo 4. Perfil de Estrés

IMP 60-2

PERFIL DE ESTRÉS

Cuadernillo de aplicación



MUESTRA

Instrucciones

Este Cuadernillo contiene una serie de preguntas que evalúan diferentes factores que pueden contribuir a su salud física y a su bienestar psicológico. Se le harán preguntas específicas sobre su estilo de vida, hábitos de salud, nivel de estrés, perspectiva de la vida, entorno social y estilo de afrontamiento de los problemas. Esta información se utilizará para desarrollar su perfil confidencial de valoración del estrés.

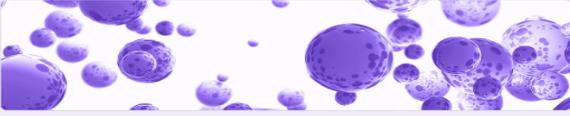
- **Siga la instrucciones.** Lea de manera cuidadosa cada reactivo y su escala de respuestas correspondiente.
- **Complete.** Por favor conteste todas las preguntas. No deje enunciados en blanco o éstos no se calificarán.
- **Tómese su tiempo.** No existe límite de tiempo para contestar este instrumento. Trabaje de la manera más rápida y cómoda para usted.
- **Seleccione sólo una respuesta.** Escoja y marque con un círculo EN LA FORMA DE RESPUESTA Y CALIFICACIÓN aquella respuesta que le parezca mejor para cada pregunta. Si desea cambiar una respuesta que ya ha marcado, dibuje una X sobre ésta y un círculo sobre su nueva opción.
- **No marque este Cuadernillo.**



Copyright © 1999 Western Psychological Services
 D. R. © 2002 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
 Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida por ningún medio, electrónico o mecánico incluyendo la fotocopia, grabación o cualquier sistema de almacenamiento o recuperación, sin permiso previo y escrito de la Editorial.



Anexo 6. Consentimiento informado en formulario de Google



Antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés como factores relacionados con la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda en estudiantes universitarios

¡Bienvenido!
Antes de iniciar es importante que lea la siguiente información

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

El objetivo de este cuestionario es : Identificar qué relación existe entre los antecedentes heredofamiliares, estilos de vida y estrés con la adquisición de una enfermedad respiratoria aguda en estudiantes universitarios de Pachuca de Soto, Hidalgo, a través de una metodología mixta.
Usted ha sido invitado para colaborar en este estudio y su participación es totalmente libre y voluntaria.

Se solicitarán sus datos de identificación e información sociodemográfica básica con fines estadísticos.

Este cuestionario está integrado en cinco secciones, en la 2da y 3era sección se abordará una breve historia clínica:
1) La primera recopila información personal
2) La segunda identifica padecimientos, enfermedades respiratorias y enfermedades

3) La tercera recolecta información sobre estilos de vida
4) La cuarta evalúa la calidad de vida
5) Y por último la quinta evalúa el nivel de estrés percibido en los últimos 3 meses

Si piensa que las preguntas son repetitivas recuerde que es una forma de asegurar las respuestas, por último tome en cuenta que le tomará 1 hora 20 minutos aproximadamente responder el cuestionario.

***Obligatorio**

Al seleccionar la opción de acepto se entiende que está de acuerdo en participar *

Si acepto
 No acepto

Tu participación es muy valiosa ¡GRACIAS!



Anexo 9. Perfil de Estrés en formulario de Google

Perfil de Estrés (Nowack Kenneth)

Este formulario contiene una serie de preguntas que evalúan diferentes factores que pueden contribuir a su salud física, y a su bienestar psicológico. Se harán preguntas específicas sobre su estilo de vida, hábitos de salud, nivel de estrés, perspectiva de la vida, entorno social y estilo de afrontamiento de los problemas.

A continuación se presentan una lista de seis categorías principales de estresores "problemas" que la gente experimenta en su trabajo y en su vida personal. Los problemas son experiencias y condiciones de la vida cotidiana que se perciben como importantes e irritantes, molestias, hirientes o amenazantes para el bienestar de alguien. Utilice la escala de respuestas para indicar la frecuencia con la que ha experimentado en los últimos 3 meses. *

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	A menudo	Siempre
PROBLEMAS DE SALUD (p. ej., preocupaciones acerca de su salud, tratamiento médico, apariencia física, consumo de alcohol o tabaco en exceso, limitaciones físicas, síntomas físicos, cambio en la condición médica existente, efectos colaterales de la medicación, etc.)	<input type="radio"/>				

DDNRI ELIAS EN

Anexo 10. Aplicación de instrumentos en aulas



Anexo 11. Aplicación de instrumentos en aulas 2

