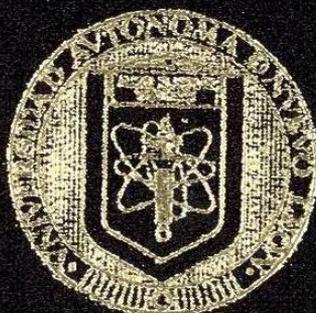


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE SALUD PUBLICA



ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS  
DE SALUD

TESIS

QUE CON OPCION AL GRADO DE:  
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA COMUNITARIA

PRESENTAN:

LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO  
LIC. EN ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO  
LIC. EN ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR

MONTERREY, N. L.

MAYO DE 1993

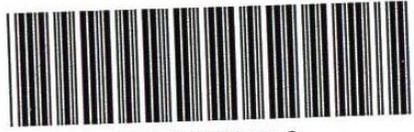
TM

Z6673

FSP

1993

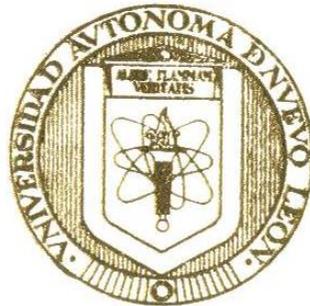
A4



1020072019

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE SALUD PUBLICA



ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS  
DE SALUD

T E S I S

QUE CON OPCION AL GRADO DE:  
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA COMUNITARIA

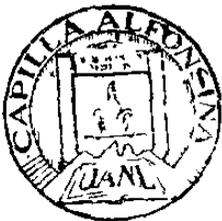
PRESENTAN:

LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO  
LIC. EN ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO  
LIC. EN ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR

MONTERREY, N. L.

MAYO DE 1993

TM  
Z6673  
FST  
133  
A4



FONDO TESIS

24300

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**  
**FACULTAD DE SALUD PUBLICA**

**ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD**  
**TESIS**

**QUE CON OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN**  
**SALUD PUBLICA CON ESPECIALIDAD EN**  
**ENFERMERIA COMUNITARIA**

**PRESENTAN:**

**LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO**  
**LIC. EN ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO**  
**LIC. EN ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR**

**Monterrey, N.L., Mayo de 1993**

**AUTORES**

Lic. en Enf. Ma. Magdalena Alonso Castillo

Lic. en Enf. Juan Manuel Martínez Maldonado

Lic. en Enf. Lucio Rodríguez Aguilar

**ASESOR**

Lic. en Enf. Esther C. Gallegos de Hernández, M.A.

**COMITE DE TESIS**

Dra. Liliana Tijerina de Mendoza, M.S.P.

Dr. Esteban Ramos Peña M.S.P.

Lic. Esther C. Gallegos de Hernández, M.A.



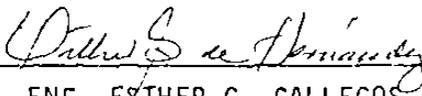
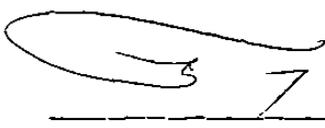
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
 FACULTAD DE SALUD PUBLICA  
 DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

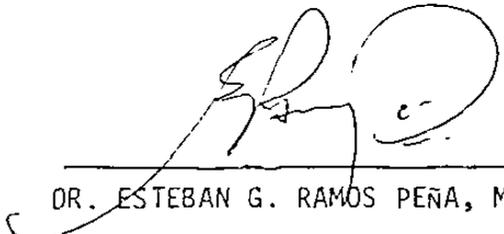
DR. EDUARDO AGUIRRE PEQUEÑO Y YURIRIA TELS. 48-60-80 Y 48-43-54  
 COL. MITRAS CENTRO C. P. 64460 MONTERREY, N. L. MEXICO

DICTAMEN DEL COMITE DE TESIS

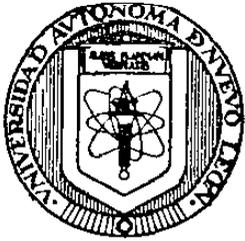
El Comité de Tesis de la División de Estudios de Post-Grado, acordó A P R O B A R la Tesis para la obtención del Grado de Maestría en Salud Pública con - -  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA COMUNITARIA  
 titulada: "ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD"  
 presentado por LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO  
LIC. ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO  
LIC. ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR  
 asesorada por LIC. ENF. ESTHER C. GALLEGOS DE HERNANDEZ

A t e n t a m e n t e ,  
 Monterrey, N.L. 13 de Mayo de 1993.  
 "ALERE FLAMMAM VERITATIS"

  
 LIC. ENF. ESTHER C. GALLEGOS DE H.   
 DRA. LILIANA TIJERINA DE MENDOZA, MSP.

  
 DR. ESTEBAN G. RAMOS PEÑA, MSP.





UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
 FACULTAD DE ENFERMERIA  
 "PROGRAMA DESARROLLO E INNOVACION DE ENFERMERIA"  
 AV. GONZALITOS No. 1500, COL. MITRAS CENTRO  
 TEL. 48-18-47 Y 48-63-28  
 64460 MONTERREY, N. L., MEXICO



OFICIO NUM. ....

EXP. ....

DR. JOAQUIN ESPINOSA BERMUDEZ  
 JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE  
 POST-GRADO DE LA FAC. DE SALUD PUBLICA  
 DE LA U.A.N.L.,  
 P R E S E N T E .-

Estimado Dr. Espinosa:

Por este conducto me permito informar a Usted que los Licenciados en Enfermería MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO, JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO Y LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR, han concluido su Tesis "Estilos de Vida y Uso de Servicios de Salud" bajo mi asesoría. Los mencionados maestros son candidatos a obtener el grado de Maestría en Salud Pública con especialidad en Enfermería Comunitaria, por lo que en mi calidad de asesor apruebo su Tesis y me permito solicitar a Usted se le autorice continuar con los trámites conducentes.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mis más atentas consideraciones.

Monterrey, N.L., a 17 de Mayo de 1993.  
 "ALERE FLAMMAM VERITATIS"

*Esther C. Sallegos de Hernandez*  
 LIC. EN ENF. ESTHER C. SALLEGOS DE HERNANDEZ  
 COORDINADORA DEL PRODIE



PROGRAMA DESARROLLO E  
 INNOVACION DE ENFERMERIA



## Agradecimientos

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la UANL en particular a la Lic. en Enf. Mariana Lopez de Laredo por el apoyo brindado en el desarrollo de la presente tesis.

A la Dra. en Medicina Adela Castillo de Onofre por su eficiente y extraordinaria asesoría estadística.

A Lic. en Enf. Santiago Esparza Almanza y Lic. en Enf. Nora R. Allen Hermosillo, por el magnífico trabajo estadístico realizado

A el Comite de tesis de la Facultad de Salud Pública de la UANL.

Dra. Liliana Tijerina de Mendoza M.S.P.

Dr. Esteban Ramos Peña M.S.P.

Lic. Esther C. Gallegos de Hernández M.A.

Por su asesoría académica y de investigación.

A la Sra. Julieta Moreno Ulloa, Sra. Eladia Zamora, Srita. Martha Nájar por su trabajo de captura y mecanografía.

A nuestros compañeros y amigos de Departamento de Salud Pública, por su compromiso con la Enfermería y por la Salud de la Comunidad.

A nuestras amigas que se han ido, por todo lo que aprendimos de ellas y lo que nos brindaron como personas.

Lic. en Enf. Ma. Teresa Escobedo de Haro +

Lic. en Enf. Amparito Perez Elizondo +

# I N D I C E

Capitulo I	Hoja
1. Introducción.....	2
Capitulo II	
2. Problema de investigación.....	4
2.1 Justificación.....	4
2.2 Variables de estudio.....	6
2.3 Definición de términos.....	7
2.4 Objetivos.....	8
Capitulo III	
3. Marco Teórico.....	8
3.1 Tabaquismo.....	14
3.2 Alcoholismo.....	16
3.3 Ejercicio.....	18
3.4 Obesidad.....	19
3.5 Servicios de salud.....	21
Capitulo IV	
4. Hipótesis.....	24
Capitulo V	
5. Material y Métodos.....	25
5.1 Metodología.....	25
5.2 Sujetos.....	25
5.3 Material.....	26
5.4 Procedimiento.....	27
5.5 Implicaciones éticas.....	28

## Capitulo VI

6.	Presentación y Análisis de Resultados.....	29
6.1	Descripción de Resultados.....	29
6.2	Análisis Estadístico.....	46
6.3	Comprobación de Hipotesis.....	92

## Capitulo VII

7.	Resultados.....	96
7.1	Discusión.....	96
7.2	Conclusiones.....	99
7.3	Recomendaciones.....	100

	Referencias Bibliográficas.....	101
--	---------------------------------	-----

## Anexos.

- Anexo 1.- Operacionalización de las Variables del Estudio
- Anexo 2.- Encuesta
- Anexo 3.- Instructivo para la Cédula de Entrevista
- Anexo 4.- Presupuesto
- Anexo 5.- Programa de Captura de Datos

## Capítulo I.

### INTRODUCCION

Las conductas promotoras de salud son actividades continuas que deben formar parte integral del estilo de vida de un individuo. Los ejemplos de conductas que las personas pueden realizar para la promoción de la salud incluyen el ejercicio físico, evitar el consumo de tabaco y alcohol, mantenerse en un peso normal y alimentarse correctamente. Estas conductas o estilos de vida saludables permiten llevar a las personas hacia niveles más altos de salud y de bienestar (Pender 1989).

Existe un vacío importante en el conocimiento de las conductas de salud en todos los grupos de edad. Se tienen evidencias científicas que sugieren que estas conductas o estilos tienen un carácter multidimensional, y se han analizado bajo distintas teorías y modelos (teóricos) de las ciencias sociales y de la salud que permiten conocer algunas razones o intereses de las personas para realizar conductas saludables.

Los autores de este trabajo consideran que el Modelo de Creencias de Salud (MCS) desarrollado por Rosenstock (1974) proporciona un marco teórico que permite explorar las creencias que motivan a la gente a desarrollar estilos de vida saludables. Estas conductas también pueden estar relacionadas con el uso de servicios de salud.

El Programa Nacional de Salud 1990 - 1994 señala como problema prioritario de salud pública la persistencia de conductas nocivas a la salud que están relacionadas con el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, motivos por los cuales establece como estrategias de acción el fomento y promoción de estilos de vida que favorezcan el bienestar, y la utilización de los servicios de salud. El Programa de Investigación en Salud, señala como estrategia estudiar aquellos problemas que la salud pública considera prioritarios. De tal manera que esta temática de estudio es prioritario por su magnitud, trascendencia social, vulnerabilidad y factibilidad.

En el campo de la enfermería comunitaria se ha definido como meta el promover el bienestar de la población utilizando diversas estrategias entre las que se encuentran la educación y fomento del autocuidado para desarrollar conductas saludables que les ayude a tener una mejor calidad de vida. Estudiar los estilos de vida saludables permitirá a la enfermería comunitaria tener bases científicas para desarrollar programas de educación y autocuidado de la salud.

Los autores del presente estudio consideran de interés profesional, la aproximación científica de esta temática para tener las explicaciones objetivas de lo que mueve a las personas a tener determinados estilos de vida y a utilizar los servicios de salud de promoción y prevención.

En un futuro se podrá además reorientar la práctica de la enfermería comunitaria en el área de promoción de la salud y en desarrollar estrategias para que la población utilice los servicios de salud a los que tiene derecho y los que pueden ser un factor que estimule el bienestar colectivo. Los intereses personales están dados en el compromiso con la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. de concluir los estudios de postgrado para responder con calidad en la labor docente y de investigación.

## Capítulo II.

### 2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

#### 2.1 Justificación

Actualmente en los países desarrollados se estima que cuando menos la mitad de las muertes cada año son el resultado de estilos de vida que dañan la salud. Estos hábitos nocivos se establecen desde la infancia y se desarrollan en la adolescencia y adultez, disminuyendo no sólo la posibilidad de una vida saludable y productiva, sino que aumenta la morbilidad y mortalidad.

estudios epidemiológicos realizados por la O.M.S. en 1989 revelan que aproximadamente el 50 por ciento de las causas de muerte tienen alguna relación con estilos de vida perjudiciales, tales como el sedentarismo, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y el consumo de una dieta inapropiada.

En nuestro país la tendencia de mortalidad de 1970 a 1983 ha experimentado grandes cambios (Soberón 1988) las tasas muestran tres grupos de causas de defunción que son: las que tienden a disminuir, las que se mantienen estables y las que muestran un incremento en su frecuencia. Las reducciones más acentuadas se observan en las enfermedades infecciosas como la neumonía y las enfermedades diarreicas que ocupan el quinto lugar (36.5 por 100,000 hab.) y tercer lugar (45.8 por 100,000 hab.) respectivamente. Los aumentos se observan en enfermedades del corazón en primer lugar (68.1 por 100,000 hab.), accidentes en segundo lugar (61.4 por 100,000 hab.) y tumores malignos en cuarto lugar (41.0 por 100,000 hab.), además de ingresar a la tabla de las primeras diez causas de muerte la diabetes mellitus (25.3 por 100,000 hab.) la cirrosis hepática (22.2 por 100,000 hab.) y los homicidios (17.3 por 100,000 hab.).

Este panorama apunta un desplazamiento hacia problemas de salud que afectan a grupos de más edad y hacia la reducción de la mortalidad en la infancia. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en países industrializados y emergen como problema de salud pública. La cardiopatía isquémica es la causa más importante de incapacidad y muerte prematura, afecta a grandes segmentos de la población y en su génesis se asocian ciertas características de estilos de vida tales como alimentación, tabaquismo e inactividad física. De modo más específico el Programa Nacional de Salud de 1990, habla de hipercolesterolemia, hipertensión arterial y tabaquismo como factores de más alto riesgo; de mediano riesgo la obesidad y la diabetes. Lo expresado sobre enfermedades cardiovasculares también es válido para problemas cerebrovasculares.

Es importante mencionar que los estados de la frontera de México tienen estos problemas 5 veces más altos que en el resto de la República; en 1986 se tuvo el 17 por ciento del total de muertes mientras que la media nacional era de 9.3 por ciento.

El Sub-Programa de Prevención y Control de Enfermedades plantea como estrategias de acción: la educación a la sociedad para evitar factores de riesgo y reorientar en los estilos de vida a la población, la detección clínica y valoración de riesgos, y el seguimiento de las personas en riesgo, son ejemplos de cómo nuestro país se interesa en este nuevo enfoque de la promoción de estilos de vida saludables.

