

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO



EL CONCEPTO, LA PERCEPCION DE SALUD  
Y LA PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLES

TESIS

QUE EN OPCION AL GRADO DE:

MAESTRIA EN ENFERMERIA  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA

PRESENTA:

LIC. EN ENF. RAUL MARTINEZ MALDONADO

JUNIO DE 1994

TM

Z6675

.N6

FEn

1994

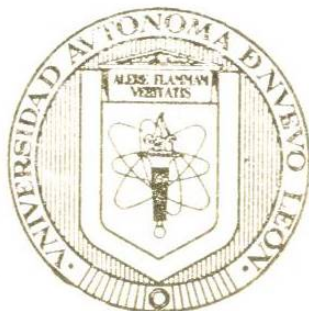
M37



1020072198

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA  
SECRETARIA DE POST-GRADO



EL CONCEPTO, LA PERCEPCION DE SALUD  
Y LA PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLES

**T E S I S**

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

PRESENTA:

LIC. EN ENF. RAUL MARTINEZ MALDONADO

JUNIO DE 1994

11

137

23

EL CONCEPTO, LA PERCEPCION DE SALUD Y LA PRACTICA  
DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

T E S I S

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

P R E S E N T A

LIC. EN ENF. RAUL MARTINEZ MALDONADO

A S E S O R

LIC. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

CO ASESOR

DRA. MA. TERESA ALONSO DE GAMBOA

MONTERREY, N.L. A JUNIO DE 1994

Nota de Aprobación

---

---

---

Comisión de Tesis

---

---

---

# DEDICATORIA

A mi Dios

Por permitirme trabajar a su lado

A mi Familia

" Dormí y soñe que la vida era alegría;  
Desperté y vi que la vida era servicio;  
Serví y encontré que en el servicio  
se encuentra la alegría "

R. Tagore



## AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirme paso en la vida.

A la Lic. Magdalena Alonso Castillo, por su asesoría, esfuerzo, interés, motivación y paciencia durante la planeación y desarrollo del presente estudio.

A los directivos de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., por las facilidades otorgadas para la realización de este estudio en especial a la Lic. en Enf. Mariana López de Laredo Directora de nuestra Facultad.

A todos los maestros que colaboraron en el presente estudio.

A la Lic. en Enf. Santiago Esparza Almanza y la Srita. Griselda Franco Arvizu por su apoyo en la captura y procesamiento de la información del estudio.

Gracias

## R E S U M E N

El propósito del presente estudio descriptivo transversal, y retrospectivo fué el conocer la influencia del concepto y la percepción de salud con la práctica de estilos de vida saludables. Para el desarrollo del estudio se consideró el modelo de promoción de la salud de Pender, (1987), el cual estudia los factores cognoscitivos y perceptuales, factores modificadores y la probabilidad de acción. Fue realizado en 202 individuos de 18 años y mas de ambos sexos que vivieran permanentemente en la colonia Moderna Apodaca del municipio de Apodaca Nuevo León, la muestra fué probabilística y los sujetos se seleccionaron aleatoriamente (Rojas Soriano 1991).

Los resultados mostraron que la correlación entre el concepto y la percepción de salud con la práctica de estilo de vida saludables fueron débiles, (Levin, 1977). La Chi cuadrada observada en la mayor parte de las variables mostró que no existe significancia estadística; sin embargo, actividades que los individuos realizan para mantenerse sano y la autoeficacia para cambiar a estilos de vida saludables mostró significancia estadística del .00 lo que sugiere profundizar en esta temática a fin de tener mayores explicaciones acerca de lo que motiva a la gente a cambiar o mantener prácticas de vida saludables.

<b>INDICE.</b>	<b>PAGINA</b>
CAPITULO I. Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	4
1.2 Hipótesis	7
1.3 Objetivos	8
1.4 Importancia del Estudio	9
1.5 Limitaciones del Estudio	9
1.6 Definición de Términos	10
CAPITULO II. Marco Teórico Conceptual	
2.1 Modelo de Promoción de la Salud y conceptos principales	13
2.2 Estilos de Vida	23
CAPITULO III. Metodología	
3.1 Sujetos	31
3.2 Material	32
3.3 Procedimientos	33
3.4 Etica del Estudio	35
CAPITULO IV. Resultados	
4.1 Descripción de Resultados	36
4.2 Análisis Estadísticos	58
4.3 Contrastación de la Hipótesis	83

## CAPITULO V. Discusión

5.1 Conclusiones 92

5.2 Recomendaciones 94

Referencias 96

## A P E N D I C E S

Apéndice A. Cedula de Entrevista 1

Apéndice B. Instructivo del Instrumento 10

Apéndice C. Programa de Captura 20

# C A P I T U L O I

## INTRODUCCION

En la actualidad se reconoce que las enfermedades más frecuentes que conforman los perfiles epidemiológicos de países en desarrollo y en proceso de cambio están asociados con los modos de vida (Holland, 1986). Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.,1989), la mitad de las muertes que ocurren dentro de las principales diez causas tienen cierta relación con estilos de vida no saludables tales como, el tabaquismo, alcoholismo, consumo excesivo de alimentos con grasas, sobrepeso y sedentarismo entre otros.

Por otra parte, se sabe que a pesar de los grandes avances tecnológicos y del conocimiento biomédico estos no han logrado tener los efectos deseables sobre las enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas (Pender, 1989) de tal manera que alrededor de estos hechos se ha producido todo un movimiento renovador y creciente por las medidas promocionales y preventivas; así como al hecho de privilegiar la necesidad de cambios de conductas, o a la mejoría de estilos de vida de la comunidad hacia la alimentación, evitar consumo de tabaco, alcohol y mantener buena condición física. (Pender 1989).

Cada vez se habla más de la necesidad de estudiar el comportamiento humano a fin de conocer las causas que lo producen se sabe que las enfermedades de mayor magnitud están relacionadas con el comportamiento individual, en particular con sus pautas a largo plazo lo que se le denomina estilos de vida (Hamburg, 1987).

La promoción de la salud (Pender, 1989) en esta década se dirige al aumento del bienestar y la autorrealización de los individuos, familias y grupos, como estrategia para lograr la meta "Salud para todos en el año 2000" (SPT/2000). La promoción de la salud incluye como componente básico la educación y el fomento del autocuidado reforzando conductas o estilos de vida saludables, así como mejoramiento del medio ambiente ubicado como generador de riesgo. Estudios realizados en México (Lozano y Escamilla, 1990), en relación a la mortalidad sugieren que el aumento de defunciones o enfermedades crónico degenerativas y enfermedades cardíacas están asociadas a una mayor exposición a factores de riesgo primarios y modificables como el tabaquismo, colesterol sanguíneo, alcoholismo, exceso de peso e hipertensión arterial.

El Programa Nacional de Salud de México 1990 - 1994, señala como problema prioritario de salud pública, la presencia de conductas nocivas a la salud que se relacionan con el aumento de enfermedades crónico degenerativas; situaciones que han motivado estrategias dirigidas a fomentar y promocionar estilos de vida que favorezcan el bienestar de la salud de la comunidad.

Los conceptos básicos del ejercicio de la enfermería comunitaria son la salud y promoción de esta (Spellbring, 1991). La influencia histórica de la promoción de la salud se atribuye a Florencia Nighthigale quien se interesó en el medio ambiente para preservar la salud; en la actualidad, la American Nurse Asociation (ANA 1980) define que la enfermería se relaciona con la adaptación de los individuos y los grupos a los problemas de salud actuales

y potenciales, los ambientes que influyen en la salud del individuo y las intervenciones de enfermería que promueven la salud.

La enfermería comunitaria debe encontrar la manera de motivar a las personas a que cambien sus conductas de salud a estilos de vida saludables (Matarazzo, 1980), este cambio de conducta puede estar originado a partir de la importancia y el concepto de salud de las personas (Christiansen, 1981). Estudios realizados por Laffrey (1983), señala que el concepto de salud enfocado al bienestar, aumenta la práctica de actividades promotoras de salud, de tal manera que existe un gran interés por conocer que factores cognoscitivos y perceptuales influyen en la ocurrencia de estilos vida saludables (Pender, 1987).

El propósito del presente estudio fue el conocer si el concepto de salud y la autopercepción que el individuo tiene de ella se relaciona con la presencia de estilos de vida saludables. El estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo (Polit, D, 1985) se tomo como universo a los adultos de 18 y más años que vivieran permanentemente en la Colonia Moderno Apodaca de Apodaca Nuevo León, la muestra fue probabilística y los sujetos se seleccionaron aleatoriamente (Rojas Soriano 1991).

## **Planteamiento del Problema**

Existen evidencias de estudios relacionados a estilos de vida que comprometen la salud, como el predominio de consumo del alcohol, de tabaco, presencia de sobrepeso o hábitos de sueño, los cuales están asociados con la mortalidad en adultos (Breslow 1980, Palank, 1991). Existe una tendencia reciente por estudiar la percepción de la gente y sus estilos de vida ya que se reconoce que la mejoría en los niveles de salud se logra solo a partir de los cambios en los patrones personales de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 1989), define a la conductas promotoras de salud como aquellas prácticas, dirigidas a conservar o incrementar el bienestar, la autoactualización y la satisfacción personal. Los estilos de vida saludables según Ulmer (1984), los define como un conjunto de patrones de conducta del individuo desarrollados como respuesta a las influencias ambientales y en concordancia con sus circunstancias socioeconómicas y culturales. La probabilidad de que ocurra un estilo que promueva la salud depende de distintas influencias como, procesos sociales, interpretaciones culturales, actitudes específicas de los grupos y el medio ambiente. En México se reconoce como un problema de salud pública la persistencia de hábitos nocivos a la salud a pesar de la realización de acciones educativas (Programa Nacional de Salud 1990 - 1994). La falta de una cultura de salud lleva a los mexicanos a un aumento de la enfermedad crónica e infecciones y a la aparición de nuevas enfermedades. La política de fomento a la cultura de la salud



pretende impulsar la educación y la responsabilidad ciudadana con relación a la salud individual, familiar y colectiva así como el cuidado del medio ambiente. (Programa Nacional de la Salud 1990-1994).

El Subprograma de prevención y control de las enfermedades, plantea como estrategia de acción, la educación a la sociedad para evitar factores de riesgo y reorientar los estilos de vida. La detección clínica, y valoración de riesgos y el seguimiento de las personas en riesgo, son ejemplo de como, el país se interesa en este nuevo enfoque de la promoción de estilos de vida saludables (Programa Nacional de Salud 1990-1994). En la experiencia profesional como enfermero comunitario en las áreas de Guadalupe y Apodaca N.L. en los programas docentes asistenciales se ha observado que en los servicios se da importancia a la aplicación de los programas prioritarios de salud, y a la promoción de estos, para alcanzar las coberturas deseadas. Con tendencia a dirigir las acciones hacia el fomento del autocuidado y a estimular la práctica de conductas promotoras de salud, sin embargo existe escasa experiencia en este nuevo enfoque de la atención de enfermería.

La enfermería comunitaria debe de profundizar en el conocimiento de las variables que describen el comportamiento de la población hacia la salud; tales como el concepto y autopercepción de la salud las que pueden influir en el grado de ejecución de conductas promotoras de salud, la decisión de buscar atención médica y el apego a los tratamientos (Pender, 1987), a fin

de intervenir con mayor eficacia y calidad. La misión de los profesionales de la enfermería comunitaria es estimular y propiciar el bienestar de la comunidad, tomando como punto de partida los estilos de vida, los que se forman en la infancia y se aplican en edad adulta (O.M.S, 1989), estos a su vez están determinados por la forma que el individuo se a ve sí mismo en el universo y en su relación con el, ésta cosmovisión influye en las ideas y creencias que los individuos tienen acerca de la salud y enfermedad, los que pueden concretarse a través del concepto y autopercepción de la salud.

Por lo anteriormnte expuesto surge la siguiente pregunta de investigación.

¿ Existe relación entre el concepto de salud y la autopercepción con la práctica de estilos de vida saludables?

## Hipótesis

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

Hi' El tener un claro concepto de salud se relaciona con la práctica de estilos de vida saludables.

Ho' El tener un claro concepto de salud no se relaciona con la práctica de estilo de vida saludables.

Hi' La autopercepción de buena salud se relaciona con la Práctica de estilos de vida saludables.

Ho' La autopercepción de buena salud no se relaciona con práctica de estilos de vida saludables.

**Variables Independientes:** Concepto de salud y autopercepción de salud.

**Variables dependiente:** Estilos de vida saludables.

## Objetivos

los objetivos del presente estudio son:

### Objetivo General

Identificar si el concepto de salud y la autopercepción que tienen de ella los adultos de 18 y más años de edad se relacionan con la práctica de estilos de vida saludables.

**Objetivos Específicos**

- 1.- Conocer la autopercepción y el concepto de salud en adultos de 18 y más años de edad de ambos sexos.
- 2.- Identificar el perfil de estilos de vida saludables los adultos de 18 y más años de ambos sexos.
- 3.- Relacionar el concepto de salud y la autopercepción con la práctica de estilos de vida saludables.

### **Importancia del Estudio**

Para la enfermería comunitaria (Pender 1989), es importante saber los elementos que influyen en las personas para tomar decisiones con respecto a su salud. El identificar si el concepto de salud de las personas y la autopercepción de ella influye en la práctica de estilos de vida saludables permitirá a los especialistas de enfermería comunitaria desarrollar programas y acciones dirigidas a la población sobre promoción de estas conductas con evidencias científicas y con mayores posibilidades de tener éxito. Por otro lado la contribución científica a la disciplina con el presente estudio, se da al aplicar el modelo de promoción de la salud de Pender (1989), ya que hace factible profundizar en la naturaleza de los estilos de vida. En un futuro, el presente estudio es una contribución al desarrollo de temáticas de investigación propia de la enfermería comunitaria dado que se reconoce que su meta es el bienestar de la población y sus estrategias son el autocuidado y el fomento de estilos de vida saludables (Alonso, 1993).

### **Limitaciones del Estudio**

El estudio se realizó en la comunidad Moderno Apodaca, de Apodaca, N.L. de un nivel socioeconómico medio bajo y únicamente en la población con 18 y más años de edad, de ambos sexos. El modelo promotor de la salud de Pender (1987) se ha experimentado en sociedades norteamericanas por lo que algunos conceptos del modelo pueden no corresponder a la cultura mexicana, tales como los

valores y necesidades prioritarias para atenderse así como el concepto de salud que se conforman en los procesos culturales. Los resultados se limitan a comunidades urbano marginadas y sólo a individuos mayores de 18 años. El cuestionario no ha sido validado con los criterios de sensibilidad y especificidad (Cañedo, 1987), sin embargo las preguntas acerca de estilos de vida, fueron utilizados por instrumentos aplicados en la Encuesta Fronteriza sobre Adicciones (Colegio Frontera, 1989) y en la encuesta Estilos de Vida y Uso de Servicios de Salud (Alonso, 1993).

#### **Definición de Términos**

**Estilos de Vida saludables:** son conductas que realizan los individuos diariamente como resultado de un proceso aceptado que propicia la promoción de la salud. Entre ellas se tiene; evitar fumar, evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, hacer ejercicio frecuentemente y mantener el peso en límites recomendables.

**Autoactualización:** Es la percepción del individuo, de incorporar a su conducta nuevas pautas de comportamiento que lo lleven a elevar o mantener su salud.

**Autoeficacia:** Es la percepción del individuo que se forma de experiencias anteriores, y se su propia capacidad para tener éxito al iniciar una actividad de salud.

**Autopercepción de Buena Salud:** Concepto, idea o sensación de la persona que su salud es excelente.

**Autopercepción Deficiente de salud:** concepto, idea o sensación de tener mala salud .

**Claro Concepto de Salud:** Que las ideas, o definiciones de salud de la persona correspondan al modelo biológico, funcional y de bienestar.

**Concepto de Salud No Claro:** Que las ideas o definiciones de salud sea basado en el modelo mágico y religioso o no pueda estructurarlo.

**Concepto de Salud Belleza:** Ideas, conceptos de que la salud es sinónimo de juventud.

**Concepto de Salud de Bienestar:** Ideas, conceptos de que la salud es sensación de bienestar y armonía con los demás, sentirse cómodo en su medio ambiente y libre de riesgos.

**Concepto de Salud Biológico:** Ideas conceptuales enfocados a que la salud es ausencia de enfermedad o no tener signos, síntomas o dolencias.

**Concepto de Salud Funcional:** Ideas, conceptos enfocados a que la salud es el poder cumplir con las responsabilidades personales diarias, en forma habitual y en el trabajo.

**Concepto de Salud Mágico Religioso:** Ideas, conceptos de que la salud es estar bien con Dios, o un equilibrio entre el bien y el mal.

**Comunidad:** Es un agrupamiento de personas que están relacionadas entre si por intereses y costumbres comunes y que por lo general viven dentro de límites geográficos.

**Salud según la O.M.S.:** es el completo bienestar, físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad.



## C A P I T U L O II

### MARCO TEORICO CONCEPTUAL

#### 2.1. Modelo de Promoción de la Salud y Conceptos Principales

Las conductas promotoras de la salud, casi sin excepción, son las actividades continuas que deben formar parte integral del estilo de vida de un individuo. Como ejemplo de las conductas que las personas pueden realizar para la promoción de la salud, se incluye el ejercicio físico, las prácticas de alimentación nutritiva, el desarrollo y el apoyo social y el uso de técnicas de relajación o manejo del estrés. Frecuentemente, se debe eliminar los patrones antiguos de conducta y aprender nuevos para incrementar la salud y el bienestar, la actualización 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 sirven para conservar o fomentar el nivel de bienestar autoactualización y satisfacción de las necesidades personales. Las conductas promotoras de salud están dirigidas a maximizar el potencial positivo de la persona el conocimiento de si mismo y la auto satisfacción (Pender 1987). Para Brubaker (1983), la promoción de salud son actividades que se dirigen a aumentar el nivel de bienestar y acrecentar el potencial de salud de los individuos. En este sentido, la promoción de la salud son las conductas de acercamiento a mejores niveles de salud, buscan aumentar el potencial positivo de la persona, ayuda,

aconseja y estimula la ejecución de conductas que presencien y mantengan la salud individual y colectiva.

El modelo de promotor de la salud (MPS) de Pender (1987), es una derivación del modelo de creencias de salud (MCS) de Rosenstock (1974), el cuál explica el proceso que influye en la toma de decisiones de las personas para acciones preventivas, y maneja tres elementos que son; las percepciones individuales, los factores modificadores y la probabilidad de acción. En este sentido, Pender utiliza esta misma estructura para explicar los patrones de estilos de vida, e incorpora de la teoría del aprendizaje social (Rosenstock 1988), la importancia de los procesos cognoscitivos en la regulación de una conducta, en este caso promotora de salud.

Según Pender (1987), la probabilidad de que ocurra un estilo de vida saludable o promotor de salud depende de la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales (definición de Salud, Percepción de salud, control, auto eficacia y beneficios), factores modificadores (variables demográficas, factores situacionales y de conductas así como la probabilidad de acción (decisiones internas, consejo e información externa).

Los factores cognoscitivos perceptuales son identificados dentro del modelo, como los mecanismos principales de motivación para la adquisición y mantenimiento de las conductas promotores de la salud. Los factores cognoscitivos perceptuales que influyen en la conducta promotora de la salud han sido identificados dentro del modelo como: 1) Importancia de la salud, 2) El control percibido, 3) La autoeficacia percibida, 4) La definición de la

salud, 5) El estado percibido de la salud, 6) Los beneficios perseguidos de la conducta promotora de la salud y 7) Las barreras percibidas para la conducta promotora de la salud (Pender, 1987), a continuación se explica a detalle el modelo promotor de salud.

### Factores Cognoscitivos y Perceptuales.

La importancia de la salud. El impacto de evaluar la salud sobre la frecuencia de las conductas promotoras de esta fué apoyado por un estudio en 88 estudiantes universitarios conducido por Wallston (1976 ), ellos encontraron que los individuos que tenían un alto valor de la salud, es decir, que se consideraban dentro de los cuatro más altas de 10 posiciones de valores, escogían para leer más folletos relacionados a la salud puestos a su disposición, que los individuos con bajo valor de salud. Los datos apoyan la noción de que el dar un valor alto a la salud provoca una conducta de búsqueda de información. Por eso, los individuos realizan acciones dirigidas a conocer más acerca de los tópicos relacionados a la salud.

Control Percibido: El efecto del control personal percibido sobre la conducta de salud ha sido apoyado en varios estudios. Williams (1973), encontró que los individuos internamente controlados, reportaban un uso más frecuente de los cinturones de seguridad que los individuos externamente controlados. James, y Woodruff (1965), encontraron que era más probable que los no fumadores estuvieran internamente controlados que los fumadores.

**Autoeficacia Percibida:** Dentro del modelo de promoción de la salud, el deseo de competencia fue reemplazado por la auto-eficacia percibida. Aunque la competencia representa la capacidad generalizada de un individuo de interactuar y negociar con efectividad con el medio ambiente, la auto-eficacia percibida es un concepto más específico que se refiere a las convicciones de los individuos de que pueden ejecutar exitosamente la conducta requerida necesaria para producir un resultado deseado (Pender 1987).

**Definición de Salud:** La definición de salud de que se suscriben los individuos puede influir en el grado de ejecución de las conductas promotoras de salud. Es posible que definir la salud como adaptación o estabilidad podría predisponer a los individuos a las conductas protectoras de la salud dirigidas a evitar la enfermedad. Definir la salud principalmente como autorrealización debe dar como resultado, las actividades autoiniciadas dirigidas al logro de niveles más altos de salud y bienestar. Dado que la forma en que se definen las metas con frecuencia determinan los medios empleados para alcanzarlas, las diferencias en las definiciones de salud deben dar como resultado patrones diferentes de conductas de salud. La definición predominante de la salud dentro de la comunidad médica es "**la ausencia de enfermedades**" ya que el público redefine la salud como una construcción positiva en lugar de una negativa, la naturaleza de las conductas dirigidas a mantener la salud también debe cambiar.

Smith (1983), Identifico cuatro modelos de concepción de la salud característicos de las culturas populares y profesionales en Estado Unidos. Cada modelo se define por los extremos de la continuidad entre salud y enfermedad que representa: 1) "Modelo Clínico Biológico, es decir, ausencia o presencia de enfermedades; 2) Modelo de Ejecución de Papeles, que es la ejecución de los papeles sociales, trabajo o el fracaso en esta ejecución; 3) Modelo Adaptativo, relacionado con la adaptación del ambiente el aislamiento del mismo, y 4) Modelo Eudomonístico, esto es de bienestar exuberante o debilidad y languidez".

Lafreey (1983), Sometió a prueba un cuestionario para medir la concepción de la salud entre el adulto de peso normal y el pasado de peso.

Los resultados indicaron que quienes tenían una concepción eudomonística de la salud, practicaban principalmente actividades promotoras de las mismas, en tanto que aquellos que poseían una concepción clínica realizaban un número mayor de conductas preventivas de las enfermedades.

**Estado de Salud Percibido:** El estado de salud percibido parece jugar un papel en la frecuencia e intensidad de las conductas promotoras de la salud. Al estudiar un grupo de ancianos ocupados en clases de entrenamiento físico durante 14 semanas, Sindey y Sherpard (1976), encontraron que los individuos que mostraban más dolencias o síntomas físicos en el cuestionario de la salud del

índice médico de Cornell, tenían una frecuencia e intensidad menores de participación en el programa de ejercicios que los individuos que reportaban menos síntomas en dicho índice. Todos los individuos fueron examinados por un médico antes del programa, y se excluyó cualquier síntoma clínico evidente de enfermedad. El padecimiento prolongado de síntomas molestos aún en la ausencia de enfermedad indetectable puede presentar una amenaza, inducir temor y evasión y reducir la capacidad personal de realizar conductas positivas de salud. **Sentirse bien** puede ser una fuente de motivación para emprender las acciones que aumentan el estado de salud personal. Kaplan y Cowles (1978), sugirieron que un procedimiento apropiado para dejar de fumar puede ser que al principio, alentar las conductas promotoras de salud a través de los cuales los individuos experimenten cambios rápidos y observables de bienestar, por ejemplo, el ejercicio y relajación, las experiencias de un bienestar mayor y un mejor estado de salud pueden emplearse entonces para reforzar el buen valor de la salud y promover cambios más extensos en el estilo de vida que los individuos perciben como difíciles (Pender, 1987).

#### **Beneficios Percibidos de las Conductas Promotoras de Salud:**

Varios estudios han proporcionado la evidencia de que los beneficios percibidos de las conductas promotoras de salud afectan el nivel de participación, en tales conductas al comparar a 30 hombres de edad mediana con una participación de baja frecuencia en un programa de actividad física con 30 hombres con una

participación de alta frecuencia, Brunner (1969); encontró diferencias marcadas en los beneficios personales percibidos, los participantes de alta frecuencia consideraron el mantenerse en forma físicamente como el beneficio más importante, mientras que los participantes de baja frecuencia calificaban el mantenerse en forma físicamente como el quinto lugar en importancia. Los participantes de baja frecuencia consideraban como beneficio a corto plazo, la relajación al final del día como el beneficio más importante del programa de actividad física. Los datos sugieren que la percepción de los beneficios a largo plazo, más que los beneficios a corto plazo de la conducta promotora de la salud, pueden determinar la frecuencia de la participación y predisposición de continuar conductas que aumentan la salud.

**Barreras Percibidas para las conductas Promotoras de la Salud:**

Dentro del modelo revisado de promoción de la salud, las barreras percibidas se identificaron como el factor cognoscitivo-perceptual que, paralelo a los beneficios percibidos, ejerce una influencia directa sobre la predisposición de realizar la conducta promotora de la salud. Las barreras para las conductas promotoras de la salud pueden ser imaginadas o reales, y consisten en percepciones referentes a la indisponibilidad, inconveniencia o dificultad de una opción particular de promoción de la salud. (Pender 1987). Las barreras son determinantes de la frecuencia de las conductas promotoras de la salud. Por ejemplo se han estudiado reportes de que la inaccesibilidad o la distancia de las instalaciones para

hacer ejercicios disminuye la participación de los adultos de diversas edades en las actividades de preparación física (Steil, 1972). (Deshman, 1982), señala que la intensidad alta del ejercicio al inicio de los programas de preparación física parecía ser una barrera para continuar la participación en el programa para algunos individuos que consideran la actividad demasiado ardua. Deshman (1982) concluye que el tiempo disponible percibido y el fácil acceso a las instalaciones eran características ambientales importantes que promovían la adhesión al ejercicio.

**Factores Modificadores.** De acuerdo a Pender (1987), existen diversos factores modificadores como variables demográficas, biológicas, interpersonales y de la conducta, que afectan las tomas de decisiones del individuo. Se han dedicado muchos estudios para analizar las percepciones de la persona sobre la conducta y, sin embargo, pocos contribuyen a comprender los efectos de los factores modificadores sobre las percepciones del individuo o sobre los resultados de la conducta. Aunque creencias y percepciones de la persona pueden influir en la decisión para adoptar una conducta saludable, es posible que los factores modificadores ofrezcan las bases que permitan o limiten la decisión de enfrascarse en una conducta promotora de salud.

**Factores Demográficos.** En la investigación de la conducta de salud se han estudiado con amplitud características demográficas como edad, género, raza, etnicidad, educación e ingresos se



requiere atención la influencia de estas variables en la conducta promotora de la salud porque pueden servir como enlace para comprender las diferencias de las conductas entre individuos y grupos.

El estado socioeconómico y sus subescalas (como educación, ingresos y trabajo) se ha relacionado con las conductas promotoras de salud independiente del estrato al que pertenezcan (Brown, 1983).

La mayor parte de los estudios sobre las relaciones entre el género y la conducta de salud en adultos informan tendencias de las mujeres a enfrascarse en mayores actividades promotoras de la salud que los varones. (Dean 1989).

**Características biológicas.** Se ha añadido recientemente las características biológicas al modelo propuesto por (Pender 1987), los factores biológicos, aunque no descritos en detalle por el investigador mencionado podrían incluir aquéllos como peso, grasa corporal y estatura (Pender, 1987). El dato más frecuente que se encuentra señala una correlación negativa entre el peso y la grasa corporal y el ejercicio o la participación en programas de acondicionamiento físico en el sitio de trabajo (P. ej. las personas sobrepasadas de peso son menos aptas para el ejercicio (Donell 1986).

**Influencias Interpersonales.** Los factores que se considera influyen en la conducta promotora de salud son las expectativas de

personas importantes, los patrones familiares del cuidado de la salud e interacciones con los profesionales de la salud (Pender, 1987). Por tanto, de manera compatible con los patrones del desarrollo de los niños, las redes familiares siguen siendo los aspectos de mayor importancia que contribuyen a la salud y la conducta de los adolescentes (Homan 1989).

**Factores Situacionales.** (Pender 1987), propuso que los factores situacionales o ambientales influyen en las decisiones relacionadas con la conducta promotora de la salud. Estos factores consisten en disponibilidad de opciones o facilidad de acceso a las alternativas.

**Factores de Conducta.** Se ha propuesto que los factores de la conducta, como experiencias pasadas, y el establecimiento de capacidades, influyen en la elección por medio de mecanismos cognositivos y perceptuales que, afectan directamente la acción. Se dispone de muchas pruebas que sugieren que si las experiencias pasadas, con las opciones fueron frecuentes o recompensadoras, se desarrollaría una elección habitual saludable (Milio 1986). Más aún, se ha demostrado que las experiencias pasadas y la participación concurrente en otras prácticas de salud influyen en la participación en nuevas actividades (Fiecdming 1982).

**Probabilidad de Acción.** Pender (1987), identificó los indicios de acción como aspectos que influyen de manera directa

sobre la probabilidad de participar en la conducta promotora de la salud. Estos pueden medirse de modo interno o provenir del exterior y hacer que una persona pase de la fase de toma de decisiones hasta la fase de acción. La intensidad del inicio necesario para desencadenar la acción dependerá del nivel de presteza del individuo. Por lo tanto, el desafío que afrontan las experiencias consiste en intensificar los indicios importantes para las personas y su medio ambiente. Estos indicios incluyen percepción de la persona, consejo de otros y medios masivos de difusión.

Para el presente estudio se consideró solamente lo relacionado a factores conceptuales y perceptuales entre ellos el concepto y autopercepción de salud.

## **2.2 Estilos de Vida.**

La conformación de estilo de vida puede definirse en el como elige cada uno dar forma a su vida (Haymaker 1991), estas conductas son el resultado de un proceso aceptado inconsciente, el cuál se forma durante la infancia y se práctica en la edad adulta y la vejez. Estas conductas se hace necesario para estudiarlas para identificar los factores que las motivan y promover aquellas que son positivas que conducen a las personas a mejores niveles de salud y bienestar.

Los estilos de vida representan en la actualidad, según la organización mundial de la salud (OMS-1989), los principales factores que se han asociado a ciertas causas de mortalidad, como

las enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades cerebrovasculares, por señalar algunas. Se sabe también que estos problemas de salud se acompañan de considerables costos económicos y emocionales (Haymaker, 1991), por lo que debe centrarse la atención por parte de los profesionales de la enfermería en impulsar en la persona a adoptar mayores responsabilidades por su salud y ejecutar acciones que la promuevan.

Estudios epidemiológicos en países desarrollados demuestran que aproximadamente la mitad de la mortalidad en las diez primeras causas de defunción pueden asociarse con comportamiento nocivos a la salud, como el tabaquismo, excesivo consumo de alcohol, el sedentarismo, e imprudencias en la conducción de automóviles (Holland, 1986). Algunos estilos de vida que se consideran significativos son el hábito de fumar, identificado como causa de enfermedades cardiovasculares y el cáncer pulmonar. El problema de la nutrición se asocia desde la disponibilidad y mal uso de los alimentos provocando desnutrición y obesidad mientras que el consumo de bebidas alcohólicas, el sedentarismo, la dieta alta en grasa y el sobrepeso, con la diabetes y la hipertensión arterial. A continuación se explica a detalle cada uno de los estilos de vida estudiados.

#### **Alcoholismo.**

Algunas personas se sorprenden al ver que otras practican estilos de vida autodestructivos relacionados con el consumo de

alcohol (Walsh, 1991). Por algún motivo los individuos con tendencia a volverse dependientes parecen carecer de controles internos ante problemas y adversidades de la vida (Walsh, 1991).

Una encuesta nacional de 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 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.

La encuesta Nacional de Adicciones realizada en México en 1988 arrojó los siguientes datos: En la población masculina de 18 a 65 años beben 6.5 veces más que la 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 mas 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.

### Tabaquismo.

Es considerado como un factor asociado a numerosos problemas de salud crónicos, tales 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 mas se ha estudiado desde 1960 y se le relaciona en general con mortalidad global; es tal la influencia letal del tabaco en la salud que cuando la gente deja de fumar su riesgo de cardiopatía coronaria y cáncer del pulmón disminuye. En un estudio prospectivo realizado en médicos Británicos por un período de veinte años realizado en menores de 65 años de edad que abandonaron este hábito y la mortalidad de 1951 a 1971 se observo una disminución de la mortalidad general en un 22 por ciento la tasa de mortalidad por cáncer en el pulmón disminuyó en este lapso en un 40 por ciento, la cardiopatía coronaria bajo un 23 por ciento según lo reportado de la dirección general de sanidad del reino unido. (grupo de Estudios Mauriciano, 1989).

En México de acuerdo a encuesta nacional de adicciones realizada en 1988 (SSA) el 22.8 por ciento consumía tabaco, el 25.8 por ciento habían 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.

### 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 según lo reportado por Trillas Soler (1989), a partir de ésta edad, es más alta en mujeres de 41 a 60 años.

La obesidad ha sido declarada por la OMS (1986) como factor de riesgo en la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

El impacto de la obesidad en la salud según datos epidemiológicos de la fundación Kellogg's (1992), demuestran asociación clara entre obesidad y diversos factores de riesgo que conllevan al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión (arriba de 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 (Kellogg's, 1992).

Estudios realizados en Norteamérica de tipo intencional en pacientes con hipertensión y hipercolesterolemia han mostrado que estos se mejoran con solo reducir el peso corporal (Kellogg's, 1992). 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 altos en obesos que en no obesos; en

varones obesos la mortalidad es mas alta en cáncer de colon, recto, y próstata y en mujeres obesas es más alta en mama, útero y ovarios (Kellogg's 1992). La obesidad consiste en acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo del organismo (Vanitalle 1992) y en la mayoría de los caso se desarrolla en forma lenta como consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y el gasto de energía. Tradicionalmente, un sujeto que pesa 20 porciento más del punto medio del intervalo, del peso deseable para individuos de complejión media se considera obeso. Siguiendo esta misma línea cuando el sobrepeso es de 40 porciento o más se considera obesidad severa y cuando sobrepasa 100 porciento, se considera obesidad mórbida (Vanitelle, 1992).

En la actualidad se está utilizando extensamente para evaluar la severidad de la 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.

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (Kg)}}{\text{ESTATURA}^2}$$

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

La encuesta nacional de nutrición referida en el programa nacional de salud realizada en México en 1988 señala que el 14.6 porciento de la mujeres en edad fértil (15 - 45 años) presentan



sobrepeso lo que equivale a que más de tres millones de mujeres en esta edad padecen el problema. La región con más alta incidencia es la del norte con 18.3 por ciento y mas baja es la zona centro con 13.0 por ciento.

### Ejercicio.

Pender (1987), comenta que un gran número de enfermedades así como condiciones fisiológicas susceptibles a un gran número de padecimientos tienen estrecha relación con la escasa actividad física que realizan los individuos, en tanto que por el contrario, que el simple hecho de trotar, casi siempre es una conducta promotora de la salud para los niños, adolescentes y adultos jóvenes, dado que la fuente de motivación es un deseo de acercarse a un estado de valencia positiva, de mayor resistencia física, mayor competencia psicomotora, mayor energía física y mejor apariencia personal (Pender, 1987).