Estudios recientes realizados en México por Lozano y Escamilla (1990) revelan un perfil epidemiológico con tendencia ascendente de enfermedades crónicas degenerativas; en particular enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes y diabetes mellitus, mostrando cierta relación con la presencia de factores de riesgo y patrones de conducta desfavorables para protección de la salud. En Nuevo León la mortalidad general en 1990 fue de 3.8 por 1,000 según datos de la Secretaría Estatal de Salud y se encontraron como causas de muerte las enfermedades del corazón en primer lugar, representando el 28 por ciento de las defunciones; los tumores malignos con un 20 por ciento del total de muertes; Diabetes Mellitus un 12 por ciento, accidentes un 12 por ciento y en quinto lugar enfermedades cerebrovasculares con un 10 por ciento. Este perfil está más relacionado con las regiones en desarrollo e indican la presencia de factores de riesgo relacionados con las conductas de los individuos y una mayor esperanza de vida (73 años).

El identificar y analizar los estilos de vida de una población permitirá elaborar programas que respondan a dichos patrones y tengan el efecto deseado en la promoción, protección y fomento de autocuidado.

En los Programas de Salud se debe reconocer que los individuos constantemente toman decisiones con respecto a sus estilos de vida y a la búsqueda de atención a la salud preventiva, curativa y de rehabilitación. Estas decisiones que llevan a los individuos a iniciar o mantener conductas saludables tienen su origen en su cultura y en sus motivaciones.

La promoción y protección de la salud según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) representa un movimiento renovador de la salud pública que implica acciones educativas, regulatorias y cambios ambientales capaces de fomentar el bienestar y modificar positivamente estilos de vida, los cuales están asociados causalmente con la incidencia de enfermedades crónicas.

La factibilidad de mejorar los estilos de vida comprenden desde el conocimiento de ellos, el emprender acciones educativas y el fomentarlas desde la infancia, de tal manera que en la adolescencia, adultez y vejez se practiquen en beneficio de la salud.

La importancia del estudio para el campo de la salud pública esta dado en virtud de que el conocimiento de los estilos de vida de una población así como la utilización de los servicios de salud por parte de esta, facilitará la determinación de factores sociales, conductuales y culturales asociados con el uso o no de servicios de promoción y prevención. El conocer que modos de vida prevalecen en las comunidades urbanas marginadas también permitirá conocer los problemas de salud más frecuentes y sobre cuales se debe actuar a través de programas de salud, educativos y de mejoramiento del medio ambiente.

A través de la observación cotidiana en el campo y en los servicios de atención primaria, se han identificado debilidades en el proceso de prestación de servicios; se da poca importancia a las conductas, hábitos y costumbres de la población las cuales inciden en los perfiles de morbilidad y mortalidad. Las acciones educativas casi siempre prescriptivas, orientan sólo sobre las conductas correctas ó idóneas en salud, sin analizar que éstas obedecen a motivaciones ó a patrones aprendidos, difíciles de cambiar. La salud comunitaria es el campo de responsabilidad de los especialistas en salud pública y debe ser estudiada no sólo a partir de los daños a la salud, sino también de las conductas comunes de los ciudadanos que pueden transformarse en factores de riesgo.

Estos son los razonamientos que llevan a proponer el estudio del problema enunciado a continuación.

¿Qué relación existe entre los estilos de vida saludables y el uso de servicios de salud en adultos de 18 a 59 años que residen en la Colonia Nuevo San Miguel de Guadalupe, Nuevo León?

## 2.2 Variables de Estudio

- a) Estilos de vida saludables (independiente)
- b) Uso de los servicios de salud (dependiente)

## 2.3 Definición de Términos

- a) Estilos de vida saludables.  
Son conductas que se realizan diariamente como resultado de un proceso aceptado que propicia la promoción y protección de la salud. Entre ellas se tiene: evitar fumar, evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, ejercitarse frecuentemente, mantener el peso en límites recomendables.

- b) **Uso de los servicios de salud.**  
Es la utilización de los servicios de salud por parte de la población. Estos servicios pueden ser de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- c) **Usuarios adultos.**  
Son aquellas personas de 18 a 59 años de edad hombres o mujeres que solicitan y reciben servicios: preventivo, curativo y/o de rehabilitación, en el Centro de Salud DIF Nuevo San Miguel.
- d) **Suceptibilidad.**  
Es el riesgo percibido por la persona de caer en cierto estado ya sea negándolo, admitiendo una posibilidad o una probabilidad.
- e) **Severidad.**  
Es la preocupación de la persona de que cierta conducta produzca consecuencias en su salud y su vida.
- f) **Beneficios Percibidos.**  
Es la creencia del individuo de que las acciones que emprende serán efectivas para reducir la amenaza de enfermedad.
- g) **Barreras.**  
Son actitudes, acciones no placenteras o fuerzas negativas que producen un conflicto y que entorpecen las acciones.
- h) **Autoeficacia.**  
Es la convicción de que la persona puede exitosamente ejecutar una acción y tener los resultados deseados.

#### 2.4 Objetivo General

Conocer los estilos de vida de los adultos de 18 a 59 años de ambos sexos para identificar si existe relación entre ellos y el uso de servicios de salud.

#### Objetivo Específico

- a) Identificar el perfil de estilos de vida en adultos de 18 a 59 años de edad en hombres y mujeres.
- b) Determinar el nivel de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia que cada estilo de vida presenta.

- c) Conocer el tipo de servicios de salud que utilizan los adultos de 18 a 59 años de ambos sexos.

### Capitulo III.

#### 3. MARCO TEORICO

A pesar de los grandes avances en tecnología de la salud y del conocimiento biomédico, los efectos (de ellos) en la incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas sólo las han reducido en forma limitada. Como resultado de esta situación se ha producido un movimiento creciente por las medidas preventivas y una tendencia a ubicar que el descenso en la mortalidad por problemas cardiovasculares y crónicas no se asocia a los adelantos médicos, sino a el cambio de actitudes de la comunidad hacia alimentación, tabaco y condición física. (Holland, 1986)

Por otra parte, Hamburg, (1987) reconoce cada vez más la necesidad de estudiar el comportamiento humano a fin de aclarar las causas subyacentes del comportamiento. Actualmente las enfermedades de mayor prioridad están relacionadas con el comportamiento individual, en particular con sus pautas a largo plazo, es decir con lo que se denomina modo o estilos de vida.

Estudios epidemiológicos en países desarrollados demuestran que aproximadamente la mitad de la mortalidad en las 10 principales causas de defunción pueden asociarse con comportamientos nocivos a la salud como el tabaquismo, excesivo consumo de alcohol, alimentos, el sedentarismo, e imprudencias en la conducción de automóviles.

Algunos estilos de vida que se consideran significativos son el hábito de fumar identificado como causa de enfermedades cardiovasculares y el cáncer. El problema de la nutrición se asocia desde la disponibilidad y mal uso de los alimentos con desnutrición y obesidad. El sedentarismo, la dieta alta en grasas y sobre peso con la diabetes.

Los profesionales de la salud están interesados en ayudar a los niños y jóvenes a formar hábitos positivos de salud en su vida, pues están conscientes de que la promoción de estilos de vida saludables en etapas tempranas de la vida, lleva la promesa de una mejor salud y calidad de vida en la adultez y vejez.

Existe una brecha importante en el conocimiento de las conductas de salud en todos los grupos de edad, se piensa que la conducta de salud de los adultos es multidimensional, con ninguna o escasa correlación entre los conjuntos de esos estilos de vida (Kulbok, 1985).

Langlie (1989) señaló un concepto bidimensional de la conducta de salud, describiendo que un grupo de estilos de vida tienen riesgo directo tales como manejar, higiene personal y el tabaquismo. Otro grupo de estilos de vida tienen riesgo indirecto e incluye uso de cinturón de seguridad, inmunizaciones, chequeos médicos, dentales, el sobrepeso y el ejercicio.

Harris y Gluten (1989) reportaron cinco conjuntos de estilos de vida como: prácticas de salud personal, prácticas de seguridad, atención preventiva, evasión del peligro ambiental y evasión de sustancias dañinas (alcohol, tabaco y drogas).

Kulbok (1985) reportó cinco grupos de conductas de salud basados en el análisis de factores de una muestra probabilística (nivel nacional adultos): conducta dental, de chequeo, consumo dañino (alcohol y cigarro) conducta de protección de salud (consumo limitado de carne, vitaminas, uso del cinturón de seguridad) y conducta de acondicionamiento (ejercicio, control de peso y sueño). Hay solo dos patrones comunes en estas dimensiones empíricamente identificadas que son las conductas de evasión de uso de sustancias dañinas (alcohol y cigarro) con la conducta de uso de atención preventiva de salud reportados por Harris y Gluten (1989) y Kulbok (1985).

Newell y Withrow (1986) en un estudio sobre factores socio-demográficos asociados a una amplia gama de estilos de vida promotores de salud en jóvenes encontró que las mujeres realizan más conductas de higiene, relajación y autocuidado que los hombres. El estado socioeconómico alto también se relaciona con mejores conductas y la afiliación religiosa reportó mayor desempeño de estilos de vida saludables.

La encuesta nacional de salud en norteamérica conducida de 1966 a 1970 en jóvenes de 12 a 17 años sobre (el perfil de) estilos de vida de la gente al final de la década de los sesenta, reportó que el 60 por ciento desean tener una salud excelente o muy buena, el 20 por ciento registro sobrepeso, el 14 por ciento fumaba regularmente. En 1980, Dillman reportó que el 63 por ciento de los jóvenes bebían y el 25 por ciento eran fumadores, y estos jóvenes no asociaban el uso del alcohol con resultados negativos en la salud.

Stiffman (1987) en un estudio de correlación entre uso de alcohol y drogas en pacientes jóvenes sugirió que los muchachos tienen mayor probabilidad que las muchachas de usar alcohol y drogas, y esto concuerda con las conductas de los adultos. También se ha estudiado por Saucier (1983) que los varones hacen mas ejercicio que las mujeres, y ellas generalmente tienen mejores hábitos dietéticos.

En un estudio sobre estilos de vida de Kulbok de 1984 a 1986 en adolescentes y otro estudio en 1985 realizado en adultos mostró las conductas problema de riesgo (consumo de sustancias dañinas) un 21 por ciento de consumo de tabaco diario, y un 34 por ciento de consumo de alcohol, un 20 por ciento tenía sobrepeso, y un 39 por ciento realizaba ejercicio. En relación al uso de servicios preventivos, un 41 por ciento acudió al dentista en el último año, y un 63 por ciento se realizó un examen físico sin estar enfermos. Estos datos llevaron a concluir que los estilos de vida son un proceso de socialización de los jóvenes sobre las normas o conductas de los adultos y que esta socialización ocurre respecto a conductas saludables y dañinas.

Las evidencias de estudios relacionados a estilos de vida que promueven la salud y que comprometen la salud de la gente es limitada todavía, sin embargo, se tiene entendido que el predominio de conductas como uso de alcohol, de tabaco, sobrepeso, sueño y hábitos alimenticios están asociados a la mortalidad de adultos según Breslow (1980).

La conducta promotora de salud es clave en el concepto de promoción de la salud según Palank (1991) la tendencia reciente hacia la percepción de la gente de los estilos de vida ya no esta a discusión, las mejorías en los niveles de salud se logran solo a partir de los cambios en los patrones personales de conducta de salud.

Según la OMS las conductas promotoras de salud se definen como aquellas que inicia cualquier persona en cualquier grupo de edad para conservar e incrementar su bienestar, la autoactualización y la satisfacción personal. Los estilos de vida saludables o promotores de salud se definen como un patrón multidimensional de acciones, y percepciones del propio individuo que sirve para conservar o fomentar el nivel de bienestar autoactualización y satisfacción a las necesidades personales.

Wlmer (1984) y Milio (1986) han definido estilo de vida como el conjunto de patrones desarrollados como reacción a las influencias ambientales y en concordancia con las opciones disponibles y las circunstancias socioeconómicas. Por lo tanto al hablar de estilos de vida es necesario concentrarse no solo en la responsabilidad del individuo, sino también del contenido socio-cultural de la conducta. Según Pender (1989) la probabilidad de que ocurra un estilo de vida promotor de salud depende de la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales del individuo (definición de salud, percepción de salud, control, autoeficiencia y beneficios) de factores modificadores (variables demográficos, factores situacionales y de conducta) y probabilidad de acción (decisiones internas, consejo e información externa).

Este modelo dista mucho de ser concluyente sobre la influencia precisa de estas variables sobre las conductas o estilos de vida.

Existen diversos modelos teóricos para explicar las conductas relacionadas con la salud, existe convergencia en considerar las creencias como importantes para determinar una acción relacionada con la salud, y las conductas o cambios a estilos de vida. Estos cambios a estilos de vida se darán cuando los individuos perciban que: 1) la amenaza tanto a la salud como a su vulnerabilidad personal es alto, 2) preponderan la autoeficacia (capacidad de emprender una acción con éxito que reduzca la amenaza, 3) eficacia de reacción para superar amenazas, estos elementos surgen del modelo de creencias de salud de Rosenstock (1966) y del mecanismo de autoeficacia de Bandura (1986).

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock proporciona un marco teórico de investigación que permite explorar por que las personas emprenden acciones para mantenerse sanos mientras que otras no lo intentan o fracasan.

El modelo fue visto potencialmente útil para predecir que individuos usarían y no usarían los servicios preventivos y sugerir intervenciones que aumenten el uso de servicios y acciones preventivas y protectoras de salud.

El modelo se deriva de la teoría de Lewin en donde se conceptualiza que "el espacio de vida en la que existe el hombre esta compuesto por regiones algunas con valencia positiva, negativas y neutras" donde la enfermedad es una región de valencia negativa que aleja a la persona de la región y las conductas (estilos de vida) preventivas evitan las regiones negativas.

Los resultados de los primeros estudios apoyaron parcialmente el potencial predictivo del modelo de Creencias de Salud, el que fue refinado por Becker (1974).

El modelo de Creencias de Salud plantea la hipótesis de que la acción que se emprende en este caso el uso de los servicios preventivos de salud esta relacionada a tres clases de factores.

- (1) La existencia de la motivación o preocupación por la salud, que hace relevante o sobresaliente los aspectos de salud.
- (2) La creencia de que uno es susceptible o vulnerable a un problema serio, condición, enfermedad o secuelas de esta (amenaza percibida).
- (3) La creencias de que el seguir recomendaciones, o indicaciones es de beneficio para reducir las amenazas percibidas a un costo relativamente aceptable; Este costo se refiere a barreras percibidas que se presentan en el intento de seguir indicaciones o recomendaciones.