Sin embargo, rara vez los niños o adolescentes se ejercitan, principalmente para evitar el riesgo de problemas cardiovasculares de la edad mediana. De hecho, puede existir un conocimiento mínimo dentro de este grupo de edad, de que existe una relación entre la condición física y la incidencia de dicha enfermedad (Pender, 1987). Aunque muchos adultos de edad mediana o avanzada pueden comenzar a trotar debido a que están en riesgo de trastornos cardio-vasculares, a medida que se de el acercamiento, con frecuencia asumen un dominio mas grande en la conducta de motivación, así pues, el trote que empezó como una acción

preventiva, puede convertirse principalmente en un esfuerzo promotor de la salud (Pender, 1987).

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 Organización Mundial de la Salud (1986), el ejercicio y el deporte, la nutrición y autorresponsabilidad 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 impedir el deterioro físico, permite desarrollar actividades físicas sin fatiga excesiva, fortalece el sistema muscular y óseo, y mejora la coordinación motora, así pues, el ejercicio ayuda a mantener el equilibrio calórico y a evitar el exceso de peso y fatiga.

## C A P I T U L O 111

### METODOLOGIA

El estudio se realizó en una población urbana de estrato económico medio bajo, Colonia Moderno Apodaca y corresponde al área de influencia de la unidad docente asistencial, de Apodaca N.L. México, con una población aproximada de 10,000 habitantes y un total de 1,611 viviendas; la escolaridad de los habitantes refleja que el 62 por ciento tiene primaria incompleta y completa y el 8 por ciento de la población es analfabeta; el porcentaje faltante esta dada por pequeños grupos en los demás grados de escolaridad (P.R.O.D.I.E., 1992).

El estudio fue descriptivo, transversal y retrospectivo, (Polit 1985), en la medida que la cédula de entrevista se aplicó en una sola oportunidad y se interrogó sobre aspectos que permitieron al usuario, recordar y narrar sus conductas y conceptos de salud.

#### 3.1 Sujetos

El universo de estudio estuvo dado por los habitantes de la Colonia Moderno Apodaca de ambos sexos de 18 y mas años de edad. La muestra fue probabilística por conglomerados (Krejcie, 1970). El marco muestral lo constituyeron las manzanas y las viviendas. La unidad de observación fueron 202 adultos de 18 y mas años de ambos sexos que residían en la viviendas seleccionadas aleatoriamente.

La fórmula utilizada para obtener la muestra fue:

$$S = X_2 (1-P) / d, (N-1) = 2P (1P)$$

S = Tamaño de la muestra

$X_2$  = Valor de Chi cuadrada para un grado de libertad al nivel de confianza deseada.

N = Tamaño de la población

No. manzana 79

No. viviendas 536

No. habitantes 3,114

Población 18 y más años 1,248

$$S = \frac{(3.84) (536) (.299) (.701)}{(.05) (536-1) + (3.84) (.299) (.701)}$$

$$S = 202$$

**Criterios de Inclusión.** Adultos de 18 y más años de ambos sexos que vivían en la Colonia de Moderno Apodaca.

**Criterios de exclusión.** Menores de 18 años de ambos sexos que vivían fuera del área de Moderno Apodaca.

**3.2 Material.** Dentro de los recursos humanos que fueron necesarios para el desarrollo de la investigación se cita el asesor, co-asesor, tres encuestadores y el investigador; en cuanto a los recursos materiales se puede hacer referencia al material bibliográfico requerido para dar sustento teórico al estudio, material de oficina, papelería, así como también el uso de la microcomputadora y viáticos necesarios para la ejecución de la

investigación. Se utilizó como instrumento una cédula de entrevista semiestructurada (Apéndice A) la cual surgió de la operacionalización de las variables del estudio y fue realizada por el investigador y algunos items adaptados de la encuesta. Estilos de Vida y Uso de Servicios de Salud ya aplicada por Alonso (1993). Incluye tres secciones: la primera estuvo dada por los datos de identificación del sujeto de estudio, la segunda sección corresponde a la información acerca de los conceptos. Importancia y percepción de su propia salud y la tercera corresponde a datos acerca de las prácticas de estilos de vida saludables como fumar, consumir bebidas alcohólicas, ejercicio y mantener el peso en límites recomendables.

La cedula de entrevista contuvo un total de cuarenta y cuatro preguntas acompañada por un instructivo (Apéndice B) para su correcta utilización. Esta fue aplicada por tres encuestadores previamente entrenados por el investigador. El instrumento se sometió a una prueba piloto con un 10 por ciento del total de la muestra en una colonia de características similares a la Colonia Moderno Apodaca. La prueba arrojó información que permitió se realizaran algunos cambios al instrumento inicial, especialmente en lo referente a conceptos y valores de salud.

### **3.3 Procedimiento**

De primera instancia, fue necesario actualizar un mapa de la colonia Moderno Apodaca a fin de poder seleccionar aleatoriamente las manzanas y viviendas seleccionadas en donde se consideró

teóricamente según el Colegio de la Frontera Norte (1989), un promedio de 2.3 adultos por vivienda. Posteriormente se estableció una buena comunicación con los entrevistados para facilitar y asegurar la confiabilidad en sus respuestas; en este mismo procedimiento de entrevista se tomó peso y talla a cada uno de los participantes en el estudio y se calculó el índice de masa corporal (Waterlow, 1991).

En la aplicación de la encuesta se utilizó un tiempo aproximado de 25 minutos. En algunos casos fue necesario visitar el hogar hasta en tres ocasiones a fin de localizar al entrevistado. Los cuestionarios fueron revisados diariamente en su llenado a fin de que la información estuviera completa. El levantamiento de datos fue durante 8 días se elaboró el programa de captura de datos (Apéndice C) y se utilizó la computadora y el programa estadístico, Statical Package for The Social Sciences (SPSS), el cual arrojó los datos estadísticos descriptivos, listados de frecuencias y proporciones, así también los cuadros de correlación.

Para el análisis se utilizó el estadístico para variables nominales la V de Cramer que buscó la correlación de la variable independiente conceptos y percepción de salud, con la variable dependiente estilos de vida saludables. Para comparar los datos obtenidos con los esperados, se utilizó la chi cuadrada. La presentación de los resultados se hizo con figuras utilizando el programa Harvard Graphics y en tablas de contingencia, Cañedo, Lo (1987).

### 3.4 ETICA DEL ESTUDIO

Se solicitó la autorización del coordinador de la unidad docente asistencial de Apodaca N.L. para realizar el estudio en la población de su área de influencia. De igual manera, al Director del Programa UNI de la U.A.N.L. por ser una área de trabajo de dicho programa.

A los sujetos de estudio se les solicitó la participación voluntaria, explicándoles ampliamente el objetivo de la investigación, así mismo se garantizó la confidencialidad de los datos, señalando que no tendrían ningún riesgo en su persona o en su familia por participar. Se dejó en libertad de retirarse del estudio en el momento que lo desearan y se les informó que los resultados estaban a disposición de la comunidad y de la unidad docente-asistencial al terminarse la investigación; a fin de que puedan contribuir en los programas de promoción de la salud que ahí se desarrollan.

## C A P I T U L O   I V

### RESULTADOS

Para la presentación de los resultados se siguió el orden con que se recolectó la información en la cedula de entrevista. En primer término se describen los aspectos sociodemográficos, los conceptos, valores y percepciones de su salud, así como los cuatro estilos de vida saludables. Estos datos se presentan en frecuencias y proporciones, enseguida de esta información, se muestran las correlaciones de las variables del estudio, se indican los estadísticos obtenidos que fué chi cuadrada, V. de Cramer y Covariancia.

Por último, se contrastan los datos obtenidos a luz de la hipótesis nula.

#### 4.1 Descripción de Resultados

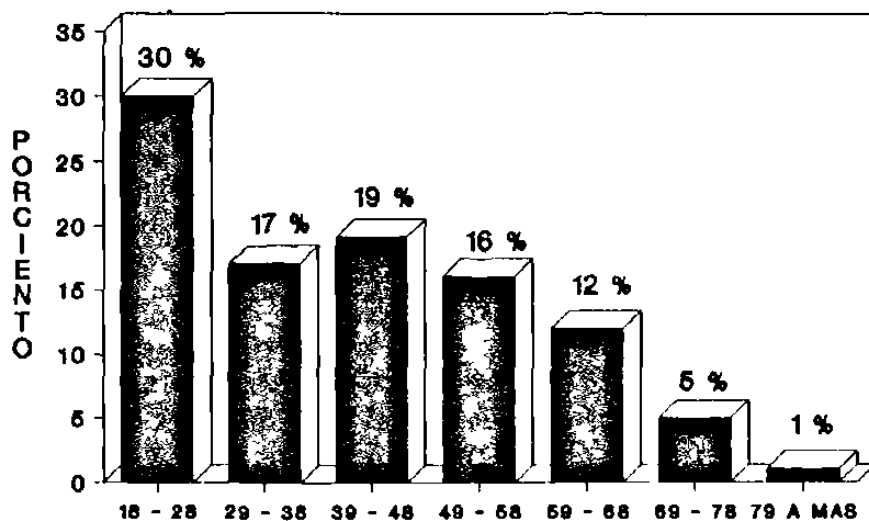
A continuación se presentan los resultados descriptivos, que caracterizan a la población de Moderno Apodaca, en relación a conceptos y percepciones de salud así como los estilos de vida.



## FIGURA 1

DISTRIBUCION DE EDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA  
EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994



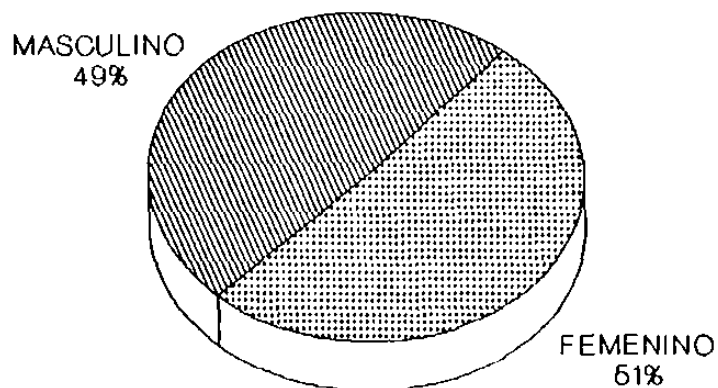
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Nº 202

La población de 18 a 38 años representó el 47 por ciento del grupo estudiado y el 6 por ciento corresponde a la población de 69 y más años.

**FIGURA 2**  
**SEXO DE LA POBLACION ESTUDIADA EN**  
**COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994



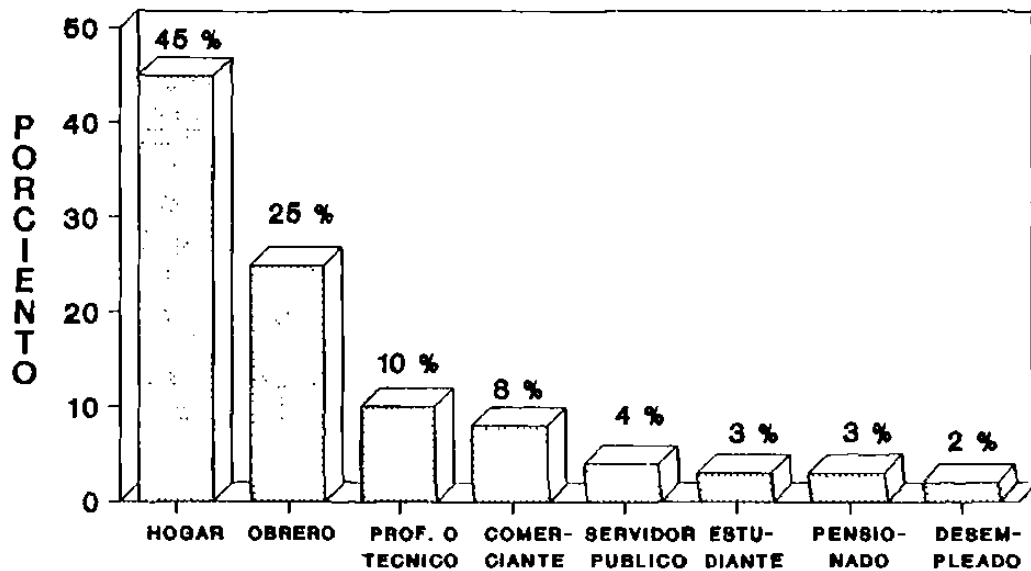
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

En relación con el sexo se encontró que el 49 por ciento es del sexo masculino y el 51 por ciento es femenino.

**FIGURA 3**  
**OCUPACION DE LA POBLACION EN**  
**COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994



PROF.- PROFESIONISTA  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

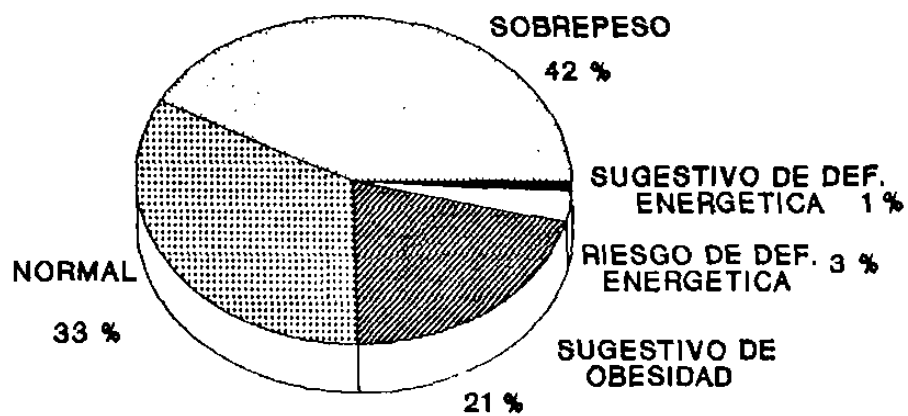
N= 202

De acuerdo a la ocupación, el 45 por ciento se dedica al hogar, el 25 por ciento son obreros, el 10 por ciento es técnico o profesionalista, el 8 por ciento es comerciante, el 4 por ciento es trabajador del servicio público, el 3 por ciento es estudiante, el 3 por ciento es pensionado y el 2 por ciento desempleado.

## FIGURA 4

### INDICE DE MASA CORPORAL DE LA POBLACION EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994



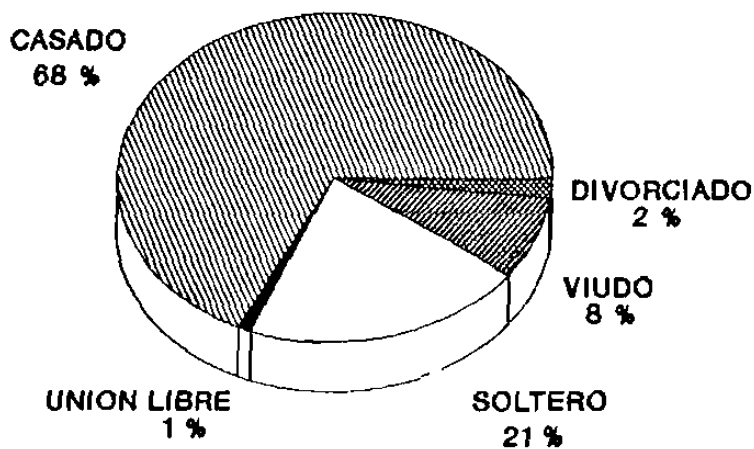
DEF- DEFICIENCIA  
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

Conforme al índice de masa corporal se encontró en la población que el 63 por ciento de la población, se encuentra en sugestivo de obesidad o sobrepeso, el 33 por ciento se encuentra normal y el 4 por ciento en riesgo de deficiencia energética.

**FIGURA 5**  
**ESTADO CIVIL DE LA POBLACION EN**  
**COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994



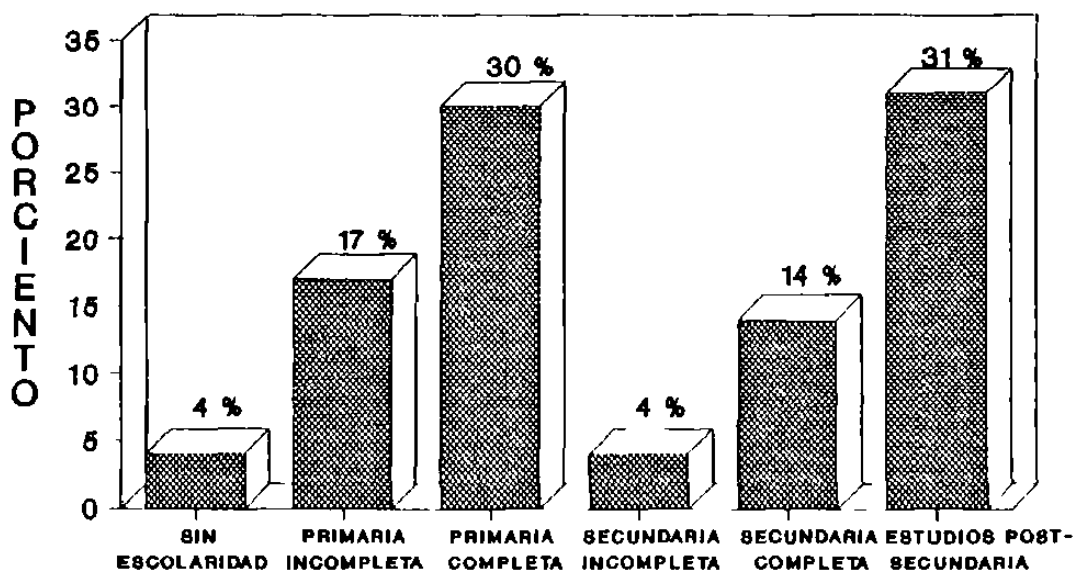
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

De acuerdo con el estado civil, el 68 por ciento de la población está casado, el 21 por ciento soltero, el 8 por ciento es viudo, el 1 por ciento están en unión libre y el 2 por ciento divorciado o separado.

**FIGURA 6**  
**ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ESTUDIADA**  
**EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994



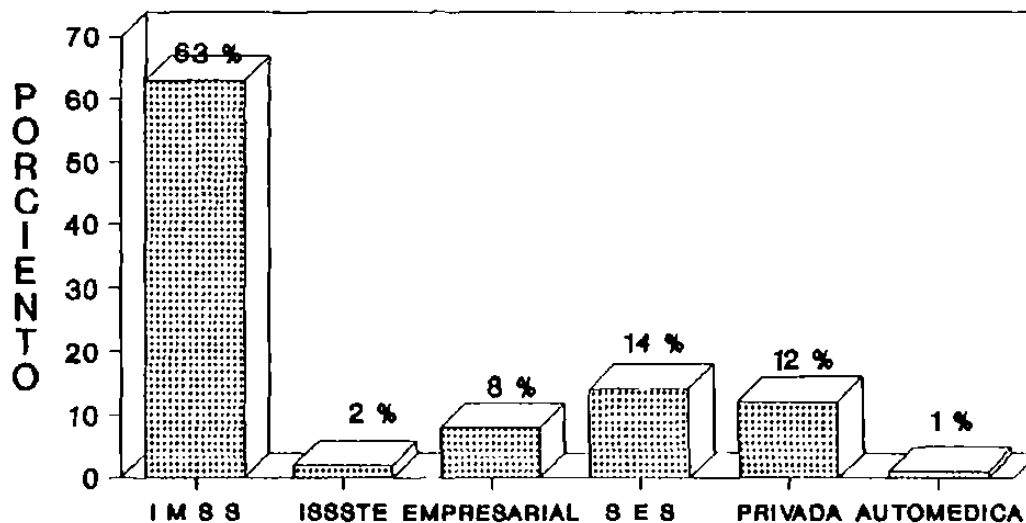
N= 202

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la escolaridad, el 21 por ciento se encuentra sin escolaridad o con primaria incompleta, el 30 por ciento tiene primaria completa, el 18 por ciento tiene secundaria incompleta o completa y el 31 por ciento tiene estudios postsecundarios.

**FIGURA 7**  
**SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION EN**  
**COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

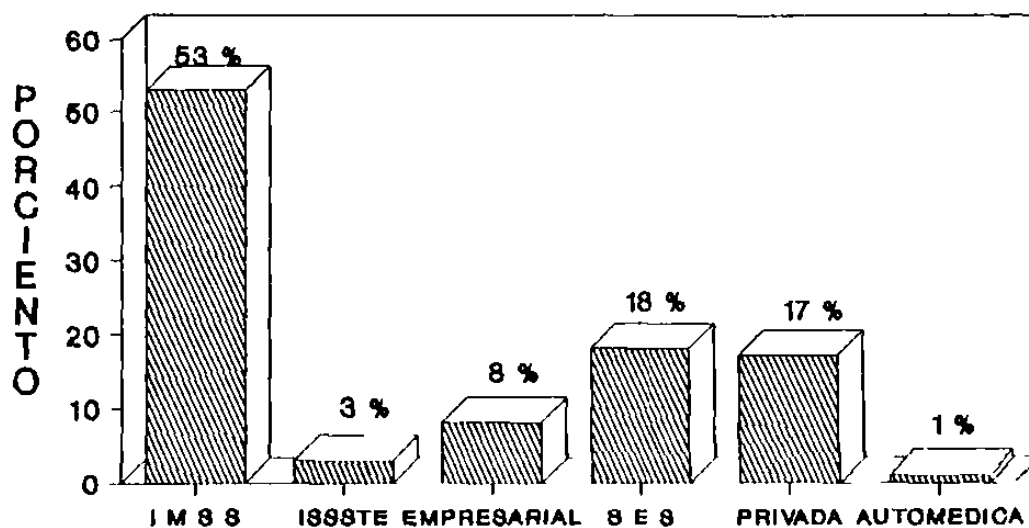
N= 202

En cuanto a la seguridad social se encontró, que el 63 por ciento tiene derecho al seguro social, el 14 por ciento es población abierta y tiene derecho a la Secretaría Estatal de Salud, el 12 por ciento acude a la medicina privada, el 8 por ciento tiene servicios de salud empresariales, el 2 por ciento tiene derecho al Seguro Social del Estado y el 1 por ciento refiere la automedicación.

## FIGURA 8

### UTILIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION COLONIA MODERNO APODACA, N.L.

JUNIO 1994



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

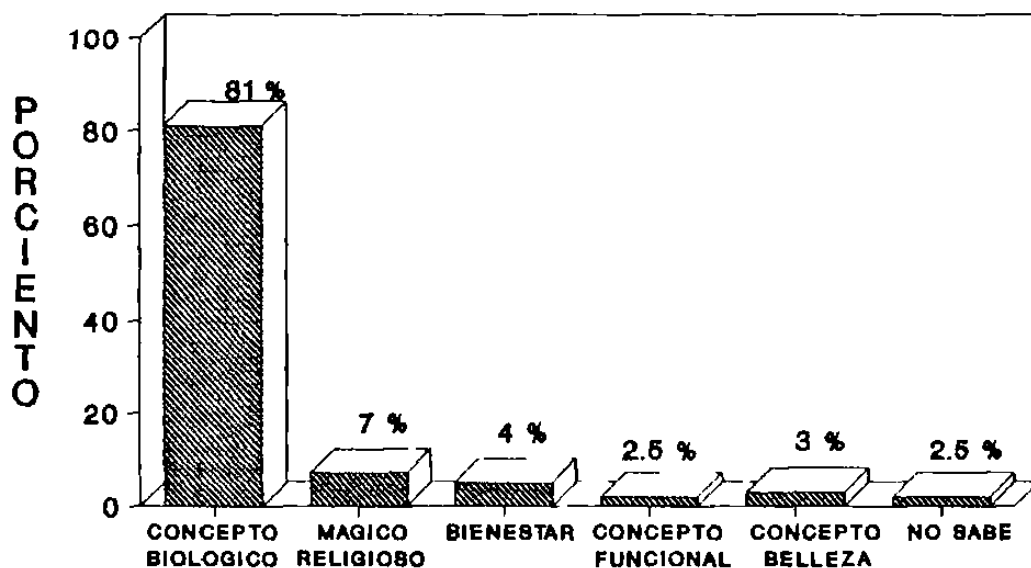
En cuanto a la utilización de su seguridad social se encontró que el 53 por ciento acude al IMSS, el 18 por ciento utiliza los servicios de la Secretaría de Salud, el 17 por ciento utiliza la medicina privada, el 8 por ciento la empresarial, el 3 por ciento el ISSSTE, el 1 por ciento se automedica.



## FIGURA 9

### CONCEPTO DE SALUD DE LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

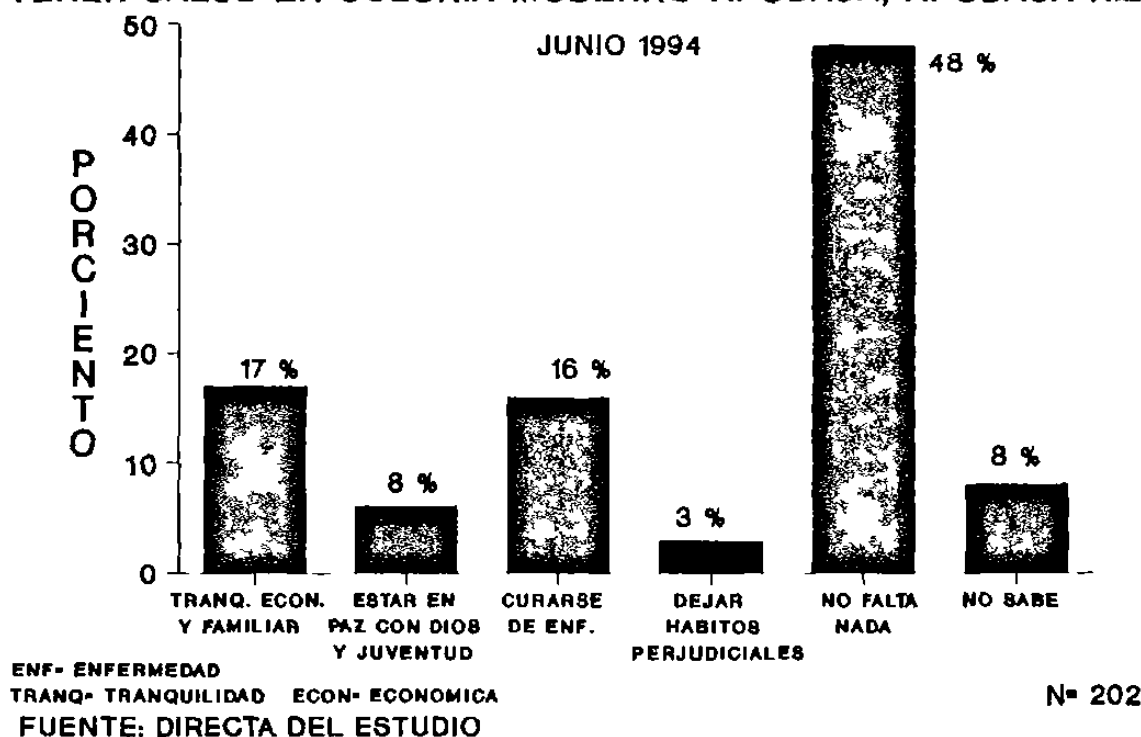


N= 202

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

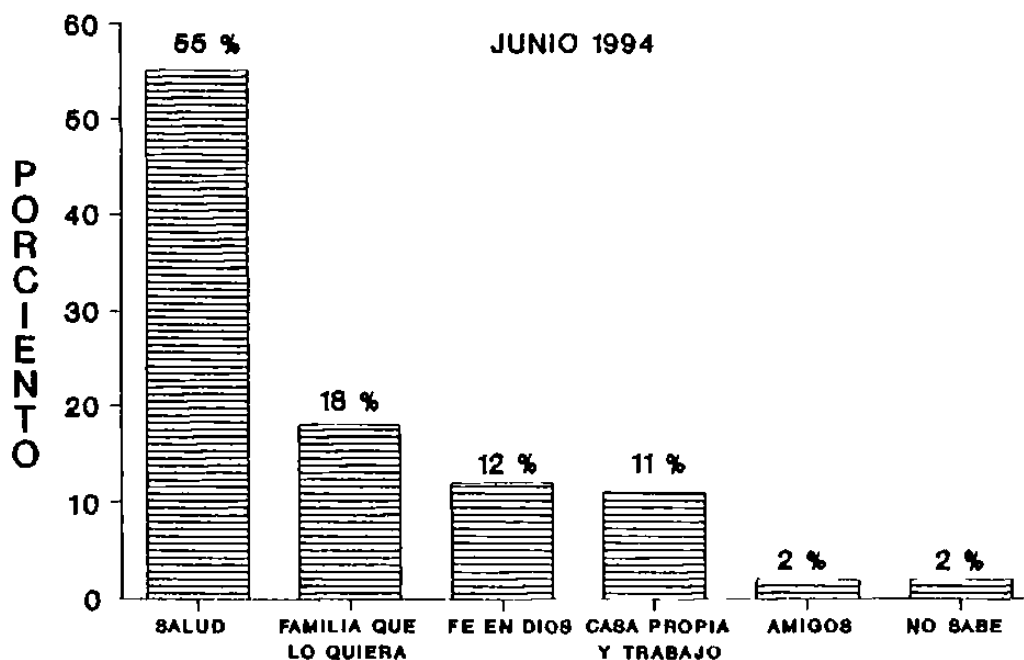
En relación al concepto de salud el 81 por ciento considera que la salud es ausencia de enfermedad o sentirse bien y libre de enfermedad (concepto biológico), el 7 por ciento refiere que la salud es estar bien con Dios o en armonía entre el bien y el mal (concepto mágico-religioso), el 4 por ciento dice que la salud es la sensación del bienestar y de armonía con su medio (concepto de bienestar) el 2.5 por ciento piensa que la salud es poder cumplir con sus responsabilidades personales y realizar sus actividades diarias (concepto funcional), el 3 por ciento dice que la salud es sinónimo de juventud (concepto belleza) y el 2.5 por ciento refiere no saber que es la salud.

**FIGURA 10**  
**NECESIDADES QUE AMERITAN SER SATISFECHAS PARA**  
**TENER SALUD EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**



En relación con las necesidades que requiere satisfacer para estar sano, refiere un 17 por ciento que le falta tranquilidad económica y armonía familiar, el 16 por ciento señala requiere curarse de una enfermedad, el 8 por ciento dice necesita estar en paz con Dios y juventud, el 3 por ciento piensa necesita dejar hábitos perjudiciales a su salud, un 8 por ciento señala que no sabe que le falta para estar sano y el 48 por ciento restante dice que no le falta nada para estar sano.

**FIGURA 11**  
**VALORES QUE DAN SEGURIDAD Y FELICIDAD A LA**  
**POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

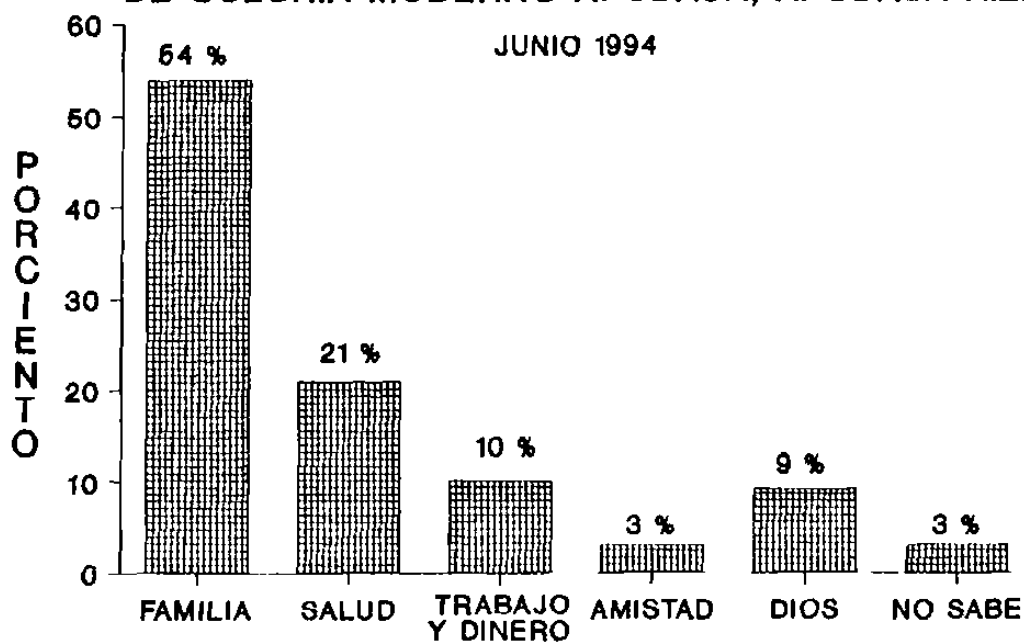


N= 202

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De acuerdo con los valores que le dan seguridad y felicidad a la población, el 55 por ciento señala que es salud, el 18 por ciento dice que es tener una familia que lo quiera, el 12 por ciento refiere que es tener fé en Dios, el 11 por ciento dice que es tener casa propia y trabajo seguro, el 2 por ciento comenta que es tener amigos y el 2 por ciento señala no saber que le da seguridad y felicidad.

**FIGURA 12**  
**VALORES PRIORITARIOS DE LA POBLACION ESTUDIADA**  
**DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**



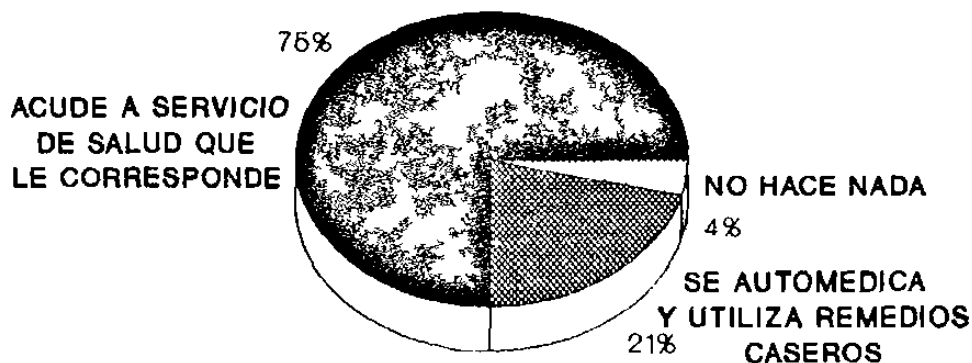
N= 202

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De acuerdo con el orden de los valores en la vida de la población, en primer lugar se señala a la familia con un 54 por ciento, en segundo lugar la salud con el 21 por ciento, en tercer el trabajo y dinero o seguridad financiera con 10 por ciento, en cuarto lugar la religión o creer en Dios con un 9 por ciento y en quinto lugar con 3 por ciento la amistad. El 3 por ciento no sabe en que orden están sus valores.