En 1988 Rosenstock amplía su modelo de Creencias con las aportaciones de la Teoría del aprendizaje social la cual hace 2 contribuciones a las explicaciones de la conducta relacionada con la salud que no estaban incluidas en el modelo de creencias. Una de ellas es el énfasis en varias fuentes de información para adquirir expectativas entre las fuentes de información se consideran 4 que son: logros de realización o desempeño, la experiencia sustituta, la persuasión verbal y el estado fisiológico. Estas fuentes pueden ser consideradas si deseamos mover una conducta o mejorar los estilos de vida. Los logros del desempeño son las fuentes de mayor influencia de la información de la eficacia porque es basada en la experiencia o dominio personal. La experiencia sustituta se obtiene a través de la observación del desempeño exitoso o no exitoso de los demás. La persuasión verbal se emplea en la educación en salud, y puede influir en la expectativa de resultados o en los incentivos. Por último los estados fisiológicos como ansiedad, angustia, depresión pueden informar correctamente o no de que no es capaz de sostener una determinada conducta o acción.

La segunda contribución importante es el concepto de autoeficacia. La cual es definida como la convicción de que uno puede exitosamente ejecutar la conducta requerida para producir los resultados.

Esto se puede ejemplificar con los estilos de vida. Sin una persona o grupo de personas dejan de fumar, o de ingerir bebidas alcohólicas, estas deben creer que el dejar de hacer estas conductas beneficiara su salud (expectativa de resultado) y también que son capaces de dejarlo (expectativa de eficacia).

Sintetizando el modelo de Creencias de Salud tiene 3 componente básicos que son percepciones individuales, (susceptibilidad y severidad) factores modificadores (variables demográficas, estructurales y sociopsicologicas) y variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios percibidos y barreras). Además de agregar un cuarto componente que seria la autoeficacia.

Para el presente estudio se consideraría el MCS en los siguientes aspectos: percepciones individuales (susceptibilidad y severidad), factores, modificadores (edad, sexo y ocupación) variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios, barreras y autoeficacia).

- Susceptibilidad. Esta varía ampliamente entre los individuos y se refiere a los riesgos subjetivos de contraer una enfermedad o de perder la salud.
- Severidad. Las comunicaciones concernientes a un problema de salud dado puede variar de persona a persona.

El grado de severidad puede ser juzgado por las dificultades que les traerá determinada condición de salud.

- Beneficios percibidos. La aceptación de la susceptibilidad propia a una enfermedad que se cree sana, ha probado ser una fuerza para llevar a la acción. Esta es influenciada por creencias que se refieren a efectividad de las acciones para reducir la amenaza de la enfermedad.
- Barreras percibidas. Son las creencias que tiene la persona acerca de que las acciones que hará para reducir la amenaza de enfermedad pueden ser inconvenientes, caras, poco placenteras, molestas y dolorosas.
- Autoeficacia. Se refiere a las creencias del individuo acerca de la capacidad que tiene de emprender acciones para reducir la amenaza de enfermedad de manera exitosa.

Los estilos de vida son una área del conocimiento que los investigadores en salud pública de nuestro país están estudiando a la luz de diversos enfoques culturales y epidemiológicos.

Lozano y Escamilla (1990) han estudiado la mortalidad por cardiopatía isquémica de 1950 a 1985 encontrando efectos de esta en la edad y una sobre mortalidad masculina en todos los grupos de edad; además de desigualdades por región. El Norte tiene un exceso de riesgo a morir 2.5 más en relación al Sur del país y sube a 3.0 en adultos de más de 60 años.

Los resultados sugieren que el incremento de mortalidad y las desigualdades de riesgo a morir, son reales. Por lo que se asocia este comportamiento de mortalidad a un incremento en la incidencia secundaria a una mayor exposición a factores de riesgo primarios y modificables como tabaquismo, colesterol sanguíneo e hipertensión arterial.

Las desigualdades en la mortalidad a medida que avanza el tiempo se denomina polarización epidemiológica y ha sido documentada en México para otros padecimientos por Bobadilla y Frenk (1990). La polarización sintetiza un proceso de inequidad que se expresa tanto en exposición a factores de riesgo como en la disposición y sobre todo la utilización de los servicios de salud por la población.

Otro estudio relacionado al cáncer en la mujer mexicana realizado en 1987 por Cisneros y Espinoza nos habla que la mujer en todas las edades es la más afectada con una relación de 1.4: 1 con respecto al varón, y sus tipos son cuello de útero (6.22), estómago (4.60), mama (3.50), cuerpo de útero (3.50), leucemias y

linfomas (3.20), pulmón, tráquea y brónquios (2.60) por 100 mujeres. Además de que la mujer postmenopáusica tiene mayor riesgo a morir.

Los factores que se han asociado a esta frecuencia van desde la higiene, el consumo de dietas altas en grasas, el sobrepeso, la hipertensión arterial hasta el uso de cosméticos y maquillaje. Todos estos elementos hablan de estilos de vida riesgosos para la salud. A continuación se explicitan las conductas que se estudiaran.

- a). **TABAQUISMO.** El tabaquismo es considerado como un factor asociado a numerosos problemas de salud crónicos, cáncer pulmonar como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer pulmonar, cardiopatía isquémica y úlceras gástricas, así como muerte fetal y neonatal según el Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos de América (1990). El tabaquismo es el estilo de vida que más se ha estudiado desde 1960 y se le relaciona en general con la mortalidad global; es tal la influencia letal del tabaco en la salud que cuando la gente deja de fumar sus riesgos de cardiopatía coronaria y cáncer de pulmón disminuyen. Un estudio prospectivo de veinte años realizado en médicos británicos de menores de 65 años de edad que abandonaron este hábito y la mortalidad de 1951 a 1971, se encontró una disminución de la mortalidad general en un 22 por ciento, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón disminuyó en este lapso un 40 por ciento, la cardiopatía coronaria bajó un 23 por ciento según lo reportado por la Dirección General de Sanidad del Reino Unido.

Según la OMS en Suecia a partir de 1975 inició un programa de advertencia sanitaria sobre los efectos en la salud del tabaquismo; como resultado bajó la prevalencia de tabaquismo del 43 al 31 por ciento; en jóvenes de 13 años de edad y bajó del 14 al 5 por ciento en 1980. En Noruega también se adoptaron medidas similares en 1973 la prevalencia en hombres era de 52 por ciento y para 1982 descendió al 40 por ciento. En Norteamérica la proporción de fumadores declinó de un 42 por ciento a 33 por ciento de 1965 a 1980, en muchachos de 17 y 18 años bajó de un 30 por ciento en 1968 a 20 por ciento en 1979. En un estudio realizado por Colditz en Nueva Inglaterra (1988) de 120,000 mujeres vigiladas prospectivamente por ocho años el tabaquismo se asoció de manera firme con el riesgo de Accidente Vascular Cerebral (ACV) trombotico y hemorragia sub-aracnoidea.

En la cohorte de Framingham se relacionó el tabaquismo y la duplicación de riesgos de ACV, las tasas de incidencia bajaron considerablemente en dos años cuando dejaron de fumar y en cinco años volvieron a estar al nivel de no fumadores respecto al riesgo de ACV.

En el estudio realizado por Mercader en Barcelona (1991) se identificó la eficacia del consejo y orientación para dejar de fumar en un 18.2 por ciento. El 70.9 por ciento de los fumadores desean dejar de fumar prácticamente tres de cada cuatro fumadores, este porcentaje es similar en otros estudios realizados en España (Nebot 1990).

Los motivos para dejar de fumar son por su salud, la familia, autosatisfacción, independencia, ejercicio, ahorro y estética en ese orden y representó el 36.36 por ciento de los casos. El 20 por ciento de las personas tomaron conciencia de los beneficios de dejar de fumar.

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1988 (SSA) el 22.8 por ciento consumía tabaco, el 25.8 por ciento había fumado al menos una vez en su vida, pero sin tener el hábito y el 45.4 por ciento manifestó que nunca había consumido tabaco.

En otro estudio realizado por el Colegio de Frontera en México, en 1989 se encontró que la prevalencia de fumadores en población urbana de 12 a 65 años es de 25.8 por ciento. Por sexo los hombres tienen una prevalencia de fumadores de 38.3 por ciento mientras que en mujeres es de 14.4 por ciento. Dentro de la población fumadora el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 18 a 29 años con el 42.4 por ciento. El 48.8 por ciento de la población que fuma a diario consume de 1 a 5 cigarrillos, el 34.4 por ciento es fumador fuerte, es de 6 a 15 cigarrillos y el 16.8 por ciento son dependientes del tabaco al fumar de 16 cigarrillos y más de manera cotidiana.

En la población masculina existe casi el doble de dependientes de tabaco que en la población femenina con 19.5 por ciento y 10.1 por ciento respectivamente. Dentro de los principales motivos de inicio en el hábito de fumar se encontró el 46 por ciento por curiosidad, el 34 por ciento porque los amigos y compañeros lo hacen. En cuanto a las razones para continuar fumando se tiene el 37 por ciento lo hace por costumbre y el 31 por ciento por gusto.

Las actividades en las cuales los fumadores refieren mayor consumo de tabaco son en orden de importancia asistir a reuniones (35.9 por ciento) al terminar de comer (15.3 por ciento) y al trabajar (14.8 por ciento).

Otros datos importantes respecto a los fumadores es que el 65 por ciento de ellos refieren haber intentado fumar menos y el 39.6 por ciento ha intentado dejar de fumar, sin conseguirlo.

La población exfumadora corresponde al 21.6 por ciento de los encuestados de los cuales el 26.9 por ciento es del sexo masculino y 16.8 por ciento del sexo femenino. Las razones para dejar de fumar son por decisión personal el 34.4 por ciento, y por considerar dañino a su salud el 26%. El 75.8 por ciento de los que dejaron de fumar lo hicieron de manera abrupta.

- b). **ALCOHOLISMO.** Algunas personas se sorprenden al ver que otras ponen en práctica estilos de vida autodestructivos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias ilegales. Según Walsh (1991) por algún motivo los individuos con tendencia a volverse dependientes parecen carecer de controles internos y externos necesarios, de tal manera que cuando los golpean o abruman las adversidades recurren a ciertas sustancias para encontrar alivio temporal, sin embargo esta sustancia que produce alivio tiene un efecto contrario (a continuación) y sin embargo produce deseo irresistible de consumirlo.

Walsh (1991) indica que entre 1965 y 1980 la producción comercial total de bebidas alcohólicas, aumentó en casi un 50 por ciento y la producción por persona en algo menos del 15 por ciento.

En un tratado reciente sobre la epidemiología del alcoholismo Mulford (1982) realizó una valoración de la prevalencia del alcoholismo que oscilaba entre 2 por ciento a 50 por ciento de bebedores en Estados Unidos. Esta variabilidad hace necesario utilizar métodos directos e indirectos de medida de alcoholismo como la curva de Lederman y encuestas de hábitos de medida.

La Encuesta Nacional en Estados Unidos (1979) revela que un 70 por ciento de adultos son abstemios y son más las mujeres que los hombres en una relación de 3:1 a 4:1. Sin embargo Wilsnack y Klassen (en 1984) hallaron que el abuso de alcohol y sus consecuencias negativas eran más acusadas entre mujeres jóvenes de 21 a 34 años y se asociaban a depresiones, e historia de problemas de salud ginecobstetrica.

Las personas casadas parecen tener menos problemas con el alcohol que los solteros o divorciados. La ocupación también influye en la predisposición al consumo de alcohol.

La Encuesta Nacional de Adicciones realizada en nuestro país en 1988 arrojó los siguientes datos: en la población masculina de 18 a 65 años beben 6.5 veces más que las mujeres de esa misma edad y en la población de 12 a 17 años el hombre bebe 3.7 veces más que la mujer. El 4.3 por ciento de la población de 18 a 65 años es dependiente del alcohol, en los varones la proporción es de 10.7 por ciento, mientras que en las mujeres es de 0.6 por ciento.

El Distrito Federal es la entidad con mayor proporción de bebedores a nivel nacional (62.7 por ciento) y los estados de Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas presentan el más alto índice de dependientes al alcohol en un 14 por ciento de población masculina especialmente del grupo de 18 a 49 años; mientras Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Veracruz presentaron un 9 por ciento de dependencia alcohólica.

Según el Colegio de la Frontera en la Encuesta Nacional realizada en 1989 en área urbana se encontró que en la población de 18 a 65 años el 53.5 por ciento de los hombres se embriagan cuando menos una vez por mes, y en las mujeres el porcentaje es inferior al 1 por ciento. Las bebidas de mayor consumo son la cerveza en 80 por ciento. El 5.9 por ciento del total de la población urbana en esa edad es dependiente del alcohol; para los hombres es de 12.5 por ciento y las mujeres 0.6 por ciento, en cuanto la edad, en hombres la mayor prevalencia de dependientes es de 18 a 29 años y en relación a la escolaridad, a medida que este disminuye, aumenta el índice de dependientes al alcohol, así la población con menos de 6 años de escolaridad la prevalencia es de 6.7 por ciento, mientras que los que tienen 13 años o más de escolaridad se observa una prevalencia de 2.8 por ciento.

Del total de bebedores y exbebedores el 16 por ciento se vió involucrado en accidentes o violencias por lo menos una vez a causa de la bebida, el 14.9 por ciento reportó haber tenido problemas con su familia, y el 12.4 por ciento ha tenido problemas de salud.

Del total de bebedores el 35.8 por ciento tuvo problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

- c). **EJERCICIO.** Existe suficiente evidencia (Pender 1990) de que la inactividad física esta relacionada con el deterioro fisiológico y la enfermedad. Según Sperryn (1983) existe poca claridad que ciertos niveles de buen estado físico o de participación atlética otorguen beneficios específicos en términos de longevidad. La actividad física es benéfica para la salud en general y aunque no garantiza necesariamente al individuo una vida más larga puede mejorar la calidad de su vida y mejorar su estado físico, el cual se deteriora por la edad y la inactividad.

La buena condición física requiere participación sistemática automotivada en el ejercicio que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida. Según Winterton (1991) las tasa de arteriopatía coronaria se han incrementado de manera alarmante en los últimos decenios. En Estados Unidos la tasa anual de defunciones por enfermedad cardiovascular ha sido cercana a un millón durante cada uno de los últimos diez años.

Las pruebas obtenidas de los estudios epidemiológicos a largo plazo como el de Framingham (1983) ponen de manifiesto un enlace entre las características biológicas y los estilos de vida en la patogénesis de la enfermedad. Las personas no pueden cambiar las características biológicas pero si pueden modificar sus estilos de vida como el sedentarismo y la obesidad.

Según Blackburn (1983) la inactividad física se le ha relacionado con cardiopatía y accidente cerebrovascular, se sabe que el ejercicio puede tener un efecto adecuado sobre disminuir la presión arterial, mejorar la tolerancia a la glucosa y corrección de las fracciones de colesterol, factores de riesgo de estas enfermedades.

En un estudio realizado en el lugar de trabajo de empleados norteamericanos en edad de 20 a 65 años por Pender (1990) encontró que al aplicar el programa promotor de salud para realizar el ejercicio físico este disminuyó durante los tres meses del desarrollo del programa a pesar del fácil acceso a las instalaciones de acondicionamiento físico dentro del lugar de trabajo. Esta situación enfatiza la necesidad crítica de conocer que elementos motivan a iniciar y mantener una conducta saludable.

En jóvenes norteamericanos de 17 a 20 años se realizó una encuesta de estilos de vida por Kulbok (1988) y encontró que un 39 por ciento de ellos hacían deporte y que los muchachos tienen mayor conducta de acondicionamiento

físico que las muchachas, mientras que ellas reportan hábitos dietéticos mejores que los muchachos.

Los individuos de ambos sexos y en todas las edades pueden mejorar sus funciones cardíacas, respiratorias y musculares, al practicar actividad física en forma regular. El nivel óptimo de ejercicio según Sperryn (1983) es de aproximadamente tres sesiones de 20 minutos cada uno; sin embargo la American College of Sports Medicine (ACSM) recomienda ejercicios dinámicos continuos o discontinuos durante 15 a 20 minutos para empezar hasta llegar a 60 minutos, con tres frecuencias a cinco por semana para considerarlo óptimo.

En México se reconoce en el Plan Nacional de Desarrollo (1990-1994) la necesidad de reforzar las prácticas de deporte y ejercicio físico por considerarse estilos de vida sanos y para estimular el desarrollo integral de los jóvenes.

Según la OMS (1986) el ejercicio y el deporte, la nutrición y la autoresponsabilidad son los tres elementos básicos del modo de vida sano. El ejercicio comprende desde la marcha a pie hasta cualquier actividad recreativa y tiene influencia directa en la salud. El ejercicio físico entre sus beneficios se reportó: impide el deterioro físico, permite desarrollar actividades físicas sin fatiga excesiva, quema la grasa y la transforma en energía, fortalece el sistema muscular y óseo, y mejora la coordinación, la falta de actividad significa que el consumo de energía puede ser inferior a la ingesta calórica con lo que el excedente conduce a la obesidad. Así pues el ejercicio ayuda a mantener el equilibrio calórico y a evitar el exceso de peso y fatiga.

#### **d). OBESIDAD.**

La obesidad es una de las enfermedades nutricionales más importantes en los países desarrollados. La prevalencia de obesidad en la población general es del 15 al 30 por ciento. Hasta los 40 años el porcentaje de obesos es similar en los dos sexos, pero a partir de esta edad es más alta en mujeres (de 41 a 60 años) según lo reportado por Trilla Soler (1989). La obesidad ha sido declarada por la OMS (1986) como factor de riesgo en la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

En un estudio de prevalencia de obesidad realizada por Granollers en España (1991) encontró una prevalencia de 58.8 por ciento de obesidad considerando el índice de

masa corporal (IMC) siendo más alta en mujeres de 40 a 65 años.

La Encuesta Nacional de Nutrición señalada en el Programa Nacional de Salud realizada en México en 1988 señala que el 14.6 por ciento de las mujeres en edad fértil (15-45 años) presentan sobrepeso lo que equivale a más de tres millones de mujeres en esta edad que padecen este problema. La región con más alta incidencia es la del norte con 18.3 por ciento y la más baja es la zona centro con 13.0 por ciento.

En los estados de la frontera norte las defunciones por enfermedad isquémica de corazón, cerebrovasculares e hipertensivas del total de muertes ocurridas en 1983 según datos de la SSA es muy alta para Nuevo León fue de 17.0, la de Tamaulipas y Baja California Norte 15.0, Sonora 14.8, Coahuila 13.9 y Chihuahua 12.4 (por ciento), si se compara con la nacional que fue de 9.2 se puede ratificar la relación de que ciertos estilos de vida como alimentación, sobrepeso, tabaquismo e inactividad física, aumentan este tipo de problema, y que estas conductas son más frecuentes en esta zona geográfica.

El impacto de la obesidad en la salud según datos epidemiológicos de la fundación Kellogg's (1992) demuestran la asociación clara entre obesidad y diversos factores de riesgo que conllevan al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión (arriba 160/95) en algunas poblaciones de América Latina es aproximadamente el triple en el obeso que en el no obeso, siendo esto más alto en adulto joven. La hipercolesterolemia (superior a 250 mg/dl) en el adulto joven con obesidad es el doble que en el no obeso. Estudios de intervención en hipertensión y en hipercolesterolemia han demostrado que estos se mejoran con solo reducir el peso. En relación a la diabetes tipo II la prevalencia es tres veces más alta en obesos que en no obesos, y también se conoce que esta enfermedad mejora con la sola reducción de peso. Algunos tipos de cáncer son más alto en obesos que en no obesos; en varones obesos la mortalidad es más alta en cáncer colon, recto y próstata y en mujeres obesas es más alta en mama, útero y ovarios.

La obesidad consiste en la acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo del organismo (Vanitalle 1992).

En la mayoría de los casos se desarrolla de forma lenta como consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y el gasto de energía. Tradicionalmente un sujeto que pesa 20 por ciento más del punto medio del intervalo del peso

deseable para individuos de complejión media es considerado obeso. Siguiendo esta misma línea cuando el sobrepeso es 40 por ciento o más se considera obesidad severa y cuando sobrepasa en 100 por ciento se considera obesidad mórbida.

En la actualidad se esta usando extensamente para evaluar la severidad de obesidad el llamado índice de masa Corporal (IMC) propuesto por Waterlow (1991). Este índice consiste en relacionar el peso del individuo en kilogramos con el cuadrado de su estatura en metros.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

En general se considera como obesidad tanto en hombres como en mujeres cuando el IMC es mayor de 27.5 y cuando el IMC es igual o mayor a 31.5 la obesidad se considera como severa.

El patrón de distribución de grasa corporal es un predictor muy importante del riesgo que la obesidad representa a la salud. (Vanitallie 1992). La obesidad concentrada en la parte superior del cuerpo (obesidad androide) esta asociada con un riesgo mayor de adquirir enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes, hiperlipedemia y accidente cardiovascular. Por otra parte la obesidad que se concentra en la parte inferior del cuerpo (obesidad ginecoide) la asociación con las enfermedades antes mencionadas es menor.

El problema de la obesidad esta asociada con las formas de vida, la cantidad de alimentos consumidos así como la selección de ellos son la base del problema. La Terapéutica de la obesidad se basa en la Teoría de modificar las conductas para obtener éxito (Vanitallie 1992) otras Terapéuticas como la de omitir grasas, hidratos de carbono, proteínas, o de eliminar un alimento al día por suplementos no son la respuesta al problema el compromiso a largo plazo.

- ) **SERVICIOS DE SALUD Y SU UTILIZACIÓN.** Los servicios de salud en México se iniciaron legalmente en 1836 con la sexta ley constitucional y con su código sanitario en 1891 a partir de la cual el gobierno organiza las tareas de salubridad para todo el país (Soberón 1988). En los últimos años el Estado ha establecido diversos programas para conformar un Sistema Nacional de Salud que garantice una mejoría cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, reforzar la capacidad operativa y de gestoría de los servicios con la planeación global del País.

Los servicios de salud en México ofrecen tres grandes grupos de acciones que son: de salud pública que implica: servicios de promoción de la salud, de fomento de estilos de vida, prevención de enfermedades, atención al medio ambiente y vigilancia sanitaria. Otro grupo de acciones son atención médica curativa que implica: atención médica de primero, segundo y tercer nivel. Y por último acciones de asistencia social que incluye servicios a grupos de ancianos, niños abandonados y a familias desintegradas (Programa Nacional de Salud 1990-1994). Estos servicios se ofrecen a través de la Secretaría de Salud, la seguridad social y la medicina privada.

Los servicios de salud orientados a la Prevención de la Salud constituyen la modalidad rectora para reformular las actividades del sector en sus niveles de atención. La promoción de la salud tiene verdadera importancia, dado que las condiciones de salud se encuentran relacionadas con factores de riesgo ligados a comportamientos individuales, y grupales por lo que el sector salud debe emprender acciones contra consumo de tabaco, alcohol, dietas inadecuadas, sedentarismo, sustancias nocivas y conductas violentas (OPS-OMS 1992).

Los servicios de salud orientados a la prevención de enfermedades, constituye el eje de lo que se conoce como Programas de Salud, que se orientan por problema a controlar, por grupo de edad (atención del niño, adolescente, adulto, anciano) por sexo (atención a la madre), insentado al proceso productivo (salud de trabajador), o por categoría de enfermedad (tuberculosis, salud mental). De acuerdo con la extensión, severidad, trascendencia del problema y la prioridad que se asigne así como la disponibilidad de tecnología adecuada se pueden organizar conjuntos de normas, y procedimientos técnicos que le dan configuración a los programas de salud.

Los servicios de salud son una prestación social de los trabajadores y una obligación jurídica del estado a partir de 1984 cuando se eleva la protección de la salud a derecho constitucional (Soberón 1988) de tal manera que nuestra País reconoce tener una cobertura de servicios de salud del 87 por ciento de mexicanos de los cuales el 49 por ciento está bajo el régimen de la seguridad social, el 33 por ciento es población abierta que atiende la Secretaría de Salud y el 5 por ciento es atendido por la medicina privada, se señala que existen diez millones de mexicanos sin servicios permanentes de salud para 1988 (Soberón 1988).

La utilización de los servicios de salud y el porque la gente los utiliza, pretenden buscar información que sirva como base para formular e implementar políticas públicas en el área de salud a fin de mejorar la calidad (Rosenstock 1966).

Se han encontrado algunos patrones de utilización de servicios preventivos y de detección que permite algunas generalizaciones acerca de asociaciones de características personales y el uso de servicios por lo que en general son utilizados más por individuos más jóvenes o de edad media, por mujeres, por los que están mejor educados o que tienen mayor salario (Rosenstock 1966).

Una revisión de datos en la utilización de servicios diagnósticos y tratamiento dados por el médico y dentista, sugieren patrones similares, en general los usan más las mujeres que los hombres y los de grupos sociales altos.

La conducta de salud es cualquier actividad realizada por una persona que se considera saludable a si mismo con el propósito de prevenir enfermedades o de detectar una enfermedad; de tal manera que es necesario tener una explicación de lo que motiva a las personas el tener acciones de salud. La investigación sociológica muestra que la toma de decisiones en salud es mejor realizada por un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de etapas. Los eventos que ocurren en cualquiera de estas etapas influyen seis elecciones. Un modelo específico para toma de decisiones personales de salud es el de creencias de salud desarrolladas por Rosenstock en 1966 que ha sido utilizado en algunas etapas para analizar el porqué la gente utiliza los servicios de salud. El modelo utilizado para este propósito se refuerza en las siguientes premisas:

- . El individuo esta lista psicológicamente para tomar acciones relativas a su condición de salud la disponibilidad de actuar esta en función de si se siente susceptible a tal condición.
- . Las creencias individuales de que las acciones promocionales y preventivas reducen la susceptibilidad percibida, severidad y que no existan barreras que listen las acciones de salud.
- . Una señal o estímulo que sirva para disparar la acción como los beneficios percibidos que tendrá el utilizar los servicios de salud y la consideración

de que sería autoeficaz al seguir indicaciones preventivas y promocionales.

#### **Capítulo IV.**

#### **4. HIPOTESIS**

- Hi1 La observancia de los cuatro estilos de vida saludables están asociados con el uso de servicios de promoción y prevención en adultos de ambos sexos de 18 a 59 años.
- Hi2 El no fumar se relaciona con el uso de servicios de promoción y de prevención.
- Hi3 El no consumir bebidas alcohólicas tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Hi4 El realizar ejercicio como estilo de vida saludable tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Hi5 El no tener sobrepeso se asocia con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Ho1 La no observancia de los cuatro estilos de vida saludables no están asociados con el uso de servicios de promoción y prevención, en adultos de ambos sexos de 18 a 59 años.
- Ho2 El fumar no tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Ho3 El consumir bebidas alcohólicas no tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Ho4 El sedentarismo como estilo de vida no esta asociado con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Ho5 La obesidad no esta asociada con el uso de servicios de promoción y prevención.

#### **Capítulo V.**

#### **5. MATERIAL Y METODOS**

El estudio se llevó a cabo en la comunidad sub-urbana de San Miguel del Municipio de Guadalupe, Nuevo León.

##### **5.1 Metodología**

De acuerdo al problema de investigación las hipótesis y

los objetivos planteados el estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y de colorte transversal (Rojas Soriano, 1991).

Este método permitió describir Los Estilos de Vida Saludables (no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, realizar ejercicio y mantener un peso normal) para luego obtener el perfil de estos cuatro estilos de vida en la población de 18 a 59 años. De igualmanera permitió conocer el uso de los servicios de salud de promoción y de prevención para finalmente correlacionar la variable independiente con la dependiente y saber si existía entre ellas significancia.

Los datos fueron procesados por computadora obteniéndose primero frecuencias y proporciones para caracterizar la población de estudio en sus componentes socio-demográficos, de estilos de vida y el uso de los servicios de salud.

Para el manejo estadístico de la información se aplicó el paquete estadístico S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences) el análisis de la información fue realizado a través de las pruebas estadísticas de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para conocer si las variables eran iguales o diferentes a lo esperado teóricamente. Se utilizó también la V de Cramer para identificar el grado de asociación de las variables nominales y la covariancia para conocerla variación explicada de estas variables.

## 5.2 Sujetos

La unidad de estudio fueron los adultos de 18 a 59 años de edad de ambos sexos, que residían en la colonia San Miguel de Guadalupe, Nuevo León. Esta colonia está formada por 34 manzanas, con 567 viviendas habitadas y 2,835 habitantes, el indicador que existe en esta comunidad es de 2.2 adultos de 18 a 59 años por cada vivienda habitada, este dato nos permitió conocer el universo que fue de 1,248 adultos en este grupo de edad.