**FIGURA 13**  
**PRIMER ALTERNATIVA DE ATENCION EN CASO DE**  
**ENFERMEDAD UTILIZADA POR LA POBLACION ESTUDIADA**  
**EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994



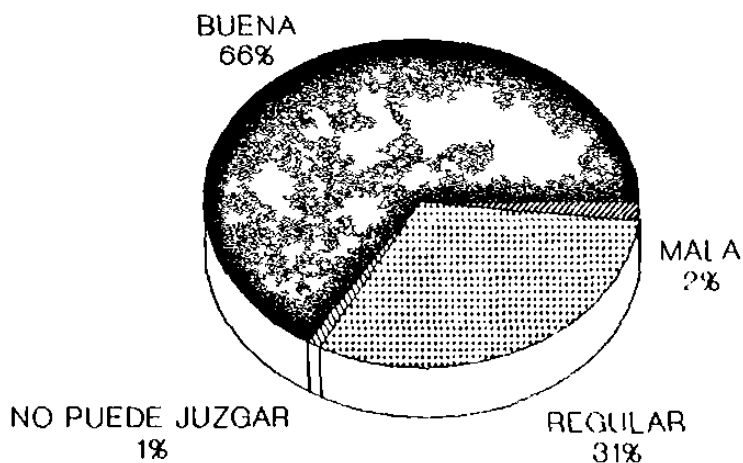
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Nº 202

En caso de enfermedad como primer alternativa de acción de la población, se encontró que el 75 por ciento acude a recibir atención médica a través de los servicios de salud oficiales o la medicina privada, el 21 por ciento en primer lugar se automedica y utiliza remedios caseros, el 4 por ciento no toma acciones.

**FIGURA 14**  
**PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DE LA**  
**POBLACION ESTUDIADA EN COLONIA MODERNO**  
**APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994

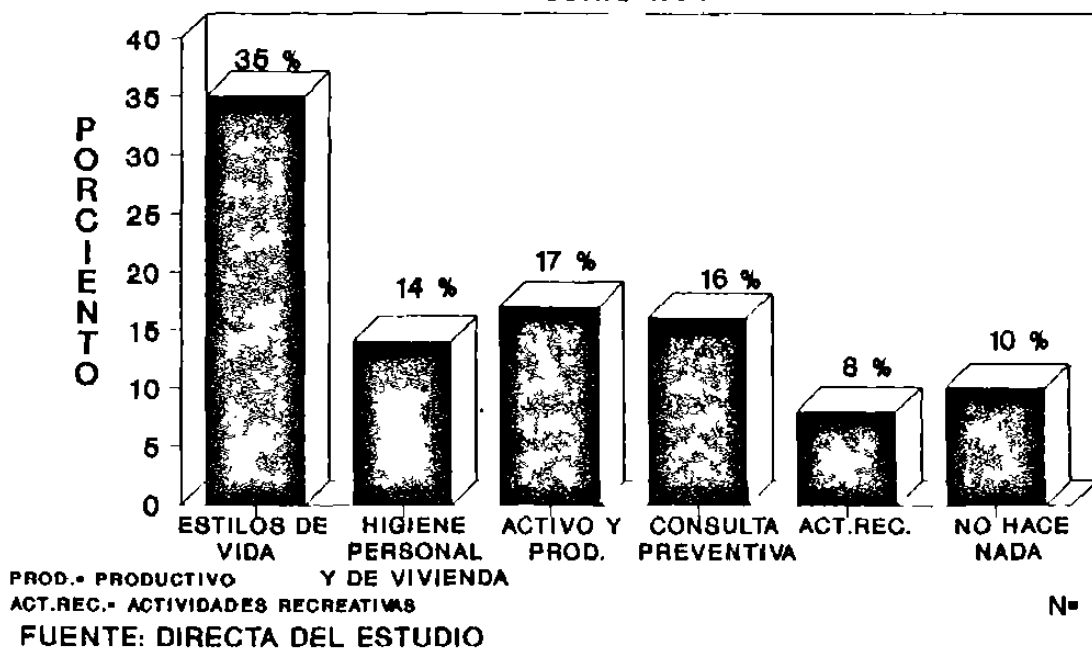


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Nº 202

De acuerdo a como percibe su salud la población se encontró que, el 66 por ciento cree que es buena, el 31 por ciento regular, el 2 por ciento dice que es mala y el 1 por ciento no lo puede juzgar.

**FIGURA 15**  
**ACTIVIDADES QUE REALIZA LA POBLACION**  
**ESTUDIADA PARA CONSERVAR LA SALUD EN**  
**COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**  
**JUNIO 1994**

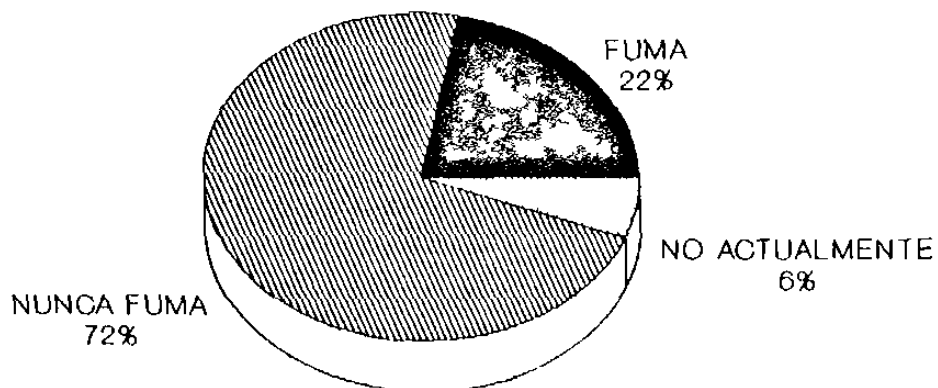


En relación con las actividades que realizan para conservarse sano, el 35 por ciento mantiene estilos de vida saludables (hace ejercicio, no fuma, no bebe y mantiene buenos hábitos de descanso y sueño, cuida su peso), el 14 por ciento mantiene buenos hábitos de higiene personal y de la vivienda, el 17 por ciento procura mantenerse activo y productivo, el 16 por ciento sigue consejos preventivos que le da el personal de salud, el 8 por ciento hace actividades recreativas y el 10 por ciento no realiza actividades para mantenerse sano.

## FIGURA 16

### CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACION ESTUDIADA DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994



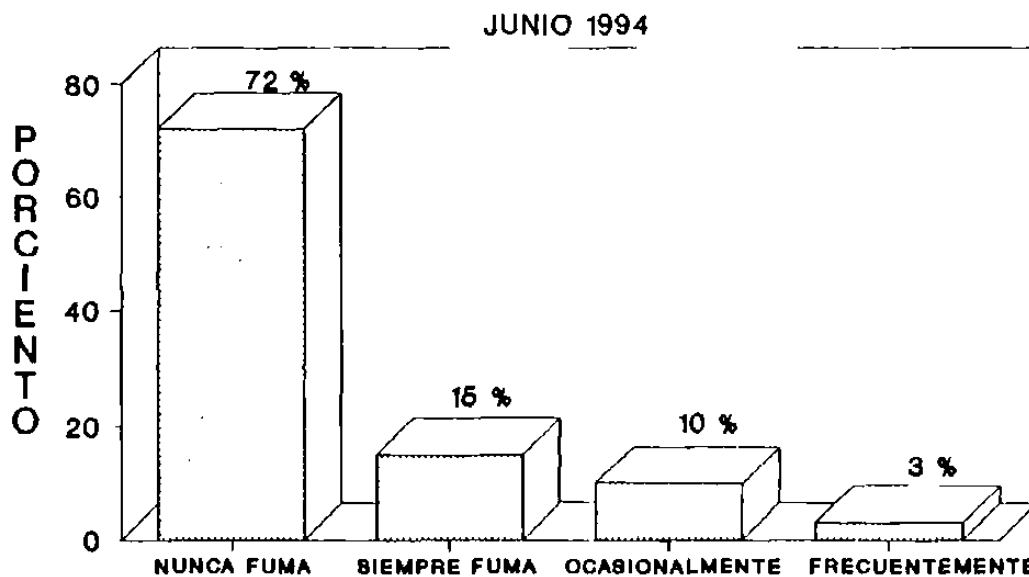
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

De acuerdo con el consumo de tabaco, el 72 por ciento de la población nunca ha fumado, el 22 por ciento sí fuma y el 6 por ciento no fuma actualmente.



**FIGURA 17**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE TABACO EN LA**  
**POBLACION ESTUDIADA DE COLONIA MODERNO**  
**APODACA, APODACA N.L.**



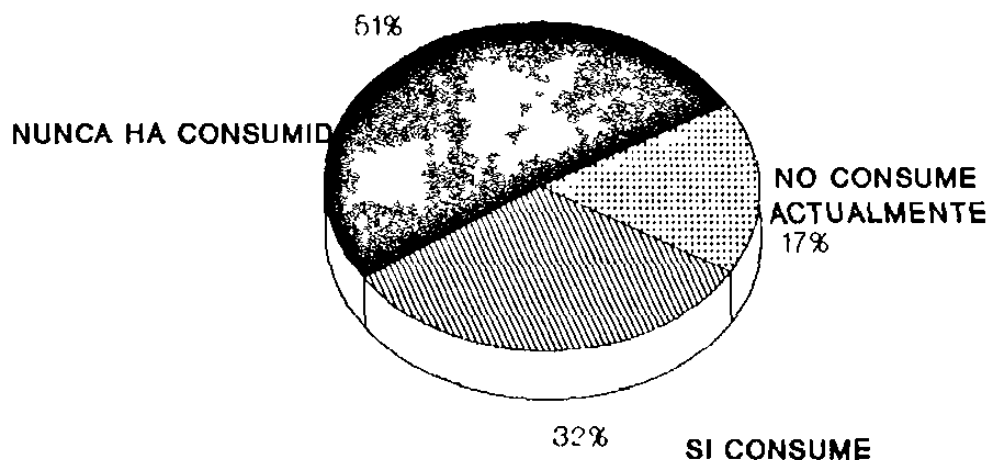
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

En relación a la frecuencia de consumo de tabaco se encontró que el 72 por ciento nunca fumó, el 15 por ciento siempre fuma (todos los días), el 10 por ciento fuma ocasionalmente (rara vez) y el 3 por ciento frecuentemente fuma (2 a 3 veces por semana).

**FIGURA 18**  
**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LA POBLACION**  
**DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994

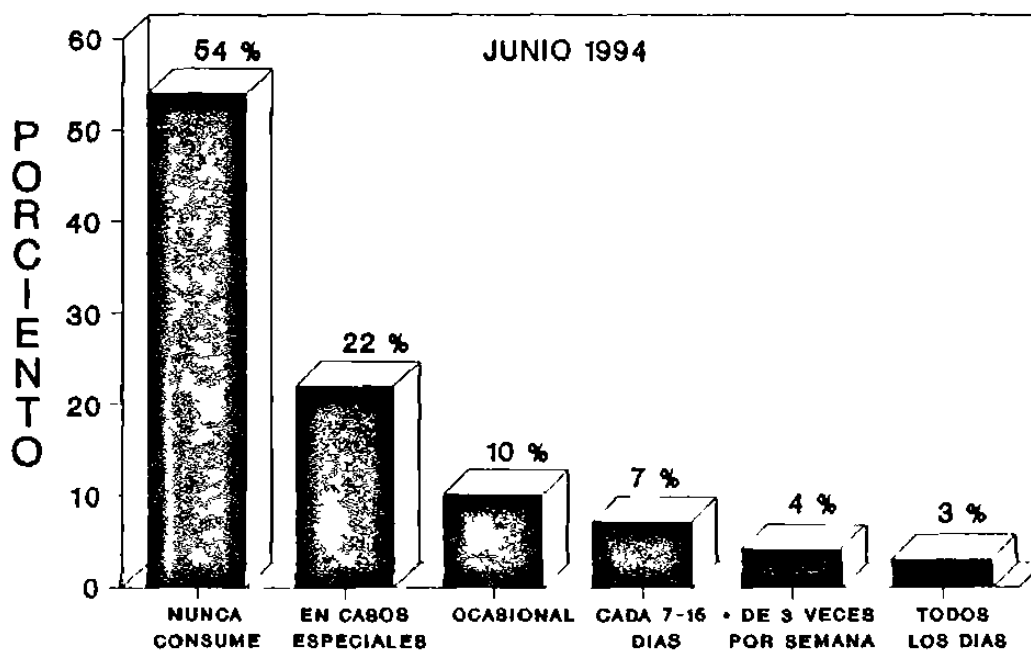


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

De acuerdo al consumo de alcohol, se encontró que el 51 por ciento nunca ha consumido bebidas alcohólicas, el 32 por ciento si consume alcohol, el 17 por ciento actualmente no consume alcohol.

**FIGURA 19**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS**  
**EN POBLACION DE MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

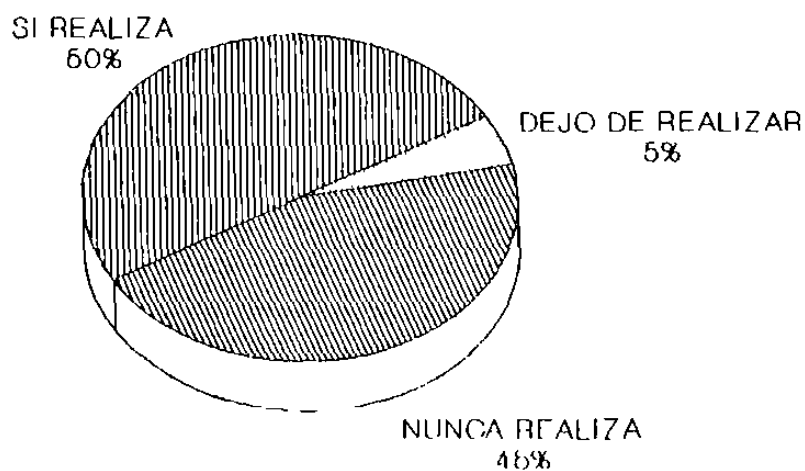


N= 202

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En cuanto a la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas se encontró que el 54 por ciento nunca consume alcohol, el 22 por ciento bebe en casos especiales, el 10 por ciento consume ocasionalmente (rara vez), el 7 por ciento bebe cada 7 o 15 días, el 4 por ciento bebe más de 2 veces por semana y el 3 por ciento bebe todos los días.

**FIGURA 20**  
**REALIZACION DE EJERCICIO EN LA POBLACION ESTUDIADA**  
**DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**  
**JUNIO 1994**

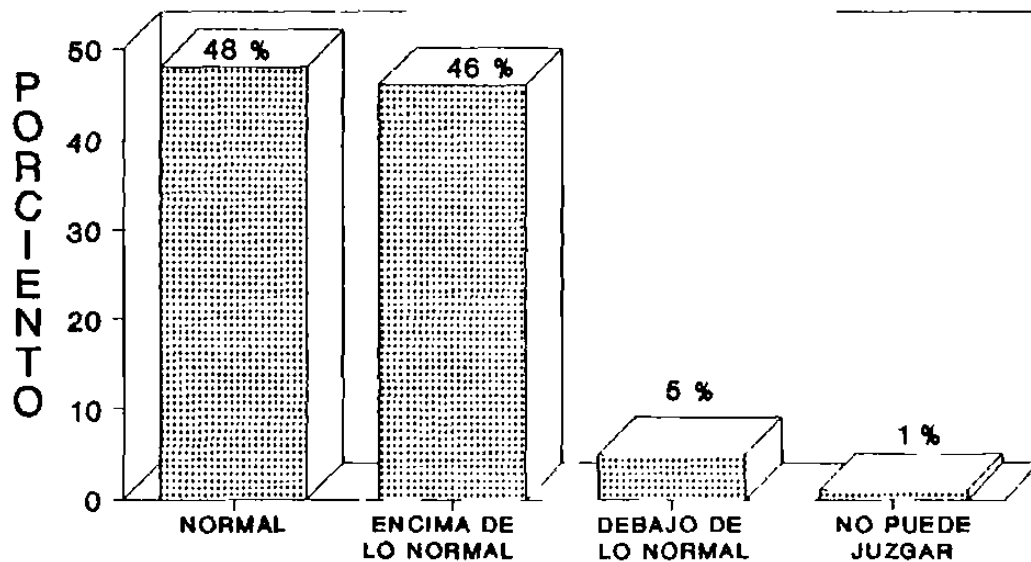


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

N= 202

En relación a la población que realiza ejercicio, se encontró que el 50 por ciento si lo realiza, el 45 por ciento nunca lo realiza y el 5 por ciento dejó de hacer ejercicio.

**FIGURA 21**  
**CONSIDERACION PERSONAL DEL PESO CORPORAL**  
**DE LA POBLACION ESTUDIADA EN COLONIA**  
**MODERNO APODACA, APODACA N.L.**  
 JUNIO 1994



N= 202

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Conforme a la consideración del peso corporal por la población se encontró que el 48 por ciento cree que es normal, el 46 por ciento considera está encima de lo normal, el 5 por ciento por debajo de lo normal y el 1 por ciento no puede juzgar su peso corporal.

#### 4.2 Análisis de datos

Se presentan a continuación 24 cuadros que muestran la correlación de las variables del estudio, se indican las estadísticas obteniendo Chi cuadrada, la V de Cramer y la covariancia.

Por último se interpretan los datos obtenidos en concordancia a las hipótesis propuestas.

## CUADRO 1

### TABAQUISMO Y CONCEPTO DE SALUD EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

TABAQUISMO CONCEPTO DE SALUD	S I		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	35	17.3	120	59.4	8	4	163	80.7
CUMPLIR RESPONSA- BILIDADES EN FORMA NORMAL	1	.5	2	1	2	1	5	2.5
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	1	.5	6	3	1	.5	8	4
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	4	2	10	5	1	.5	15	7.4
JUVENTUD	1	.5	5	2.5	-	-	6	3
NO SABE	2	1	2	1	1	.5	5	2.5
T O T A L	44	21.8	145	71.8	13	6.4	202	100

$\chi^2$  Calc= 14.60     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .16    Calc= Calculada  
 gl= 10                      p= .14                      Covariancia= .03    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

En relación al tabaquismo y concepto de salud, se encontró una Chi cuadrada calculada de 14.60, una Chi cuadrada teórica de 18,30, con 10 grados de libertad, con una significancia de .14 por lo que fué igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .19 lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .03 (Levin 1979).

El cuadro muestra que del 80.7 porciento tiene un concepto biológico (ausencia de enfermedad) y de ellos el 59.4 porciento no fuma ó nunca ha fumado mientras que el resto 41.3 porciento es fumador (ya que es activo o puede volver al hábito).