El tipo de muestreo que se utilizó fue probabilístico, aleatorio, polietapico y por conglomerados (Krejcie 1970). El marco muestral lo constituyeron las manzanas y las viviendas y la unidad de selección fueron los adultos de 18 a 59 años que vivieran en las viviendas seleccionadas aleatoriamente.

La formula utilizada para obtener la muestra fue:

$$S = \frac{X^2(1-P)}{d^2(N-1) + X^2P(1-P)}$$

S = Tamaño de la muestra

$\chi^2$ = Valor de chi cuadrada para un grado de libertad al

nivel de confianza deseada.

N = Tamaño de la población

P = Proporción de la población (se acepta que 0.5 da el máximo tamaño posible).

d = El grado de error aceptado expresado en proporción

Valores reales para el estudio son:

# de manzanas 34

# de viviendas habitadas 567

# de habitantes 2,835

# de habitantes de 15 a 59 años por vivienda 2.2  
(1,248).

Error estandar estimado 5%

$$S = \frac{(3.84) (567) (0.299) (.701)}{(0.05)^2 (567-1) + (3.84) (.299) (.701)} = \frac{456}{1.4 + 0.81}$$

$$= \frac{456}{2.2} = 207$$

**S= 207**

### 5.3 Material

La información que se recolectó se derivó de la operacionalización de las variables de estudio (anexo 1) a partir del cual se diseñó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas previamente precodificado (anexo 2). El cuestionario fue apoyado por su instructivo el cual permitió la conducción más objetiva en la entrevista (anexo 3).

El cuestionario estuvo conformado por tres apartados y 78 preguntas organizadas de la siguiente manera:

- a) Ficha de Identificación. Contiene datos generales de informante como nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, peso y talla.
- b) Estilos de Vida. Se indagaron los cuatro estilos de vida como tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y obesidad.

- c) Usos de Servicios de Salud incluyó datos sobre cobertura de servicios utilización y razones para usar dichos servicios.

La evaluación de las preguntas cerradas fue a través de criterio de dos y tres opciones. Para las preguntas abiertas se elaboraron listados de codificación; el instructivo del cuestionario facilitó el correcto llenado de la encuesta.

El instrumento fue sometido a la prueba piloto para validar su claridad y comprensión así como el tiempo que se requería a fin de calcular el tiempo total del estudio. La prueba piloto fue aplicada en 30 individuos de ambos sexos los datos se tabularon y concentraron lo que permitió hacer unas correcciones y adaptaciones al instrumento así mismo se verificó la muestra.

Los recursos utilizados en el estudio fueron de papelería y material de escritorio, equipo y material de cómputo, pasajes y viáticos, así como recursos humanos (anexo 4).

#### 5.4 Procedimiento.

El estudio se realizó en la población de San Miguel en los adultos de 18 a 59 años de ambos sexos que residían en las viviendas seleccionadas.

De primera intención fue necesario establecer una buena comunicación entre los entrevistadores y los entrevistados a fin de lograr mayor confiabilidad de los datos.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto de la adaptación y corrección del instrumento y de la muestra se entrenaron a tres pasantes de Licenciatura en Enfermería que colaboraron como encuestadores en la aplicación del instrumento.

Se aplicó la encuesta en la muestra seleccionada utilizando un promedio de 20 minutos por cuestionario; fue interesante observar la positiva participación de las personas que intervinieron en el estudio. En algunos casos hubo necesidad de visitar el hogar hasta en tres ocasiones a fin de localizar al entrevistado.

Las encuestas fueron revisada diariamente en su llenado y que estuviesen completas. El levantamiento de datos fue durante una semana.

Se elaboró el programa de la captura de datos (anexo 5) para posteriormente usar el S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences). Se capturaron los datos en la microcomputadora.

Se elaboraron listados de frecuencias de las variables así como sus proporciones. De igual manera se elaboraron los cuadros de cruces de variables.

Se aplicaron los estadísticos de chi cuadrada, la V de Cramer prueba de asociación de variables nominales así como la covariancia.

Se procedió al análisis e interpretación de los resultados a la luz de los estadísticos y de la teoría. Se procedió a la discusión, conclusiones y recomendaciones. Se elaboró el informe final del estudio.

### 5.5 Implicaciones Eticas

Para llevar a cabo el estudio se solicitó autorización del Director del Programa de Salud Guadalupe y del Centro DIF Nuevo San Miguel, ya que la comunidad donde se realizó la investigación es del área de influencia del Programa de Salud Universitario. Se solicitó la participación voluntaria de cada uno de los informantes explicando en forma detallada los objetivos y razones del estudio, de igual forma se les garantizó la confidencialidad de la información que se nos proporcionó, se respetó la decisión de las personas que no desearan participar en el estudio.

Los resultados del estudio se entregarán al Centro DIF Nuevo San Miguel a fin de que pueda ser utilizados en sus programas de promoción de la salud.

## CAPITULO VI.

### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados se presentan en el orden con que fue obtenida la información de cada una de las variables del estudio. En primer término se describen los aspectos sociodemográficos y de los cuatro estilos de vida que permitan caracterizar la comunidad estudiada; estos datos se presentan en frecuencias y proporciones.

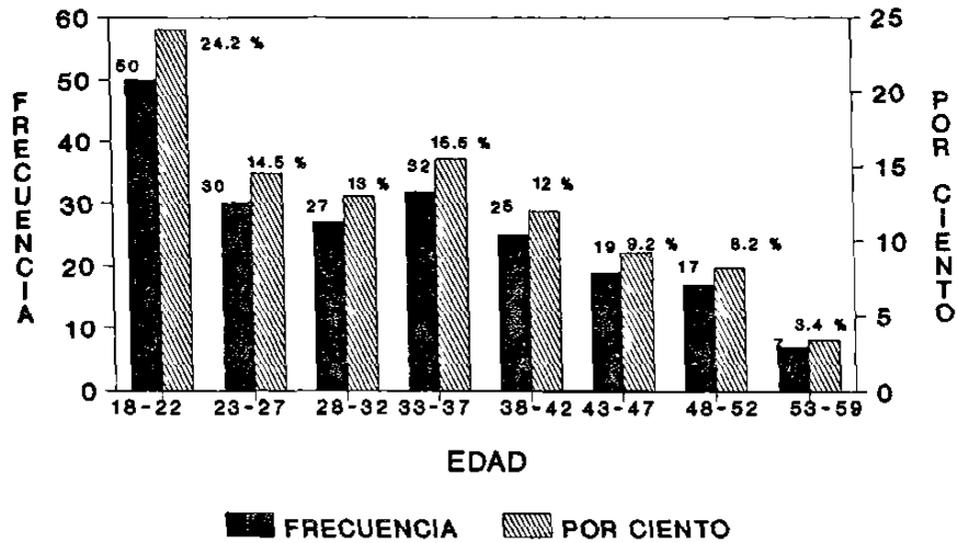
Enseguida de esta información se muestran los resultados donde se correlacionan las variables del estudio, se indican los estadísticos obtenidos, que fueron la  $\chi^2$  cuadrada, la  $V$  de Cramer y la Covariancia.

Por último, se interpretan los datos obtenidos a la luz de las hipótesis propuestas.

#### 6.1 Descripción de resultados.

A continuación se presentan 16 figuras con datos que caracterizan a la población estudiada de San Miguel, Guadalupe, Nuevo León.

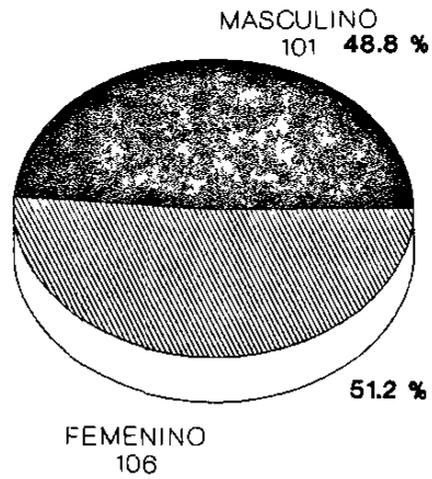
**FIGURA 1**  
**POBLACION POR GRUPOS DE EDAD**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



FUENTE: DIRECTA.

En relación a las características se puede observar que el 51.7 por ciento de la población está entre los 18 y 32 años, y el 3.4 por ciento de 53 a 59 años.

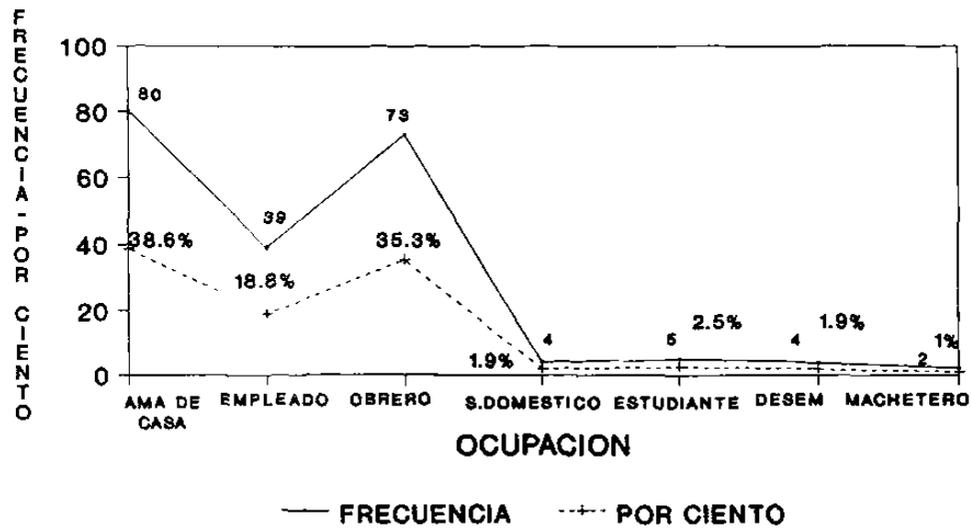
**FIGURA 2**  
**POBLACION POR SEXO EN SAN MIGUEL**  
**GUADALUPE, N.L. 1993.**



**FUENTE: DIRECTA.**

De acuerdo a la característica de sexo de la población, el 51.2 por ciento corresponde al sexo femenino y el 48.8 por ciento al masculino.

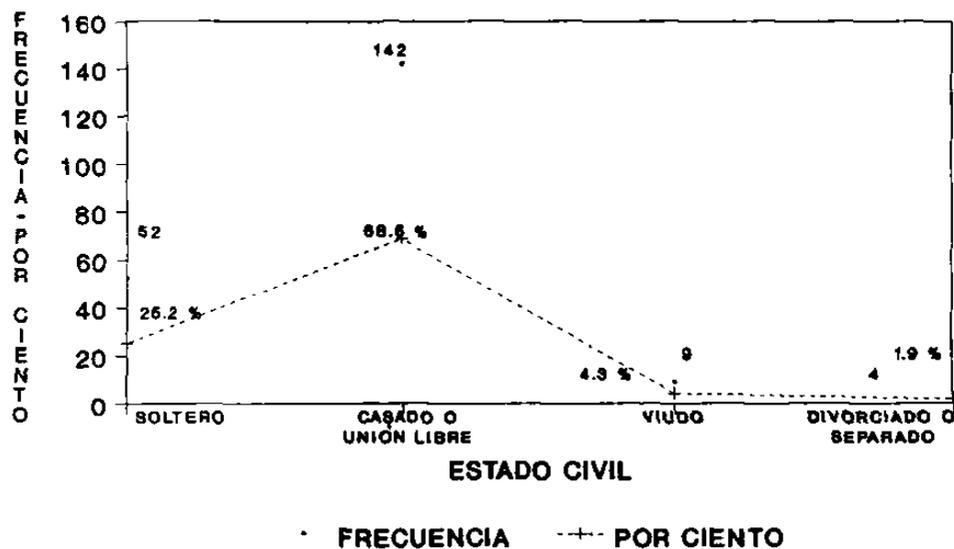
**FIGURA 3**  
**OCUPACION DE LA POBLACION SAN MIGUEL**  
**GUADALUPE, N.L. 1993**



DESEM•DESEMPLEADO  
 S.DOMESTICO• SERVICIO DOMESTICO  
 FUENTE: DIRECTA.

Considerando la ocupación, el 35.3 por ciento trabaja como obrero, el 38.6 por ciento son amas de casa, el 18.8 son empleados, el 2.5 por ciento estudian, el 1.9 se dedican laboralmente al servicio doméstico, el 1.9 están desempleados y el 1.0 son macheteros.

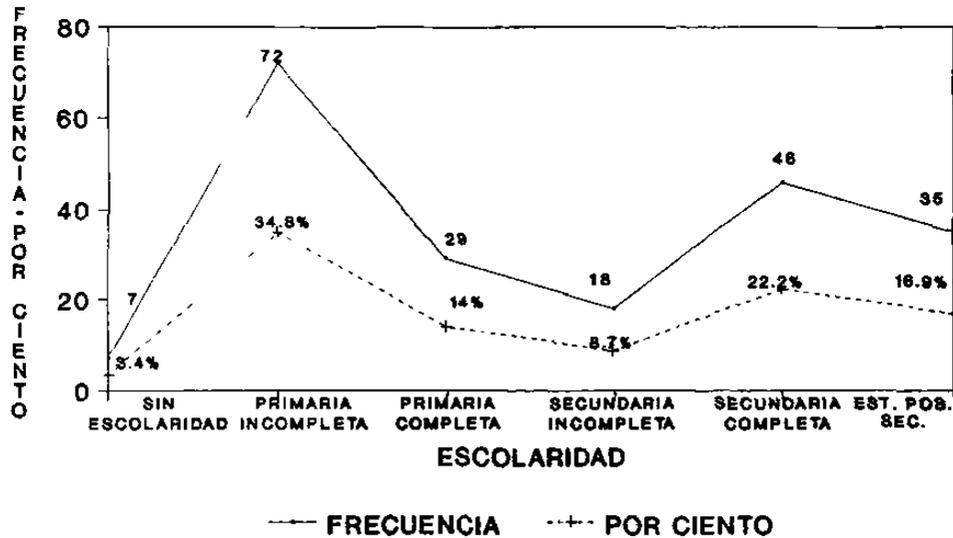
**FIGURA 4**  
**ESTADO CIVIL DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



FUENTE: DIRECTA.

En relación al estado civil, el 68.6 por ciento está casado o vive en unión libre, el 25.2 por ciento está soltero, el 4.3 por ciento viudo y un 1.9 está divorciado o separado.

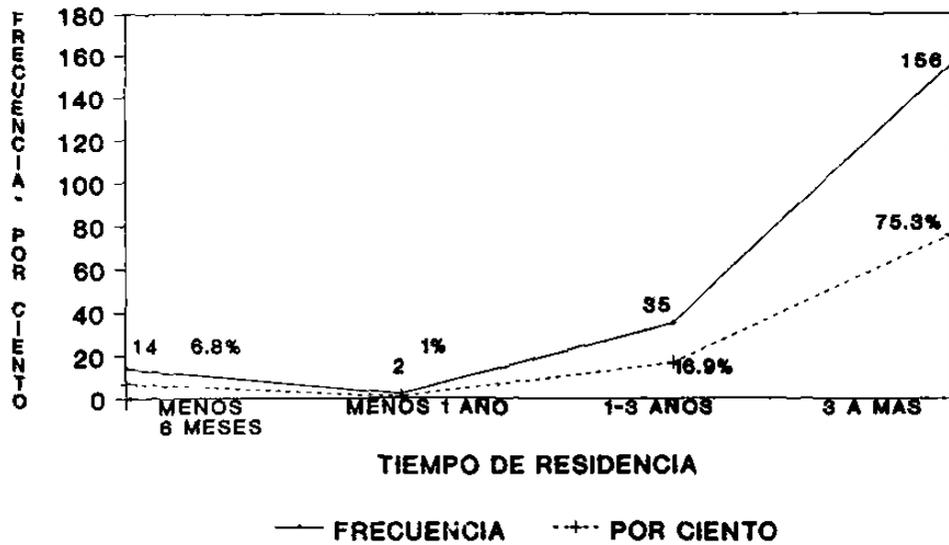
**FIGURA 5**  
**ESCOLARIDAD DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



EST. POS SEC.- ESTUDIO POS SECUNDARIA  
 FUENTE: DIRECTA.

En relación a las características de escolaridad, el 38.2 por ciento tienen primaria incompleta o están sin escolaridad, el 14.0 por ciento completaron sus estudios de primaria, el 22.2 por ciento completaron el ciclo secundario, el 8.7 por ciento tienen secundaria incompleta y el 16.9 realizó estudios postsecundarios.

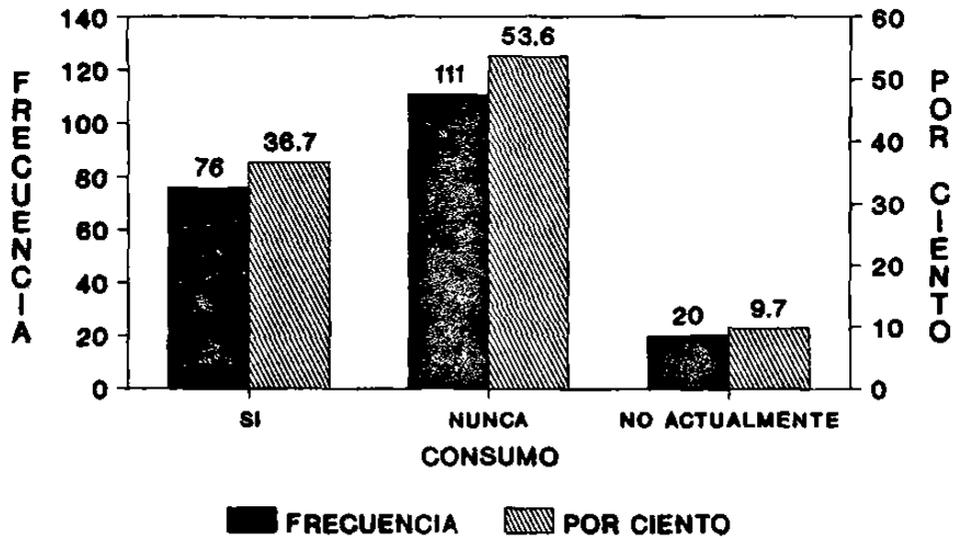
**FIGURA 6**  
**TIEMPO DE RESIDENCIA DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**



FUENTE: DIRECTA.

La población de estudio que tiene más de 3 años de vivir en San Miguel es el 75.3 por ciento, el 16.9 por ciento tiene de 1 a 3 años de residencia, el 1.0 por ciento menos de un año y el 6.8 menos de seis meses de vivir en la localidad.

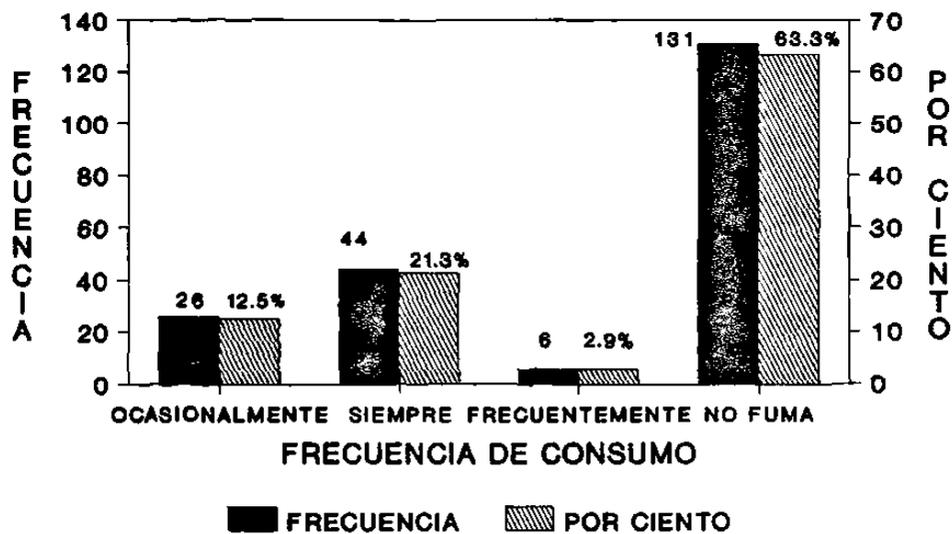
**FIGURA 7**  
**CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



**FUENTE: DIRECTA.**

En relación al estilo de vida de tabaquismo, se encontró que el 53.6 por ciento nunca ha fumado, el 9.7 por ciento no fuma actualmente y el 36.7 por ciento reconoce que fuma.

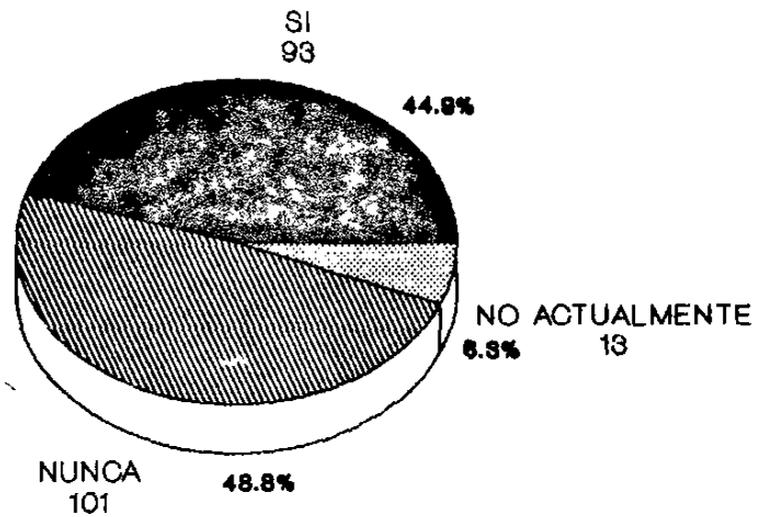
**FIGURA 8**  
**FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA**  
**POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE N.L. 1993**



FUENTE: DIRECTA.

Considerando la frecuencia en el consumo de tabaco, el 21.3 por ciento siempre fuma, el 2.9 reconoce fumar frecuentemente y el 12.5 por ciento lo hace ocasionalmente. Un 63.3 por ciento no fuma.

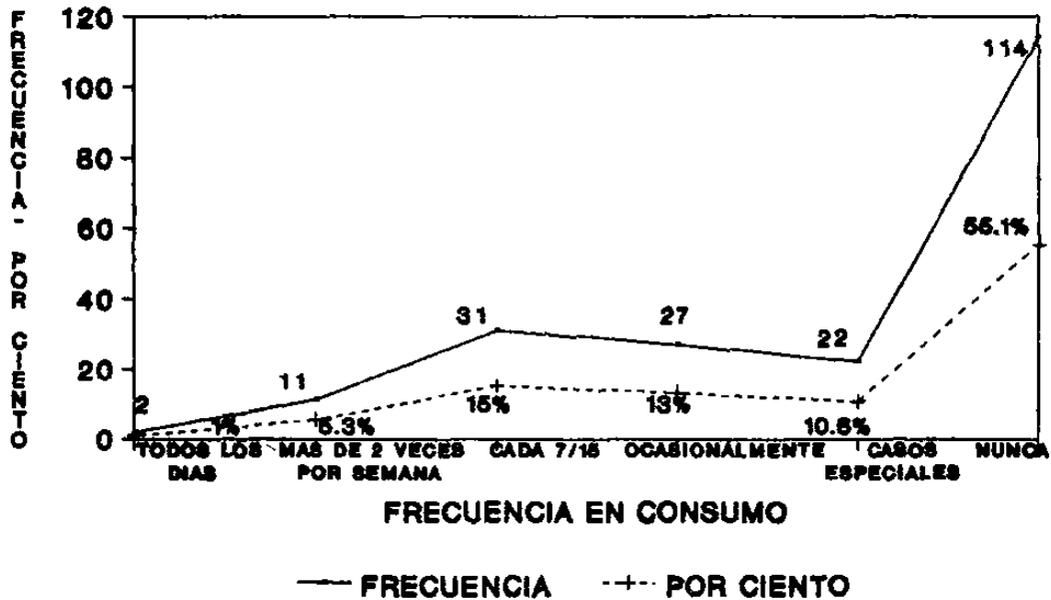
**FIGURA 9**  
**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LA**  
**POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE N.L. 1993**



**FUENTE: DIRECTA.**

En el estilo de vida de consumo de bebidas alcohólicas, el 48.8 por ciento nunca a consumido alcohol, el 44.9 por ciento sí consume y el 6.3 por ciento no consume actualmente.

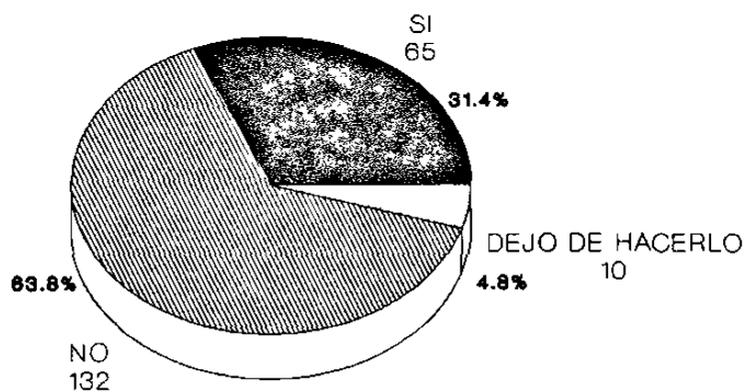
**FIGURA 10**  
**FRECUENCIA EN CONSUMO DE BEBIDAS**  
**ALCOHOLICAS EN POBLACION SAN MIGUEL GPE.**



FUENTE: DIRECTA.

En cuanto a la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas que tiene la población de San Miguel, el 1.0 por ciento bebe todos los días, el 5.3 por ciento bebe más de dos veces por semana, el 15.0 por ciento lo hace cada siete o quince días, el 13.0 por ciento bebe ocasionalmente, el 10.6 por ciento en casos muy especiales, mientras que el 55.1 por ciento nunca ha consumido bebidas alcohólicas.

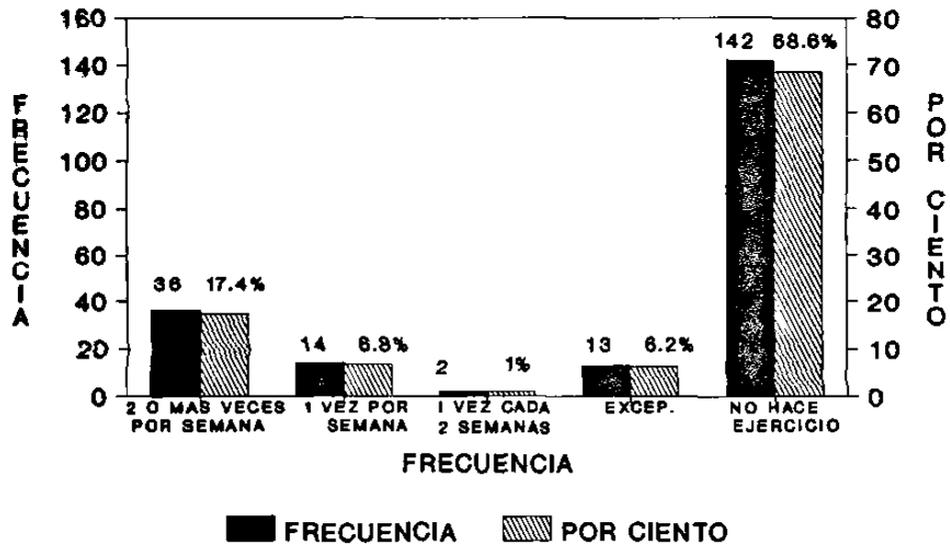
**FIGURA 11**  
**REALIZACION DE EJERCICIO EN LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**



FUENTE: DIRECTA.

En cuanto a la realización de ejercicio, la población respondió de la siguiente manera: un 63.8 por ciento no lo realizó, el 31.4 por ciento aceptó sí practicarlo y un 4.8 por ciento mencionó que dejó de hacerlo.