## CUADRO 2

### FRECUENCIA DE TABAQUISMO Y CONCEPTO DE SALUD EN POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

CONCEPTO DE SALUD	FRECUENCIA DE TABAQUISMO		OCASIONAL MENTE		TODOS LOS DIAS		2-3 VECES SEMANA		NO FUMA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	18	7.9	26	12.9	5	2.5	118	67.4	163	80.7		
CUMPLIR RESPONSABILIDADES EN FORMA NORMAL	-	-	-	-	1	.5	4	2	5	2.5		
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	-	-	1	.5	-	-	7	3.5	8	4		
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	1	.5	4	2	-	-	10	5	15	7.4		
JUVENTUD	1	.5	-	-	-	-	5	2.5	6	3		
NO SABE	2	1	-	-	-	-	3	1.5	5	2.5		
TOTAL	20	9.9	31	15.3	6	3	145	71.8	202	100		

$\chi^2$  Calc= 16.57     $\chi^2$  T= 24.99    V de Cramer= .17    Calc- Calculada  
 gl= 15    P= .34    Covariancia= .03    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

En relación a la frecuencia de tabaquismo con el concepto de salud se observó una Chi cuadrada calculada de 16.57 y una Chi cuadrada teórica de 24.99 con 15 grados de libertad y una significancia de .34 por lo que es igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .17 lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .03 .

El cuadro muestra que el 80.7 por ciento de la población estudiada considera que salud es ausencia de enfermedad o síntomas, y de ellos el 57.4 por ciento no fuma, el 12.9 por ciento fuma todos los días, el 7.9 por ciento fuma ocasionalmente y el 2.5 por ciento fuma 2 y 3 veces por semana.



### CUADRO 3

#### ALCOHOLISMO Y CONCEPTO DE SALUD EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

ALCOHOLISMO CONCEPTO DE SALUD	SI		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	54	26.7	82	40.6	27	13.4	163	80.7
CUMPLIR RESPONSA- BILIDADES EN FORMA NORMAL	1	.5	2	1	2	1	5	2.5
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	3	1.5	5	2.5	-	-	8	4
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	2	1	9	4.5	4	2	15	7.4
JUVENTUD	2	1	3	1.5	1	.5	6	3
NO SABE	3	1.5	1	.5	1	.5	5	2.5
TOTAL	65	32.2	102	50.5	35	17.3	202	100

$\chi^2$  Calc= 8.43     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .14    Calc= Calculada  
 gl= 10    p= .13    Covariancia= .02    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

De acuerdo al alcoholismo y el concepto de salud, se observó una Chi cuadrada calculada de 8.43, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad y una significancia de .13 por lo que fué igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .14 mostrando correlación positiva débil y una covariancia de .02.

Los datos muestran que del 80.7 por ciento que tiene un concepto biológico de la salud el 40.6 por ciento nunca ha consumido alcohol y el resto 40.1 es bebedor activo el 26.7 por ciento si consume alcohol y el 13.4 no lo consume actualmente.

## CUADRO 4

**FRECUENCIA DE ALCOHOLISMO Y CONCEPTO DE SALUD EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L. JUNIO 1994**

CONCEPTO DE SALUD	TODOS LOS DIAS		DE 2 V SEMANA		CADA 7-15 DIAS		OCASIONALMENTE		CASOS ESP.		NUNCA TOMA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	6	3	6	3	12	5.9	15	7.4	38	18.4	88	42.6	163	80.7
CUMPLIR RESPONSABILIDADES EN FORMA NORMAL	-	-	1	.5	1	.5	-	-	1	.5	2	1	5	2.5
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	-	-	-	-	-	-	1	.5	2	1	5	2.5	8	4
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	-	-	-	-	1	.5	1	.5	1	.5	12	5.9	15	7.4
JUVENTUD	-	-	-	-	-	-	2	1	1	.5	3	1.5	6	3
NO SABE	-	-	-	-	1	.5	1	.5	2	1	1	.5	5	2.5
<b>T O T A L</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>3.5</b>	<b>15</b>	<b>7.4</b>	<b>20</b>	<b>9.9</b>	<b>45</b>	<b>22.3</b>	<b>108</b>	<b>54.8</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

$\chi^2$  Calc= 8.43     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .15    Calc= Calculada    ESP= ESPECIALES  
 gl= 10    p= .58    Covariancia= .02    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD    V= VECES

De acuerdo a la frecuencia de consumo de alcohol y el concepto de salud se encontró una Chi cuadrada calculada de 8.43 y una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad y una p de .58 por lo que no se encontró significancia estadística. La V de Cramer fué de .15 mostrando una correlación débil y una covariancia de .02 .

El cuadro muestra que del 80.7 porciento que tiene como concepto de salud ausencia de enfermedad o síntomas el 42.6 nunca toma, y el resto 18.4 porciento toma en casos especiales, 7.4 porciento bebe ocasionalmente, el 5.9 consume alcohol cada 7 ó 15 días, el 6 porciento bebe más de dos veces por semana o diario lo que significa dependencia del alcohol.

## CUADRO 5

### EJERCICIO Y CONCEPTO DE SALUD EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

EJERCICIO CONCEPTO DE SALUD	S I		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	75	37.1	80	39.6	8	4	163	80.7
CUMPLIR RESPONSA- BILIDADES EN FORMA NORMAL	4	2	1	.5	-	-	5	2.5
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	6	3	2	1	-	-	8	4
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	9	4.5	4	2	2	1	15	7.4
JUVENTUD	5	2.5	1	.5	-	-	6	3
NO SABE	2	1	3	1.5	-	-	5	2.5
T O T A L	101	50	91	45	10	5	202	100

$\chi^2$  Calc= 11.91     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .17    Calc= Calculada  
 gl= 10    p= .19    Covariancia= .02    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

De acuerdo con ejercicio y concepto de salud, se observa una Chi cuadrada calculada de 11.91, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad, con una significancia de .19 por lo que fué igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .17 por lo que se muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .02 .

Los datos muestran que el 80.7 por ciento tiene un concepto biológico de la salud el 39.6 por ciento nunca ha realizado ejercicio, el resto 41.1 por ciento sí realiza ejercicio o lo realizó en el pasado.

**CUADRO 6**  
**FRECUENCIA DE EJERCICIO Y CONCEPTO DE SALUD EN LA**  
**POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**  
**JUNIO 1994**

CONCEPTO DE SALUD	FRECUENCIA DE EJERCICIO		2-+ VECES SEMANA		1 VEZ POR SEMANA		CADA 2 SEMANAS		EXCEPCIONALMENTE		NO REALIZA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	47	23.3	31	15.3	1	.5	10	5	74	36.6	183	80.7		
CUMPLIR RESPONSABILIDADES EN FORMA NORMAL	2	1	1	.5	1	.5	-	-	1	.5	5	2.5		
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	1	.5	6	2.5	-	-	-	-	2	1	8	4		
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	6	3	1	.5	2	1	1	.5	6	2.5	15	7.4		
JUVENTUD	3	1.5	2	1	-	-	-	-	1	.5	6	3		
NO SABE	-	-	2	1	1	.5	1	.5	1	.5	5	2.5		
TOTAL	59	29.2	42	20.8	5	2.5	12	5.9	84	41.6	202	100		

$\chi^2$  Calc= 41.99     $\chi^2$  T= 31.41    V de Cramer= .29    Calc= Calculada  
 gl= 20    p= .00    Covariancia= .05    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

En relación a la frecuencia de ejercicio y concepto de salud se observó una Chi cuadrada calculada de 41.99, una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad, y una significancia de .00, observando que es diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .23 mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .05 .

El cuadro muestra que del 80.7 por ciento que tiene un concepto biológico de la salud el 36.6 por ciento no realiza ejercicio, el resto 44.1 por ciento realiza ejercicio de la manera siguiente: 23.3 por ciento lo practica dos veces ó más a la semana, el 15.3 por ciento lo realiza una vez por semana, el 5.0 excepcionalmente lo ejecuta y el .5 por ciento hace ejercicio cada dos semanas.

## CUADRO 7

**AUTOPERCEPCION DEL PESO CORPORAL Y CONCEPTO DE SALUD  
EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**

JUNIO 1994

AUTOPERCEPCION DE PESO CONCEPTO DE SALUD	NORMAL		BAJO		ALTO		NO PUEDE JUZZGAR		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	78	37.6	8	4	78	38.6	1	.5	163	80.7
CUMPLIR RESPONSA- BILIDADES EN FORMA NORMAL	4	2	-	-	1	.5	-	-	5	2.5
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	6	2.5	-	-	3	1.5	-	-	8	4
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	6	3	1	.5	8	4	-	-	15	7.4
JUVENTUD	4	2	1	.5	1	.5	-	-	6	3
NO SABE	3	1.5	-	-	2	1	-	-	5	2.5
<b>T O T A L</b>	<b>98</b>	<b>48.5</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>93</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

$\chi^2$  Calc= 7.43     $\chi^2$  T= 24.99    V de Cramer= .11    Calc. Calculada  
 g/ = 16    p = .94    Covariancia= .01    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

De acuerdo a la autopercepción del peso corporal y concepto de salud, se observó una Chi cuadrada calculada de 7.43, una Chi cuadrada teórica de 24.99, con 15 grados de libertad, una significancia de .94, observando que es igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .11 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .01.

Los datos muestran que el 48.5 por ciento que considera tener un peso normal, el 37.6 por ciento tiene un concepto de salud biológico y el 46 por ciento considera su peso como alto, de ellos el 38.6 por ciento piensa que la salud es ausencia de enfermedad.

## CUADRO 8

### INDICE DE MASA CORPORAL Y CONCEPTO DE SALUD EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

CONCEPTO DE SALUD \ INDICE DE MASA CORPORAL	BUGESTIVO OBESIDAD		SOBREPESO		NORMAL		RIESGO DEF.ENERG		BUGESTIVO DEF. ENERG		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
AUSENCIA DE ENF. O SINTOMAS	38	17.8	67	33.2	54	26.7	4	2	2	1	163	80.7
CUMPLIR RESPONSABILIDADES EN FORMA NORMAL	-	-	3	1.5	1	.5	1	.5	-	-	5	2.5
SENSACION DE BIENESTAR Y ARMONIA CON MEDIO AMBIENTE	1	.5	2	1	5	2.5	-	-	-	-	8	4
SENTIRSE BIEN CON DIOS Y ARMONIA ENTRE EL BIEN Y EL MAL	4	2	8	4.5	2	1	-	-	-	-	15	7.4
JUVENTUD	-	-	2	1	3	1.5	1	.5	-	-	6	3
NO SABE	1	.5	2	1	2	1	-	-	-	-	5	2.5
<b>T O T A L</b>	<b>42</b>	<b>20.8</b>	<b>85</b>	<b>42.1</b>	<b>67</b>	<b>33.2</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

$x^2$  Calc= 19.99     $x^2$  T= 31.41    V de Cramer= .16    Calc= Calculada    DEF.- DEFICIENCIA  
 gl= 20    p= .25    Covariancia= .03    T= Teórica    ENERG.= ENERGETICA  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

En relación al índice de masa corporal y concepto de salud se observó una Chi cuadrada calculada de 19.99, una Chi cuadrada teórica de 31.41 con 20 grados de libertad, una significancia de .25 observando que es igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .16 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .03.

En el cuadro se observa que del 52.2 por ciento que tiene sobrepeso y obesidad el 51 por ciento tiene un concepto de salud biológico y el 33.2 por ciento que tiene peso normal el 26.7 por ciento tiene un concepto de salud biológico.

## CUADRO 9

### TABAQUISMO Y VALORES PRIORITARIOS EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

TABAQUISMO VALORES	SI		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FAMILIA	27	13.4	77	38.1	6	3	110	54.6
SALUD	7	3.5	32	15.8	3	1.5	42	20.8
TRABAJO Y DINERO	5	2.5	14	6.9	1	.5	20	9.9
AMISTAD	1	.5	3	1.5	1	.5	5	2.5
RELIGION	3	1.5	17	8.4	-	-	20	9.9
NO SABE	1	.5	2	1	2	1	5	2.5
TOTAL	44	21.8	145	71.8	13	6.4	202	100

$\chi^2$  Calc= 14.61     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .19    Calc= Calculada  
 gl= 10                      p= .14                      Covariancia= .04    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a las variables de tabaquismo y valores prioritarios en su vida se encontró en la población estudiada una Chi cuadrada calculada de 14.61, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad, una significancia de .14 observando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .19 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .04 .

Estos datos muestran que el 54.5 por ciento considera la familia como el principal valor de su vida y de ellos el 38.1 por ciento nunca ha fumado y el 16.4 por ciento son fumadores activos y potenciales. El segundo valor de importancia en la población estudiada fué la salud con un 20.8 por ciento y de ellos el 15.8 por ciento nunca ha fumado y el 5 por ciento son fumadores activos y potenciales.

## CUADRO 10

### ALCOHOLISMO Y VALORES PRIORITARIOS EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

VALORES \ ALCOHOLISMO	S I		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FAMILIA	41	20.3	50	24.8	19	9.4	110	54.5
SALUD	11	5.4	22	10.9	9	4.6	42	20.8
TRABAJO Y DINERO	7	3.5	12	5.9	1	.5	20	9.9
AMISTAD	2	1	1	.5	2	1	5	2.5
RELIGION	2	1	16	7.9	2	1	20	9.8
NO SABE	2	1	1	.5	2	1	5	2.5
TOTAL	66	32.2	102	50.5	35	17.3	202	100

$\chi^2$  Calc= 16.63     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .20    Calc= Calculada  
 gl= 10                    p= .07                    Covariancia= .04    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a las variables de alcoholismo y valores prioritarios en su vida se encontró una Chi cuadrada calculada de 16.63, una Chi cuadrada teórica de 18.30, con 10 grados de libertad, una significancia de .07, observando que es igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .20 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .04 .

Los datos reportados en la población estudiada señalan que el 50.5 por ciento nunca ha consumido alcohol y de ellos el 24.8 por ciento considera como valor principal a la familia y el 10.9 por ciento a la salud, el resto 49.5 por ciento consumen alcohol actualmente y lo han consumido de ellos el 29.7 por ciento consideran a la familia su principal valor.



## CUADRO 11

### EJERCICIO Y VALORES PRIORITARIOS EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

VALORES \ REALIZA EJERCICIO	SI		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FAMILIA	57	28.2	47	23.3	6	3	110	54.5
SALUD	22	10.9	17	8.4	3	1.5	42	20.8
TRABAJO Y DINERO	10	5	10	5	-	-	20	9.9
AMISTAD	3	1.5	2	1	-	-	5	2.5
RELIGION	6	3	13	6.4	1	.5	20	9.9
NO SABE	3	1.5	2	1	-	-	5	2.5
TOTAL	101	50	91	45	10	5	202	100

$\chi^2$  Calc= 6.13     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .12    Calc= Calculada  
 gl= 10    p= .80    Covariancia= .01    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO    ENF= ENFERMEDAD

Al relacionar el ejercicio con el valor prioritario en su vida, se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 6.13, una Chi cuadrada teórica de 18.30, con 10 grados de libertad, una significancia de .80 observando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .12 por lo que existe una correlación positiva débil y una covariancia de .01.

Los datos muestran que el 55 por ciento hace ejercicio o lo ha practicado, de ellos el 31.2 por ciento tienen como principal valor a la familia. Del 45 restante que nunca ha practicado ejercicio el 23.3 por ciento tiene a la familia como valor prioritario y el 8.4 por ciento considera la salud como su principal valor.

## CUADRO 12

**AUTOPERCEPCION DEL PESO CORPORAL Y VALORES PRIORITARIOS  
EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.  
JUNIO 1994**

VALORES \ PESO	NORMAL		DEBAJO DE LO NORMAL		ARRIBA DE LO NORMAL		NO PUEDE JUZGAR		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FAMILIA	62	30.7	5	2.5	43	21.3	-	-	110	54.5
SALUD	18	7.9	3	1.5	22	10.9	1	.5	42	20.8
TRABAJO Y DINERO	6	3	1	.5	13	6.4	-	-	20	9.9
AMISTAD	4	2	-	-	1	.5	-	-	5	2.5
RELIGION	7	3.5	1	.5	12	5.9	-	-	20	9.9
NO SABE	3	1.5	-	-	2	1	-	-	5	2.5
TOTAL	98	48.5	10	5	93	46	1	.5	202	100

$\chi^2$  Calc= 15.11     $\chi^2$  T= 24.99    V de Cramer= .16    Calc- Calculada  
 gl= 15                      p= .44                      Covariancia= .03    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De acuerdo a la autopercepción del peso corporal y valores prioritarios se encontró una Chi cuadrada calculada de 15.11, una Chi cuadrada teórica de 24.99 con 15 grados de libertad, una significancia de .44, observando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .16 lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .03.

Los datos muestran en la población estudiada que el primer valor es la familia con un 54.5 por ciento de los cuales el 30.7 por ciento percibe su peso como normal, el 21.3 por ciento por arriba de lo normal, el segundo valor es la salud con un 20.8 por ciento, de ellos el 10.9 por ciento percibe su peso arriba de lo normal, y el 7.9 por ciento lo percibe normal.

## CUADRO 13

### TABAQUISMO Y PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

PERCEPCION DE LA SALUD \ TABAQUISMO	SI		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BUENA	33	16.3	94	46.5	6	3	133	65.8
REGULAR	10	4.9	46	22.8	7	3.5	63	31.2
MALA	-	-	3	1.5	-	-	3	1.5
NO PUEDE JUZGAR	1	.5	2	1	-	-	3	1.5
TOTAL	44	21.7	145	71.8	13	6.5	202	100

$\chi^2$  Calc= 6.07     $\chi^2$  T= 12.59    V de Cramer= .12    Calc= Calculada  
 gl= 6    p = .25    Covariancia= .01    T= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La correlación tabaquismo con percepción del estado de salud se encontró una Chi cuadrada teórica de 12.59, con una Chi cuadrada calculada de 6.07, una significancia de .25 con 6 grados de libertad observando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .12 lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .01.

El cuadro muestra que el 65.8 por ciento percibe como buena su salud, de ellos el 46.5 por ciento nunca fuma y el 16.3 por ciento si consume tabaco. El 31.2 por ciento percibe su salud como regular, de ellos el 22.8 por ciento nunca fuma y el 4.9 por ciento sí fuma, el 1.5 por ciento percibe como mala su salud y además nunca ha fumado.

## CUADRO 14

### ALCOHOLISMO Y PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.

JUNIO 1994

ALCOHOLISMO PERCEPCION DE LA SALUD	S I		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BUENA	48	24.3	63	31.2	21	10.4	133	65.8
REGULAR	14	6.9	35	17.3	14	6.9	63	31.2
MALA	-	-	3	1.5	-	-	3	1.5
NO PUEDE JUZGAR	2	1	1	.5	-	-	3	1.5
T O T A L	65	32.2	102	50.5	35	17.3	202	100

$\chi^2$  Calc= 9.21     $\chi^2$  T= 12.59    V de Cramer= .15    Calc= Calculada  
 gl= 6            p= .20            Covariancia= .02    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Al relacionar el alcoholismo y percepción del estado de salud se encontró una Chi cuadrada calculada de 9.21, una Chi cuadrada teórica de 12.59, una significancia de .20 con 6 grados de libertad observando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .15 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .02 .

Los datos muestran que el 65.8 por ciento percibe su salud como buena y de ellos el 31.2 por ciento nunca ha consumido alcohol, el 24.3 sí consume y el 10.4 por ciento actualmente no bebe alcohol. El 31.2 por ciento percibe su salud como regular, de ellos el 17.3 por ciento nunca ha consumido alcohol, el 6.9 sí consume y el 6.9 por ciento actualmente no consume bebidas alcoholicas.

**CUADRO 15**  
**EJERCICIO Y PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD DE LA**  
**POBLACION EN COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**  
**JUNIO 1994**

EJERCICIO PERCEPCION DE LA SALUD	S I		NUNCA		NO ACTUALMENTE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BUENA	88	33.7	57	28.2	8	4	133	65.8
REGULAR	30	14.8	32	15.8	1	.5	63	31.2
MALA	2	1	1	.5	-	-	3	1.5
NO PUEDE JUZGAR	1	.5	1	.5	1	.5	3	1.5
T O T A L	101	50	91	45	10	5	202	100

$\chi^2$  Calc= 7.99     $\chi^2$  T= 12.59    V de Cramer= .14    Calc= Calculada  
 gl= 6    p= .23    Covariancia= .01    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación al ejercicio y percepción de salud, se observó una Chi cuadrada calculada de 7.99, una Chi cuadrada teórica de 12.59 con 6 grados de libertad y una significancia de .23 observando que es igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .14 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .01.

El cuadro muestra que el 65.8 por ciento percibe como buena su salud, de ellos el 33.7 por ciento sí realiza ejercicio, el 28.2 por ciento nunca realiza ejercicio, el 31.2 percibe su salud como regular, de ellos el 15.8 por ciento nunca realiza ejercicio, el 14.8 por ciento sí realiza ejercicio, el 1.5 percibe como mala su salud y además nunca hacen ejercicio.

**CUADRO 16**  
**AUTOPERCEPCION DEL PESO CORPORAL Y PERCEPCION DEL**  
**ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION EN COLONIA MODERNO**  
**APODACA, APODACA N.L.**  
**JUNIO 1994**

AUTOPERCEPCION DE PESO PERCEPCION DE LA SALUD	NORMAL		BAJO		ALTO		NO PUEDE JUZGAR		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
BUENA	69	34.1	5	2.5	58	28.7	1	.5	133	65.8
REGULAR	28	13.9	4	2	31	15.3	-	-	63	31.2
MALA	-	-	1	.5	2	1	-	-	3	1.5
NO PUEDE JUZGAR	1	.5	-	-	2	1	-	-	3	1.5
<b>T O T A L</b>	<b>98</b>	<b>48.5</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>93</b>	<b>46</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>202</b>	<b>100</b>

$\chi^2$  Calc= 9.16       $\chi^2$  T= 16.91      V de Cramer= .12      Calc= Calculada  
 gl= 9                      p= .22                      Covariancia= .01      T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la autopercepción del peso corporal y percepción del estado de salud, se observó una Chi cuadrada calculada de 9.16, una Chi cuadrada teórica de 16.91, con 9 grados de libertad y una significancia de .22 por lo que fué igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .12 por lo que da una correlación positiva débil, una covariancia de .01.

El cuadro muestra que el 65.8 por ciento percibe como buena su salud, de ellos el 34.1 por ciento considera su peso normal, el 28.7 por ciento lo considera alto y el 2.5 por ciento bajo. El 31.2 por ciento percibe su salud como regular, el 13.9 por ciento lo considera normal y el 2 por ciento bajo, el 1.5 percibe su salud como mala y el 1.5 por ciento no lo puede juzgar.

**CUADRO 17**  
**ACTIVIDADES QUE REALIZA PARA MANTENERSE SANO Y**  
**RESPUESTA QUE TENDRIA SI DEJARA DE FUMAR LA POBLACION**  
**DE MODERNO APODACA, APODACA N.L**  
**JUNIO 1994**

RESPUESTA QUE TENDRIA SI DEJARA DE ACT. QUE REALIZA PARA ESTAR SANO	EXITO		SIN EXITO		NO SABE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CONSULTA PREVENTIVA	11	5.4	2	1	20	9.9	33	16.3
EJERCICIO PERIODICO, NO TOMAR, NO FUMAR CUIDAR SU PESO Y SU ALIMENTACION	44	21.8	7	3.5	12	5.9	63	31.2
HIGIENE PERSONAL Y DE VIVIENDA	23	11.4	5	2.5	9	4.5	37	18.3
ACTIVIDAD RECREATIVA CON LA FAMILIA	14	6.9	2	1	1	.5	17	8.4
ACTIVO Y PRODUCTIVO	28	12.8	2	1	8	3	34	16.8
NO HAGO NADA	13	6.4	1	.5	4	2	18	8.9
T O T A L	131	64.9	19	9.4	52	25.7	202	100

$\chi^2$  Calc= 29.34     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .27    Calc= Calculada  
 gl= 10    p= .00    Covariancia= .07    T= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la respuesta que tendría si dejara de fumar con las actividades que realiza para mantenerse sano se encontró una Chi cuadrada calculada de 29.34, una Chi cuadrada teórica de 18.30, con 10 grados de libertad y una significancia de .00 observando que es diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .27 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .07.

El cuadro muestra que la población estudiada considera en un 64.9 por ciento que tendría éxito si dejara de fumar de ellos el 21.8 por ciento realiza actividades para mejorar estilos de vida, el 12.9 por ciento se mantiene activo y productivo, el 11.4 por ciento procura tener higiene personal y de la vivienda, el 6.9 por ciento realiza actividades recreativas con la familia, el 6.4 por ciento no hace nada y el 5.4 acude a consulta preventiva.

**CUADRO 18**  
**ACTIVIDADES QUE REALIZA PARA MANTENERSE SANO Y**  
**RESPUESTA QUE TENDRIA SI DEJARA DE BEBER LA POBLACION**  
**DE MODERNO APODACA, APODACA N.L**  
**JUNIO 1994**

ACT. QUE REALIZA PARA ESTAR SANO	RESPUESTA QUE TENDRIA SI DEJARA DE BEBER		EXITO		SIN EXITO		NO SABE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CONSULTA PREVENTIVA	14	6.9	2	1	17	8.4	93	16.9		
EJERCICIO PERIODICO, NO TOMAR, NO FUMAR CUIDAR SU PESO Y SU ALIMENTACION	50	24.8	5	2.5	8	4	63	31.2		
HIGIENE PERSONAL Y DE VIVIENDA	29	14.4	1	.5	7	3.5	37	18.3		
ACTIVIDAD RECREATIVA CON LA FAMILIA	16	7.9	1	.5	-	-	17	8.4		
ACTIVO Y PRODUCTIVO	28	13.9	1	.5	5	2.5	34	16.8		
NO HAGÓ NADA	15	7.4	-	-	3	1.5	18	8.9		
<b>T O T A L</b>	<b>152</b>	<b>75.2</b>	<b>10</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>19.8</b>	<b>202</b>	<b>100</b>		

$\chi^2$  Calc= 31.17     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .28    Calc- Calculada  
 gl= 10    p= .00    Covariancia= .08    T= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la respuesta que tendría si dejara de beber con las actividades que realiza para mantenerse sano se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 31.17, una Chi cuadrada teórica de 18.30, con 10 grados de libertad, una significancia de .00, observando que fué diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fué de .28 lo que da una correlación positiva débil y una covariancia de .08 .

Los datos obtenidos con la población estudiada muestran que el 75.2 por ciento considera tendría éxito si deseara dejar de consumir alcohol de ellos el 24.8 por ciento realiza actividades para mejorar sus estilos de vida, el 14.4 por ciento procura tener buena higiene personal y de la vivienda, el 13.9 por ciento se mantiene activo y productivo, el 7.9 por ciento realiza actividades recreativas con la familia, el 6.9 por ciento acude a consulta preventiva y el 7.4 por ciento no hace ninguna actividad.



**CUADRO 19**  
**ACTIVIDADES QUE REALIZA PARA MANTENERSE SANO Y**  
**RESPUESTA QUE TENDRIA SI REALIZARA EJERCICIO LA**  
**POBLACION DE MODERNO APODACA, APODACA N.L**  
 JUNIO 1994

RESPUESTA QUE TENDRIA SI REALIZARA EJERCICIO ACT. QUE REALIZA PARA ESTAR SANO	EXITO		SIN EXITO		NO SABE		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CONSULTA PREVENTIVA	16	7.9	1	.5	16	7.9	33	16.3
EJERCICIO PERIODICO, NO TOMAR, NO FUMAR CUIDAR SU PESO Y SU ALIMENTACION	55	27.2	2	1	6	3	63	31.2
HIGIENE PERSONAL Y DE VIVIENDA	29	14.4	2	1	6	3	37	18.3
ACTIVIDAD RECREATIVA CON LA FAMILIA	15	7.4	1	.5	1	.5	17	8.4
ACTIVO Y PRODUCTIVO	31	15.3	1	.5	2	1	34	16.8
NO HAGO NADA	10	5	2	1	6	3	18	8.9
T O T A L	166	77.2	9	4.5	37	18.3	202	100

$\chi^2$  Calc= 34.74     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .30    Calc- Calculada  
 gl= 10    p= .00    Covariancia= .09    T= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De acuerdo a la respuesta que tendría si realizara ejercicio y las actividades que hace para mantenerse sano se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 34.74 y Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad, una significancia de .00 por lo que fué diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fué de .30 por lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .09.

Los datos mostrados señalan que el 77.2 por ciento consideran tener éxito si desearan realizar ejercicio, de ellos el 27.2 por ciento procura mantener estilos de vida saludables, el 15.3 por ciento se mantiene activo y productivo, el 14.4 por ciento realiza actividades para mantener higiene personal y de la vivienda, el 7.9 por ciento acude a consulta preventiva, el 7.4 por ciento realiza actividades recreativas con la familia y el 5.0 no realiza actividades para mantenerse sano.

**CUADRO 20**  
**ACTIVIDADES QUE REALIZA PARA MANTENERSE SANO Y**  
**RESPUESTA QUE TENDRIA AL BAJAR DE PESO LA POBLACION**  
**DE MODERNO APODACA, APODACA N.L**  
**JUNIO 1994**

RESPUESTA QUE TENDRIA SI BAJARA DE PESO ACT. QUE REALIZA PARA ESTAR SANO	EXITO		SIN EXITO		NO SABE		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
CONSULTA PREVENTIVA	19	9.4	-	-	14	6.9	33	16.3
EJERCICIO PERIODICO, NO TOMAR, NO FUMAR CUIDAR SU PESO Y SU ALIMENTACION	52	25.7	4	2	7	3.5	63	31.2
HIGIENE PERSONAL Y DE VIVIENDA	27	13.4	5	2.5	5	2.5	37	18.3
ACTIVIDAD RECREATIVA CON LA FAMILIA	14	6.9	3	1.5	-	-	17	8.4
ACTIVO Y PRODUCTIVO	31	15.3	1	.5	2	1	34	16.8
NO HAGO NADA	13	6.4	3	1.5	2	1	18	8.9
T O T A L	158	77.2	18	7.9	30	14.9	202	100

$\chi^2$  Calc= 34.11     $\chi^2$  T= 18.30    V de Cramer= .30    Calc= Calculada  
 gl= 10    p= .00    Covariancia= .09    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la respuesta que tendría para bajar de peso y las actividades que realiza para estar sano, se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 34.11, una Chi cuadrada teórica de 18.30 con 10 grados de libertad, una significancia de .00 por lo que fué diferente lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .30 por lo que mostró una correlación positiva débil y una covariancia de .09.

Los datos muestran que el 77.2 por ciento considera tener éxito si deseara bajar de peso de ellos el 25.7 por ciento practica estilos de vida saludables, el 15.3 por ciento se mantiene activo y productivo, el 13.4 por ciento procura tener buena higiene personal y de la vivienda, el 9.4 por ciento acude a consulta preventiva, el 6.9 por ciento realiza actividades recreativas con la familia y el 6.4 por ciento no realiza actividades con este fin.

**CUADRO 21**  
**CREENCIAS DE ENFERMAR POR FUMAR Y QUE LE FALTA**  
**PARA ESTAR SANO EN LA POBLACION DE COLONIA MODERNO**  
**APODACA, APODACA N.L**  
**JUNIO 1994**

CREE ENFERMAR POR FUMAR QUE LE FALTA PARA ESTAR SANO	S I		N O		T O T A L	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
PAZ CON DIOS Y JUVENTUD	14	6.9	-	-	14	6.9
TRANQUILIDAD ECONOMICA Y FAMILIAR	26	12.9	-	-	26	12.9
CURAR ENFERMEDAD	31	16.3	2	1	33	16.3
DEJAR HABITOS PERJUDICIALES	7	3.5	-	-	7	3.5
VIDA ARMONICA EN FAMILIA Y TRABAJO	8	4	1	.5	9	4.5
NO SABE QUE LE FALTA	15	7.4	1	.5	16	7.9
NO LE FALTA NADA	96	47.5	1	.5	97	48
T O T A L	197	97.5	5	2.5	202	100

$\chi^2$  Calc= 7.51     $\chi^2$  T= 12.59    V de Cramer= .19    Calc= Calculada  
 gl= 6    p= .26    Covariancia= .04    T= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la creencia de enfermar por fumar en la población estudiada y que le falta para estar sano se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 7.51 una Chi cuadrada teórica de 12.59 con 6 grados de libertad, una significancia de .26 por lo que fué igual lo obtenido con lo esperado La V de cramer fué de .19 por lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .04 .

Los datos muestran que el 97.5 por ciento cree que el fumar lo enfermaría y de ellos el 47.5 por ciento considera que no le falta nada para estar sano, el 15.3 por ciento le falta tranquilidad económica y familiar, el 7.4 por ciento no sabe que le hace falta, el 6.9 por ciento le falta juventud y estar en paz con Dios, el 4.0 le falta vida armónica en el trabajo y con la familia, y por último el 3.5 por ciento quiere dejar hábitos perjudiciales a la salud.

**CUADRO 22**  
**CREENCIAS DE ENFERMAR POR BEBER Y QUE LE FALTA**  
**PARA ESTAR SANO EN LA POBLACION DE COLONIA**  
**MODERNO APODACA, APODACA N.L**  
**JUNIO 1994**

CREE ENFERMAR POR BEBER QUE LE FALTA PARA ESTAR SANO	SI		NO		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
PAZ CON DIOS Y JUVENTUD	13	6.4	1	.5	14	6.9
TRANQUILIDAD ECONOMICA Y FAMILIAR	23	11.4	3	1.5	26	12.9
CURAR ENFERMEDAD	32	15.8	1	.5	33	16.3
DEJAR HABITOS PERJUDICIALES	7	3.5	-	-	7	3.5
VIDA ARMONICA EN FAMILIA Y TRABAJO	9	4.5	-	-	9	4.5
NO SABE QUE LE FALTA	16	7.9	-	-	16	7.9
NO LE FALTA NADA	92	45.5	5	2.5	97	48
T O T A L	192	95	10	5	202	100

$\chi^2$  Calc= 4.47     $\chi^2$  T= 12.59    V de Cramer= .15    Calc= Calculada  
 gl= 6    p= .41    Covariancia= .02    T= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

En relación a la creencia de enfermar por beber y que le falta para estar sano se obtuvo una Chi cuadrada calculada de 4.47, una Chi cuadrada teórica de 12.59 con 6 grados libertad, una significancia de .41 por lo que fué igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .15 por lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .02.

Los datos observados muestran que el 95 por ciento de la población estudiada cree enfermar por beber y de ellos el 45.5 por ciento considera que no le hace falta nada para mantenerse sano, el 15.8 por ciento necesita curarse, el 11.4 por ciento requiere tranquilidad económica y familiar el 7.9 por ciento necesita juventud y estar en paz con Dios, el 4.5 por ciento señala que requiere vida armónica con la familia y trabajo y el 3.5 por ciento reconoce que necesita dejar hábitos perjudiciales a la salud.