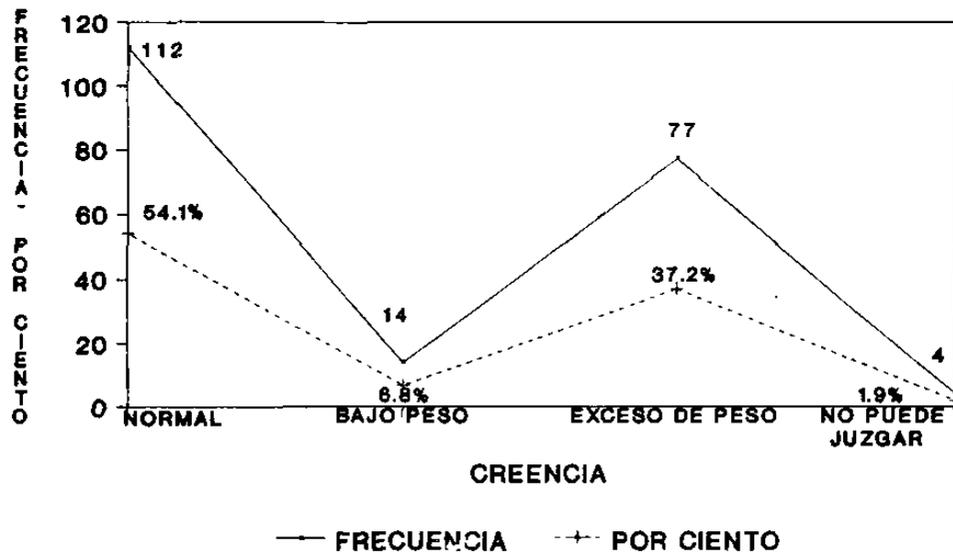
**FIGURA 12**  
**FRECUENCIA EN LA RELIZACION DE EJERCICIO**  
**DE LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE N.L**



EXCEP. • EXCEPCIONALMENTE  
 FUENTE: DIRECTA.

Según frecuencia con que realizó ejercicio, el 17.4 por ciento lo realizó 2 o más veces por semana, el 6.8 por ciento lo practica una vea por semana, el 6.2 por ciento, excepcionalmente lo realiza, el 1.0 por ciento una vez cada dos semanas. El 68.6 por ciento no hace ejercicio.

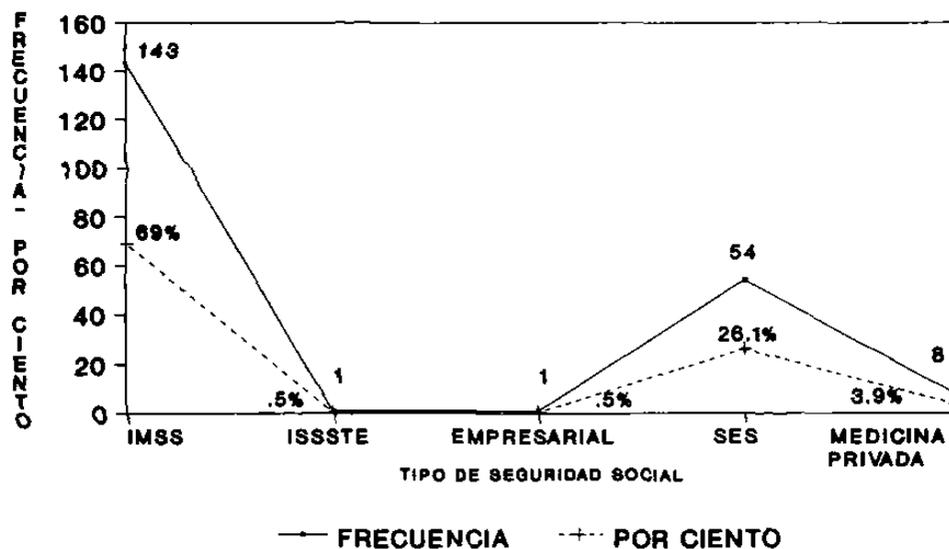
**FIGURA 13**  
**CREENCIA PERSONAL SOBRE EL PESO DE LA**  
**POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L 1993**



FUENTE: DIRECTA.

En relación a cómo consideran su peso, el 54.1 por ciento cree que está normal, el 37.2 por ciento considera tiene exceso de peso, el 6.8 por ciento opina está bajo de peso y el 1.9 por ciento no puede juzgar.

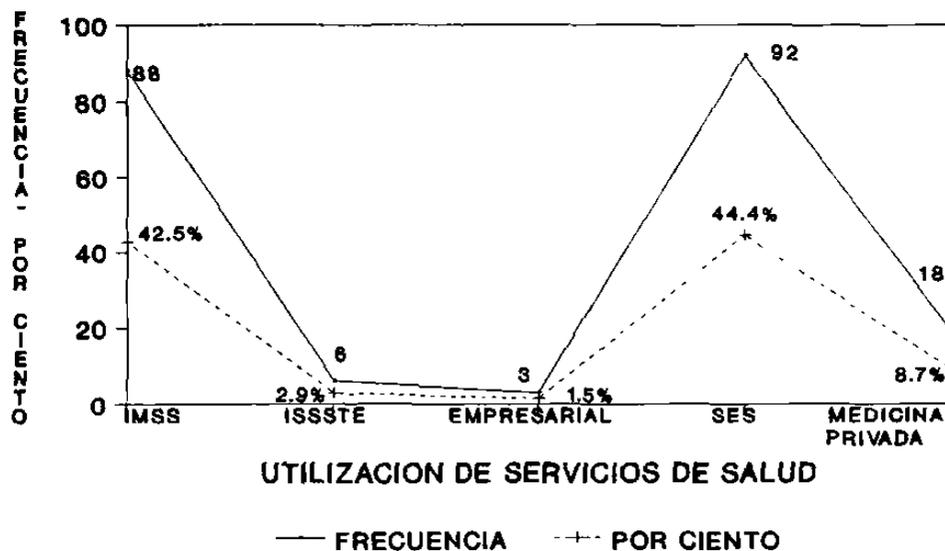
**FIGURA 14**  
**TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**



FUENTE: DIRECTA.

En cuanto al tipo de seguridad social, se encontró que el 69.0 por ciento tiene cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social, un 26.1 por ciento de población abierta que cubre la Subsecretaría de Salud, un 3.9 por ciento tiene servicios de medicina privada. El .5 por ciento el ISSSTE y el .5 por ciento seguro empresarial.

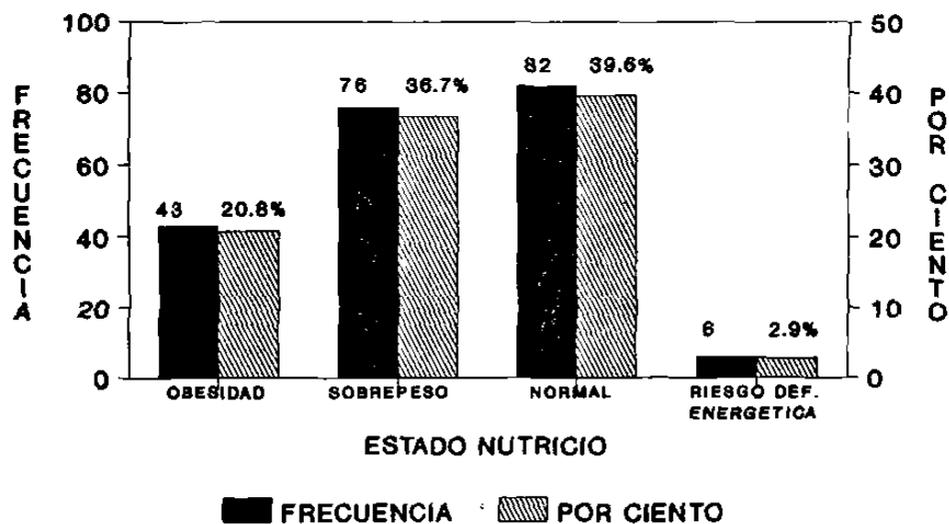
**FIGURA 15**  
**SERVICIOS DE SALUD QUE UTILIZAN CON MAS**  
**FRECUENCIA EN POBLACION SAN MIGUEL GPE.**



FUENTE: DIRECTA.

En cuanto a los servicios de salud que utiliza con más frecuencia la población de San Miguel, se encontró que el 42.5 por ciento utiliza el IMSS, el 2.9 por ciento utiliza el ISSSTE, el 1.5 por ciento el empresarial y el 8.7 por ciento el privado, mientras que el 44.4 por ciento utiliza la S.E.S.

**FIGURA 16**  
**ESTADO NUTRICIO DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



DEF. • DEFICIENCIA  
 FUENTE: DIRECTA.

En relación al estado nutricio de la población encuestada, encontramos que el 39.6 por ciento posee peso normal, el 36.7 por ciento tiene sobrepeso, un 20.8 por ciento tiene obesidad y un 2.9 por ciento tiene riesgo de deficiencia energética.

## 6.2. Análisis estadístico.

En este apartado se muestran 46 cuadros de correlación de las variables estudiadas que permiten orientar la comprobación de las hipótesis.

## CUADRO 1

**TABAQUISMO E INSTITUCION DE SALUD A LA QUE PERTENECEN  
LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

SEGURIDAD SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FUMA	47	22.7	1	.5	1	.5	22	10.6	5	2.4	76	36.7
NUNCA HA FUMADO	80	38.6					28	13.5	3	1.4	111	53.6
ACTUALMENTE NO FUMA	18	7.7					4	1.9			20	9.7
TOTAL	143	69.1	1	.5	1	.5	54	26.1	8	3.9	207	100

Fi= Frecuencia

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 7.68$       V. de Cramer= .14  
 $\chi^2 = 15.50$       Covariancia= .02  
 g<sup>2</sup> = 8  
 p<sup>2</sup> = .05

Al relacionar las variables de tabaquismo con tipo de institución de salud a la que pertenecen, se encontró que la chi cuadrada obtenida fue de 7.68 con 8 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado; sin embargo, la P .05, la V. de Cramer fue de .14 con una correlación positiva débil (Levin, 1979) y una variación explicada del 2 por ciento.

Se observa que el 69.1 por ciento de los individuos tienen derecho a la seguridad social, y de ellos el 30.4 por ciento son fumadores activos o que actualmente no practiquan este hábito.

La población abierta de la Secretaría Estatal de Salud es el 26.1 por ciento, y son fumadores activos el 12.5 por ciento.

**CUADRO 2**  
**TABAQUISMO Y UTILIZACION DE SERVICIOS POR INSTITUCION**  
**DE SALUD DE LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

UTILIZACION	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FUMA	31	15.0	4	1.9	1	.5	30	14.5	10	4.8	76	38.7
NUNCA HA FUMADO	48	23.2	1	.5	2	1.0	52	25.1	8	3.9	111	53.6
ACTUALMENTE NO FUMA	9	4.3	1	.5			10	4.8			20	9.7
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FI= Frecuencia

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2_c = 8.25$       V. de Cramer= .15  
 $\chi^2_t = 15.5$       Covariancia= .02  
 gl= 8  
 p> .05

En relación a las variables de tabaquismo y utilización de servicios de salud, encontramos una chi cuadrada de 8.25 con 8 grados de libertad, observando que es igual lo obtenido con lo esperado.

La V de Cramer fue de .15, lo que nos da una correlación positiva débil y una covariancia de .02.

El cuadro muestra que la población utiliza más los servicios de la Secretaría Estatal de Salud con un 44.4 por ciento y después al Instituto Mexicano del Seguro Social con un 42.5 por ciento. Son fumadores activos el 19.3 por ciento en ambas instituciones.

### CUADRO 3

FRECUENCIA DE TABAQUISMO Y TIPO DE INSTITUCION DE SALUD  
CON QUE CUENTA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

TIPO SEGURIDAD SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
OCASIONALMENTE	15	7.2			1	.5	6	2.9	4	1.9	26	12.6
SIEMPRE	28	13.5	1	.5			14	6.8	1	.5	44	21.3
FRECUENTEMENTE	4	1.9					2	1.0			6	2.9
NO FUMA	98	46.4					32	15.5	3	1.4	131	63.3
TOTAL	143	69.1	1	.5	1	.5	54	26.1	8	3.9	207	100

FI= FRECUENCIA  
FUENTE: DIRECTA

$\chi^2$   
 $\chi^2 = 22.87$

$\chi^2$   
 $\chi^2 = 21.02$

gl = 12

p < .05

V. de Cramer = .20  
Covariancia = .04

Al cruzar los items frecuencia del tabaquismo y tipo de institución de salud, obtuvo una chi cuadrada de 22.87 con 12 grados de libertad, lo que significa que fue diferente lo esperado de lo obtenido. Se encontró también una V de Cramer de .20 que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

Al analizar la información se observa que de la población con derecho a la seguridad social que es el 69.1 por ciento, el 15.4 de ellos son grandes fumadores, ya que fuman siempre y frecuentemente. De la población abierta que es el 26.1 por ciento, de ellos el 7.8 también fuman siempre y frecuentemente.

### CUADRO 4

#### FRECUENCIA DE TABAQUISMO CON UTILIZACION MAS FRECUENTE DE INSTITUCIONES DE SALUD EN SAN MIGUEL GUADALUPE,N.L.1993

UTILIZACION FRECUENCIA TABAQUISMO	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
OCASIONALMENTE	10	4.8	3	1.4			8	3.9	5	2.4	26	12.6
SIEMPRE	19	9.2	1	.5	1	.5	19	9.2	4	1.9	44	21.3
FRECUENTEMENTE	2	1.0					3	1.4	1	.5	6	2.9
NO FUMA	57	27.5	2	1.0	2	1.0	62	30	8	3.9	131	63.3
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 14.88$

V.Cramer= 16

$\chi^2_t = 21.02$

Covariancia= .02

gl= 12

$p > .05$

En relación a la frecuencia de tabaquismo y utilización más frecuente de servicios de salud, se encontró una chi cuadrada de 14.88 con 12 grados de libertad, mostrando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de 16, por lo que nos da una correlación positiva débil, y la covariancia fue de .02.

El cuadro muestra que la población utiliza más los servicios de salud de la Secretaría Estatal con un 44.4 por ciento, y de ellos el 10.6 son grandes fumadores. Los servicios del Instituto Mexicano del Seguridad Social son utilizados por 42.5 por ciento y de ellos el 10.2 por ciento fuman siempre y frecuentemente.

## CUADRO 5

### MOTIVOS PARA FUMAR Y SERVICIOS QUE UTILIZA FRECUENTEMENTE LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

SERVICIO UTILIZADO	PROMOCION		PREVENCION		CURACION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
GUSTO								
SATISFACCION	1	.5	8	3.9	61	29.5	70	33.8
NO FUMA	1	.5	21	10.1	108	52.2	130	62.8
TRANQUILIZA NERVIOS			1	.5	2	1.0	3	1.4
IMITACION					4	1.9	4	1.9
TOTAL	2	1.0	30	14.5	175	84.5	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 C = 2.6$       V. Cramer = .08  
 $\chi^2 T = 12.59$       Covariancia = .006  
 gl = 6  
 p > .05

Al correlacionar los motivos por los cuales fuma con el tipo de servicio que más utiliza, se encontró una chi cuadrada de 2.60 con 6 grados de libertad, mostrando que es igual lo observado con lo esperado; sin embargo, la significancia fue mayor de .05. La V de Cramer fue de .08 por lo que no existe correlación. La covariancia fue de .006.

El cuadro muestra que el servicio más utilizado por la población es el curativo con un 84.5 por ciento, de los cuales el 32.4 por ciento son fumadores, y los motivos que dicen tener para fumar son porque les da gusto y satisfacción el 29.5 por ciento; el 1.9 por ciento lo hace por imitación, y el 10 por ciento porque lo tranquiliza.

**CUADRO 6**  
**MOTIVOS PARA NO FUMAR Y TIPO DE SERVICIO MAS UTILIZADO**  
**POR LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

SERVICIOS MOTIVOS	PROMOCION		PREVENCION		CURACION		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NO LE GUSTA	1	.8	20	15.0	105	78.9	126	94.7
PUEDE ENFERMAR					7	5.3	7	5.3
TOTAL	1	.8	30	15.0	112	84.2	138	100

FUENTE: DIRECTA.

n= 207

Si Fuma = 74

 $\chi^2$  = 1.38      V. de Cramer= .10

 $\chi^2$  t= 5.99      Covariancia= .010

gl = 2

p&gt; .05

Lo observado al correlacionar motivos por los que no fuman y qué tipo de servicios de salud utilizan con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 1.38 con 2 grados de libertad y una chi cuadrada de tablas de 5.99, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .10 por lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .004.

Los datos muestran que el 84.2 por ciento utiliza los servicios curativos, y los motivos que dicen tener para no fumar, fueron: el 78.9 por ciento señala que no le gusta y el 5.3 por ciento dice que no lo hace porque puede enfermar.

## CUADRO 7

**CREENCIAS DE ENFERMAR POR FUMAR Y FRECUENCIA EN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACION DE SAN MIGUEL GPE,N.L.**

FRECUENCIA DE USO	MINIMO 2 ANUAL		CUANDO ENFERMA		CADA MES		CADA 3 MESES		1 AL AÑO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREE ENFERMAR	23	11.1	152	73.4	17	8.2	3	1.4	10	4.8	205	99.0
NO CREE ENFERMAR	1	.5	1	.5							2	1.0
TOTAL	24	11.6	153	73.9	17	8.2	3	1.4	10	4.8	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2$  c= 3.01      V.de Cramer= .13  
 $\chi^2$  t= 9.48      Covariancias= .01  
 gl= 4  
 p > .05

Al relacionar la creencia de su puede enfermar con número de frecuencia que usa los servicios de salud en el año, se encontró una chi cuadrada de 3.01 con 4 grados de libertad, mostrando que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .13, por lo que existe una correlación positiva débil y una covariancia del uno por ciento de variación explicada.

Los datos nos muestran que el 7.3 por ciento utiliza los servicios durante el año sólo cuando enferma, y el 11.6 por ciento mínimo dos veces al año. De los que refieren usar los servicios en caso de enfermedad, el 73.4 por ciento considera que puede enfermar si fuma. De los que usan el servicio mínimo dos veces por año, el 11.1 por ciento también cree que puede enfermar por fumar.

**CUADRO 8**  
**UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD COMO APOYO PARA NO FUMAR**  
**Y CREENCIA DE ENFERMAR EN LA POBLACION DE SAN MIGUEL**  
**GUADALUPE, N.L. 1993**

UTILIZACION SERVICIOS	SI USA		NO USA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
SI CREE ENFERMAR POR FUMAR	4	1.9	201	97.1	205	99
NO CREE ENFERMAR POR FUMAR			2	1.0	2	1.0
TOTAL	4	1.9	203	98.1	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = .003$                        $\Phi = .02$   
 $\chi^2 = 3.84$                        $\text{Covariancia} = .000$   
 $g = 1$   
 $p > .05$

La correlación encontrada en los que utilizan los servicios de salud para no fumar y la creencia de enfermar por fumar, mostró una chi cuadrada de .03 con un grado de libertad, encontrando que es igual lo obtenido con lo esperado. La Phi fue de .02, por lo que no existe correlación.

El cuadro muestra que el 97.1 por ciento no utiliza los servicios de salud como apoyo para no fumar, aunque considere que puede enfermar por fumar. El 1.9 por ciento refiere que sí usa los servicios de salud para no fumar y también cree que puede enfermar a causa del tabaquismo.

**CUADRO 9**  
**CREENCIAS SOBRE TIPO DE DAÑOS QUE PRODUCE EL FUMAR Y USO**  
**DE SERVICIOS DE SALUD PARA NO FUMAR EN LA POBLACION**  
**DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L.1993**

UTILIZACION SERVICIOS	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
DAÑOS POR FUMAR						
INFECCIONES RESPIRATORIAS			32	15.5	32	15.5
ENFERMEDADES PULMONES	4	1.9	104	50.2	108	52.2
CANCER			63	30.4	63	30.4
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			4	1.9	4	1.9
TOTAL	4	1.9	203	98.1	207	100

FUENTE: DIRECTA

$$\chi^2 = 3.78$$

$$\chi^2 = 7.81$$

$$g = 3$$

$$p > .05$$

$$V. \text{ de Cramer} = .14$$

$$\text{Covariancia} = .01$$

Las creencias acerca de los daños que produce el fumar al correlacionarlos con el uso de servicios de salud para no fumar, se obtuvo una chi cuadrada de 3.73 con 3 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. Se obtuvo una V de Cramer de .14, lo cual muestra una correlación positiva débil; la covariancia fue de .01.

Los datos muestran que el 98.1 por ciento no utiliza los servicios de salud como recurso o apoyo para no fumar; de ellos, las creencias acerca de los tipos de daños que produce el fumar, el 67.7 por ciento refiere que provoca infecciones y enfermedades pulmonares; el 30.4 por ciento cree ocasiona el cáncer, y el 1.9 por ciento enfermedades cardiovasculares.

**CUADRO 10**  
**BENEFICIOS POR NO FUMAR CON ORIENTACION PARA NO FUMAR**  
**EN LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

ORIENTACION NO FUMAR	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
BENEFICIOS POR NO FUMAR						
EVITAR INFECCIONES RESPIRATORIAS	1	.5	25	12.1	26	12.6
PREVENIR ENFERMEDADES	13	6.3	118	57	131	63.3
MANTENER LA SALUD	4	1.9	32	15.5	36	17.4
MEJORAR LA ECONOMIA	2	1.0	12	5.8	14	6.8
TOTAL	20	9.7	187	90.3	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$$\chi^2$$

$$\chi^2 = 1.44$$

$$\chi^2$$

$$\chi^2 = 7.81$$

$$gl = 3$$

$$V. de Cramer = .09$$

$$Covariancias = .006$$

$$p > .05$$

Al relacionar los beneficios que la población señala tener con el hecho de no fumar y si ha recibido orientación por parte del Sector Salud para no fumar, se encontró una chi cuadrada de 1.44 con 3 grados de libertad, lo cual nos de muestra que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .09, por lo que no existe correlación alguna.

Los datos nos muestran que el 90.3 por ciento de la población no ha recibido orientación por parte del Sector Salud, y el 9.7 por ciento sí ha recibido. De los que no han recibido orientación, el 57.0 por ciento señala que el no fumar le da beneficios para prevenir enfermedades, el 15.5 por ciento lo mantiene sano, el 12.1 por ciento le evita enfermedades respiratorias, y el 5.8 por ciento mejora su economía.

### CUADRO 11

MOTIVOS QUE CREEN EXISTEN EN LA POBLACION PARA NO DEJAR DE FUMAR Y LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA EN SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

SERVICIO SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MOTIVOS												
NO SABEN	9	4.3	2	1.0	1	.5	3	1.4	1	.5	16	7.7
PROBLEMAS PERSONALES O FAMILIARES	8	3.9					15	7.2	2	1.0	25	12.1
DIFICULTAD DEJAR FUMAR	47	22.7	1	.5	2	1.0	52	25.1	11	5.3	113	54.6
FALTA DE VOLUNTAD	22	10.6	3	1.4			14	6.8	2	1.0	41	19.8
PUBLICIDAD	1	.5					6	2.9	1	.5	8	3.9
FALTA DE ORIENTACION	1	.5					2	1.0	1	.5	4	1.9
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 27.61$        $gl = 20$        $V. de Cramer = .19$

$\chi^2_t = 31.41$        $p > .05$        $Covariancia = .034$

De acuerdo con los motivos que la población dice pueden existir para no dejar de fumar y el uso de los servicios de salud que utiliza con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 27.61 con 20 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .19, por lo que la correlación de las variables fue positiva débil. La covariancia fue de .034.

Los datos obtenidos muestran que los motivos que existen para dejar de fumar son, el 54.6 por ciento señalan que existen dificultades para dejar de fumar; el 19.8 por ciento considera existe falta de voluntad; el 12.1 por ciento considera existen problemas personales y familiares; el 7.7 no sabe qué motivos existen; el 3.9 por ciento cree que es la publicidad, y el 1.9 por ciento por falta de orientación. De acuerdo con los servicios que más utiliza, el 44.4 por ciento usa los de la Secretaría Estatal de Salud, y de ellos el 25.1 por ciento cree que existen dificultades para dejar de fumar, y el 7.2 por problemas personales y familiares; de los que utilizan la seguridad social, es el 42.5 por ciento, de ellos el 22.7 por ciento creen tener dificultades para dejar de fumar, y el 10.6 por ciento existe falta de voluntad.

## CUADRO 12

**RESPUESTA QUE OBTENDRA LA POBLACION SI DESEARA DEJAR DE FUMAR Y RAZONES QUE TIENE PARA UTILIZAR FRECUENTEMENTE LOS SERVICIOS DE SALUD EN SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

RAZONES	TIENE DERECHO		BUENO EFECTIVO		QUEDA CERCA		NO COBRAN		NECESIDAD ATENCION		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
EXITO	39	18.8	26	12.6	36	17.4	7	3.4	7	3.4	115	55.6
NO EXITO	13	6.3	3	1.4	9	4.3	1	.5			26	12.6
NO SABE	20	9.7	6	2.9	24	11.6	8	3.9	8	3.9	66	31.9
TOTAL	72	34.8	35	16.9	69	33.3	16	7.7	15	7.2	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2$   
 $\chi^2 c = 14.32$       V.de Cramer= .19  
 $\chi^2$   
 $\chi^2 t = 15.6$       Covariancia= .034  
 gl= 8  
 p > .05

En relación a la respuesta que obtendrían si desearan dejar de fumar y las razones que tienen para utilizar con más frecuencia los servicios de salud, encontramos una chi cuadrada de 14.32 con 8 grados de libertad, mostrando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .19, por lo que muestra una correlación positiva débil y covariancia de .034.

El cuadro muestra que las respuestas que obtendrían si desearan dejar de fumar, el 55.6 por ciento tendría éxito; el 31.9 por ciento no sabía qué respuesta tendría, y el 12.6 por ciento piensa que no tendría éxito. De ellos, de los que dicen utilizar los servicios de salud porque tiene derecho a ellos, es el 34.8 por ciento; señalan que el 18.8 tendría éxito si deseara dejar de fumar; el 9.7 por ciento no sabe, y el 6.3 por ciento cree que no tendría éxito. De los que utilizan los servicios de salud porque le queda cerca es el 33.6 por ciento; ellos señalan que el 17.4 por ciento tendría éxito si deseara dejar de fumar; el 11.6 por ciento no sabe qué respuesta tendría, y el 4.3 por ciento cree no tendría éxito si deseara dejar de fumar.

### CUADRO 13

#### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L.1993

SEGURIDAD SOCIAL CONSUMO BEBIDAS	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI	70	38.8	1	.5			16	7.7	6	2.9	93	44.9
NUNCA	67	32.4					32	15.5	2	1.0	101	48.8
NO ACTUALMENTE	6	2.9			1	.5	6	2.9			13	6.3
TOTAL	143	69.1	1	.5	1	.5	54	26.1	8	3.9	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 26.83$       V. de Cramer = .26  
 $\chi^2 = 15.50$       Cpvariancia = .06  
 gl = 8  
 p < .05

Al correlacionar el consumo de bebidas alcohólicas y el tipo de seguridad social que tiene la población, se encontró una chi cuadrada de 26.83 con 8 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .26, por lo que la correlación fue positiva débil. La covariancia fue de .06.

Los datos muestran que el 44.9 por ciento consume bebidas alcohólicas, y el 6.3 por ciento actualmente bebe, el 48.8 por ciento refiere que nunca ha consumido bebidas alcohólicas. De acuerdo con la seguridad social a la que tiene derecho, el 69.1 por ciento tiene seguro social, y de ellos consumen alcohol el 38.8 por ciento, el 2.9 por ciento actualmente no consume; el 32.4 dice nunca ha consumido. De los que tienen servicios estatales de salud que es el 26.1 por ciento, el 7.7 por ciento consume bebidas alcohólicas, el 2.9 actualmente no consume bebidas alcohólicas, y el 15.5 por ciento nunca ha consumido.

## CUADRO 14

### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y TIPO DE SERVICIO DE SALUD QUE UTILIZA FRECUENTEMENTE LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

SERVICIO DE SALUD	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S. E. S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI CONSUME	45	21.7	4	1.9	1	.5	32	15.5	11	5.3	93	44.9
NUNCA HA CONSUMIDO	38	18.4	2	1.0	2	1.0	52	25.1	7	3.4	101	48.8
NO ACTUALMENTE	5	2.4					8	3.9			13	6.3
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 9.77$       V. de Cramer = .15

$\chi^2 = 15.50$       Covariancia = .02

gl = 8

p > .05

Al relacionar las variables de consumo de bebidas alcohólicas con el tipo de servicios de salud que utiliza más frecuentemente, encontramos una chi cuadrada calculada de 9.77 con una chi cuadrada según tabla de 15.50 con 8 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .15 con una correlación positiva débil y una variación explicada de .02.

Se observa que el 48.8 por ciento de las personas encuestadas nunca han consumido bebidas alcohólicas y un 44.9 por ciento sí consume; y de acuerdo al tipo de servicio de salud que utilizan los que nunca han consumido bebidas alcohólicas, el 25.1 por ciento cuentan con la Subsecretaría Estatal de Salud y un 18.4 por ciento cuentan con seguridad social. El 3.4 por ciento cuentan con medicina privada y el 1.0 por ciento tienen ISSSTE. En cuanto a los que sí ingieren bebidas alcohólicas, el 21.7 por ciento pertenecen al IMSS, el 15.5 por ciento son usuarios de la S.E.S., el 5.3 por ciento ocupa medicina privada, el 1.9 por ciento pertenece al ISSSTE y el .5 a seguridad empresarial.