**CUADRO 23**  
**CREENCIAS DE ENFERMAR POR NO HACER EJERCICIO Y QUE LE**  
**FALTA PARA ESTAR SANO EN LA POBLACION DE COLONIA**  
**MODERNO APODACA, APODACA N.L**  
**JUNIO 1994**

CREE ENFERMAR POR NO HACER EJERCICIO QUE LE FALTA PARA ESTAR SANO	S I		N O		N O S A B E		T O T A L	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PAZ CON DIOS Y JUVENTUD	12	5.9	2	1	-	-	14	6.9
TRANQUILIDAD ECONOMICA Y FAMILIAR	21	10.4	3	1.5	2	1	26	12.9
CURAR ENFERMEDAD	28	13.9	3	1.5	2	1	33	16.3
DEJAR HABITOS PERJUDICIALES	4	2	2	1	1	.5	7	3.5
VIDA ARMONICA EN FAMILIA Y TRABAJO	8	4	-	-	1	.5	9	4.5
NO SABE QUE LE FALTA	16	7.9	-	-	-	-	16	7.9
NO LE FALTA NADA	75	37.1	15	7.4	7	3.5	97	48
T O T A L	184	81.2	25	12.4	13	6.4	202	100

$\chi^2$  Calc= 10.26     $\chi^2$  T= 21.02    V de Cramer= .16    Calc= Calculada  
 g1= 12    p= .49    Covariancia= .03    T= Teórica

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De acuerdo a la creencia de enfermar por no hacer ejercicio y que le falta para estar sano, se obtuvo una Chi cuadrada de 10.26, una Chi cuadrada teórica de 21.02 con 12 grados de libertad, una significancia de .49 por lo que fué igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .16 por lo que se observa una correlación positiva débil y una covariancia de .03.

En relación a los datos de la población estudiada se encontró que el 81.2 por ciento cree que el no hacer ejercicio provoca enfermedad, de ellos el 37.1 por ciento considera que no le hace falta nada para estar sano, el 13.9 por ciento requiere curarse, el 10.4 le falta tranquilidad económica y familiar para estar sano, el 7.9 por ciento considera no sabe que le hace falta para estar sano, el 5.9 por ciento necesita juventud y estar en paz con Dios, el 4 por ciento tener una vida familiar y armonía en el trabajo y el 2 por ciento dejar hábitos que perjudican su salud.

**CUADRO 24**  
**ENFERMEDADES QUE CREE CAUSE EL EXCESO DE PESO**  
**Y QUE LE FALTA PARA ESTAR SANO A LA POBLACION**  
**DE COLONIA MODERNO APODACA, APODACA N.L.**  
 JUNIO 1994

ENFERMEDADES QUE CAUSA EXCESO DE PESO QUE LE FALTA PARA ESTAR SANO	HIPERTENSION COLESTEROL		DIABETES OBESIDAD		PROB. OSEOS		PROB. CIR- CULATORIOS		NO SABE		T O T A L	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PAZ CON DIOS Y JUVENTUD	1	.5	6	3	-	-	7	3.5	-	-	14	6.9
TRANQUILIDAD ECONOMICA Y FAMILIAR	8	4	12	5.9	-	-	4	2	2	1	26	12.9
CURAR ENFERMEDAD	5	2.5	13	6.4	1	.5	13	6.4	1	.5	33	16.3
DEJAR HABITOS PERJUDICIALES	3	1.5	2	1	-	-	2	1	-	-	7	3.5
VIDA ARMONICA EN FAMILIA Y TRABAJO	2	1	5	2.5	-	-	1	.5	1	.5	9	4.5
NO SABE QUE LE FALTA	4	2	4	2	1	.5	5	2.5	2	1	16	7.9
NO LE FALTA NADA	19	9.4	28	13.9	4	2	39	19.3	7	3.5	97	48
T O T A L	42	20.8	70	34.7	6	3	71	35.1	13	6.4	202	100

$\chi^2$  Calc= 21.18     $\chi^2$  T= 36.41    V de Cramer= .16    Calc= Calculada  
 gl= 24    p= .60    Covariancia= .03    T= Teórica  
 FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

De acuerdo a las enfermedades que cree le cause el exceso de peso con que le falta para estar sano, se observó una Chi cuadrada calculada de 21.18, una Chi cuadrada teórica de 36.41 con 24 grados de libertad, una significancia de .60 por lo que fué igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fué de .16 por lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .03 .

Los datos muestran que el 55.9 por ciento de la población estudiada cree que el exceso de peso causa hipertensión arterial y problemas circulatorios, de ellos el 33.2 por ciento señala no le hace falta nada para estar sano y el 8.9 por ciento necesita curarse. El 20.8 por ciento considera que el exceso de peso le causaría diabetes mellitus, de ellos el 9.4 por ciento refiere que no le hace falta nada para estar sano y el 4 por ciento necesita tranquilidad económica y familiar.

### 4.3 Contrastación de las Hipótesis

De las correlaciones mostradas anteriormente se presentan en este apartado aquellas que están asociadas directamente con las hipótesis de estudio y permitan tomar decisiones.

$H_{i1}$  El tener un claro concepto de salud, se relaciona con la práctica de estilos de vida saludables

$H_{o1}$  El tener un claro concepto de salud no se relaciona con la práctica de estilos de vida saludables

Cuadro 25

VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONCEPTO DE SALUD Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

VARIABLES	$\chi^2 C$	$\chi^2 T$	V.de cramer	discusión	$P < .05$
Tabaquismo y concepto de salud	14.60	18.30	.19	Se acepta Ho	.14
Alcoholismo y concepto de salud	8.43	18.30	.14	Se acepta Ho	.13
Ejercicio y concepto de salud	11.91	18.30	.14	Se acepta Ho	.19
Indice de masa corpora y concepto de salud	19.99	31.41	.16	Se acepta Ho	.25

Por los anteriores resultados se acepta la hipótesis nula dado que no se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre el concepto de salud y cuatro estilos de vida.

H<sub>1</sub>, La autopercepción de buena salud se relaciona con la práctica de estilos de vida saludables.

H<sub>0</sub>, La autopercepción de buena salud no se relaciona con la práctica de estilos de vida saludables.

Cuadro 26  
Variables relacionadas con la percepción de su salud y estilos de vida saludables.

Variables	Xi C	Xi T	V. de cr. me1	discusión	P. < .05
Fumigismo y percepción del estado de salud	6.07	12.53	.12	Se acepta Ho	.25
Alcoholismo y percepción del estado de salud	9.21	12.59	.15	Se acepta Ho	.20
Ejercicio y percepción del estado de salud	7.99	12.59	.14	Se acepta Ho	.23
Auto percepción peso corporal y percepción del estado de salud	9.46	16.91	.12	Se acepta Ho	.2

Por las anteriores resultados se acepta la hipótesis nula dado que no se encontraron diferencias significativas estadísticamente entre la autopercepción de salud de los mayores de 18 años y los cuatro estilos de vida.



## C A P I T U L O V

## DISCUSION

El perfil sociodemográfico de la población en estudio muestra que el 47 por ciento de la población se encuentra entre los 18 y 38 años de edad. El 35 por ciento esta entre los 39 y 58 años de edad y la población anciana de 59 y más es del orden del 18 por ciento; en relación con el sexo se observa que el 51 por ciento corresponde al sexo femenino y el 49 por ciento al sexo masculino. El estado civil de la población se distribuye de la siguiente manera el 68 por ciento esta casada, el 21 por ciento esta soltero, el 8 por ciento es viudo y el 3 por ciento restante esta divorciado o vive en unión libre. Estos datos coinciden con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI 1990) en relación a la estructura de la población del país.

En relación a la escolaridad, el 21 por ciento de la población se encuentra con primaria incompleta, o sin escolaridad, el 30 por ciento tiene primaria completa, el 18 por ciento tiene secundaria completa o incompleta, el 31 por ciento tiene estudios post-secundarios. La ocupación de la población es la siguiente: el 25 por ciento trabaja como obrero, el 10 por ciento es técnico o profesionista, el 8 por ciento es comerciante, el 4 por ciento es trabajador del servicio público, el 3 por ciento estudia, y el 5 por ciento esta pensionado o desempleado; el 45 por ciento se dedica al hogar. Estos datos también coinciden con lo reportado en el país por el INEGI (1990), en relación a características educativas

y económicas de la región. Como se puede observar la población es en su mayoría joven y el 79 por ciento tiene más de 6 años de escolaridad; eso es superior a la media nacional según lo reportado en el diagnóstico de salud en México por González Carvajal (1988), donde el promedio de escolaridad es de 4 años.

En relación al concepto de salud y los estilos de vida como el no fumar, se encontró que el 80.7 por ciento tiene un concepto de salud biológico y el 6.5 por ciento su concepto es funcional, o de bienestar, sin embargo de ellos el 71.8 por ciento nunca ha fumado y el 28.2 por ciento si fuma o actualmente no lo hace; en relación con el no consumir bebidas alcohólicas el 50.5 por ciento nunca lo ha hecho y el 49.5 por ciento si consume alcohol o lo ha consumido. En cuanto al ejercicio, el 55 por ciento si realiza esa práctica o lo ha realizado y el 45 por ciento nunca hace ejercicio; en relación al peso corporal solo el 33.2 por ciento tiene peso normal, el 62.9 por ciento tiene sobrepeso y obesidad y el 4.0 por ciento esta en riesgo energético.

Por otra parte; la población que no tiene un claro concepto de salud de acuerdo a este estudio, piensa que el origen de la salud es mágico religioso se encontró de ellos un 7.4 por ciento, el 3.0 por ciento cree que la salud es sinónimo de belleza y juventud y el 2.5 no tiene un concepto de salud. De este grupo de población se observa que el 8.5 por ciento nunca fuma, el 6.5 nunca bebe alcohol, el 8 por ciento hace ejercicio y el 3.5 tiene peso normal.

Los estadísticos aplicados, muestran que la chi cuadrada calculada en relación con la Teórica, fue igual lo obtenido en relación a lo esperado, sin existir diferencias significativas; sin embargo la correlación de las variables de concepto de salud y de cada uno de los estilos de vida muestran una asociación positiva débil (Levin, 1977). Esto no coincide con el modelo de promoción de la salud de Pender (1987), que señala que las acciones dependen de factores perceptuales y cognoscitivos como la definición o concepto de salud. Por otra parte también difiere de lo encontrado por LaFreey (1983), en donde el concepto de salud biológico o clínico coadyuva a un mayor número de conductas preventivas.

Por otra parte, se pueden identificar las cuatro modalidades de concepción de la salud de Smith (1983), que son características de culturas populares de norteamérica que son el clínico o biológico, el funcional, el de bienestar y medio ambiente observándose también, el concepto mágico religioso. Este concepto según Sigerist (1931), corresponde a un modelo primitivo, en sociedades con influencia de una cultura prehispánica importante.

En relación al concepto de salud predominante se observa que el 79.6 por ciento corresponde al modelo biológico o clínico, esto coincide con lo señalado por Pender (1987) donde en sociedades norteamericanas y occidentales el concepto prevalente de salud es el biológico.

En relación a la prevalencia del tabaquismo se encuentra un 28.2 por ciento de fumadores lo cual es superior a lo reportado por el Colegio de Frontera Norte (1989) que fue de 5.9 por ciento, y lo

reportado en una comunidad suburbana de Guadalupe, N.L. que fué de 6.3 (Alonso, 1993).

En relación a la prevalencia de ejercicio se observa un 55 por ciento, mientras que lo reportado por Alonso (1993), fué de 36.2 por ciento en una sociedad suburbana.

En cuanto la prevalencia de peso normal se encuentra un 33.2 por ciento, medida a través del índice de masa corporal (Waterlow, 1991). de obesidad se encontró un 20.8 por ciento y de sobrepeso 42.1 por ciento. Esto coincide con lo reportado por Trilla Soler (1989), en una población suburbana de la provincia de Barcelona que reportó una prevalencia de obesidad, que oscila entre el 15 y 30 por ciento en este mismo grupo de edad. De igual forma coincide con lo registrado por la Encuesta Nacional de Nutrición de México (1988), que indica una obesidad del 18.3 por ciento en la región norte del país. Al confrontar los datos medidos a través del índice de masa corporal y la autopercepción del peso por la población, se encontró con peso normal medido un 33 por ciento y autopercepción de peso normal un 48 por ciento. Estas diferencias coinciden con lo reportado por Alonso (1993), donde la no claridad de su peso pudiera influir en el uso de servicios de salud.

En relación a la percepción de su salud se observa que el 65.8 por ciento la considera buena y de ellos el 46.5 por ciento nunca a fumado, el 31.2 por ciento nunca ha consumido bebidas alcohólicas, el 33.7 por ciento realiza ejercicio, y el 34.1 por ciento percibe su peso como normal. La población que considera su salud como regular o mala fue el 32.7 y un 1.5 no pudo juzgar su salud; de

ellos el 24.3 por ciento nunca fuma, el 18.8 nunca consume alcohol, el 15.8 hace ejercicio, el 13.9 considera tener peso normal. Los estadísticos muestran que la chi cuadrada calculada fué igual lo obtenido en relación a lo esperado, sin existir diferencias significativas; sin embargo la correlación de las variables de percepción de salud y de cada uno de los estilos de vida muestran una asociación positiva débil (Levin, 1977). Según Sidney Shepard (1976), sentirse bien, puede ser una fuente de motivación para emprender las acciones que aumentan el estado de salud personal; sin embargo lo encontrado en el estudio no concuerda con lo anteriormente señalado Pender (1987) quien señala que el estado de salud percibido como bueno promueve cambios mas extensos en el estilo de vida.

En relación a los valores prioritarios de la población se encuentra, en primer lugar la familia, con un 54.5 por ciento y la salud en segundo lugar con un 20.8 por ciento. De los que consideran la salud como prioritario el 15.8 por ciento nunca fuma, el 10.9 por ciento nunca consume alcohol, el 10.8 por ciento realiza ejercicio, y el 7.9 por ciento considera su peso normal. Los estadísticos muestran que la chi cuadrada calculada teórica fue igual, lo obtenido en relación a lo esperado sin existir diferencias significativas; sin embargo la correlación de las variables valores prioritarios y de cada uno de los estilos de vida muestran una asociación positiva débil, lo cual indica que puede existir en algunos casos correlación positiva o puede ser también un error tipo II (Levin, 1977). Esto difiere de lo observado por

Wallston (1976); el cual encontró que los individuos que tenían un alto valor de la salud, estaban mas dispuestos a buscar información de salud para mantenerse sanos, por otro lado, Pender (1987), considera que la importancia más alta al valor salud estimula que las personas tengan conductas saludables, sin embargo, el hecho de que la familia sea el valor mas importante y la salud esté en segundo lugar coincide con lo señalado por Narro (1987), quien observó que los valores del hombre mexicano, más significativos, son en primer término, la familia y después la patria, la religión, el dinero y la satisfacción sexual; la salud no se considera tan importante ya que la percepción de la salud o enfermedad fue más atribuida a todo el fenómeno cultural contextual. Al correlacionar las acciones, que realiza la población con más frecuencia para mantenerse sano y la autoeficacia que obtendría para mejorar los cuatro estilos de vida; se observa en primer lugar como acciones de mantenimiento de salud con 31.2 por ciento el no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, hacer ejercicio periódico y cuidar su peso; en segundo lugar, realiza acciones de higiene personal y de la vivienda con un 18.3 por ciento, en tercer lugar, se encuentra el mantenerse activo y productivo como forma de conservación de la salud con el 16.8 por ciento la consulta preventiva se observa con un 16.3 por ciento y el resto el 17.3 por ciento señala tener actividades recreativas o no hacer nada para mantenerse sano. Por otra parte el 64.9 por ciento cree tener éxito si dejara de fumar, el 75.2 por ciento considera tendria éxito si deseara dejar de beber alcohol, el 77.2 por ciento que tendría éxito si deseara iniciarlo,

la práctica del ejercicio y el 77.2 por ciento piensa tendría éxito si intentara bajar de peso. Los estadísticos mostraron que la chi cuadrada calculada en relación con la teórica fue significativamente diferente lo obtenido con lo esperado; y la correlación de las variables; actividades que realiza para mantenerse sano y autoeficacia que obtendría si deseara practicar estilos de vida saludables fueron asociaciones positivas débiles. Esto coincide con lo señalado por Pender (1987), al señalar que las convicciones de ejecutar exitosamente una conducta, produce un resultado deseado. De igual manera se ha documentado que el hecho de que los individuos tengan experiencias prácticas, positivas en acciones promocionales, influyen en tener confianza en si mismos, para aprender nuevas conductas (Pender, 1987).

### 5.1 Conclusiones

El estudio aceptó las  $H_0$  (Hipótesis Nulas) y rechazó las  $H_1$  (Hipótesis de Investigación); Por lo que se concluye que el concepto y la autopercepción de salud no se relacionan con la práctica de estilos de vida saludables. Sin embargo el modelo de promoción de la salud de Pender (1987). Presenta un buen marco conceptual para analizar la manera en que los factores perceptuales y cognoscitivos influyen como mecanismos de motivación para adquirir o mantener conductas promotoras de salud.

En relación a los objetivos específicos se encontró: Que el concepto de salud predominante en los adultos de ambos sexos, mayores de 18 años es de tipo biológico Clínico, que al autopercepción de su salud es buena para el 65.8 por ciento de la población.

El perfil de estilos de vida saludables es para el 72 por ciento de la población que nunca ha fumado, el 51.0 por ciento que nunca consume bebidas alcohólicas, el 50 por ciento que realiza ejercicio y el 33.0 por ciento tiene su peso corporal en límites recomendados como normales.

Al correlacionar las variables de concepto y percepción de salud con la practica de los cuatro estilos de vida saludables (no fumar, no consumir bebidas alcoholicas, hacer ejercicio y tener peso normal) se encontró una asociación positiva débil lo que hace



pensar que a pesar de no existir diferencias significativas, si existe cierto grado de relación entre ellas.

Otro aspecto importante es señalar que los cinco valores prioritarios de la población fueron la familia con un 54.5 por ciento, la salud con 20.8 por ciento, la religión 9.9 por ciento, el dinero y trabajo con 9.9 por ciento. Estos valores también mostraron una asociación positiva débil con los cuatro estilos de vida estudiados.

Las cinco acciones que realiza la población, con mas frecuencia, para mantenerse sano fueron: En primer lugar conservar estilos de vida saludables con un 31.2 por ciento, realizar acciones de higiene personal y de la vivienda en un 18.3 por ciento, mantenerse activo y productivo con un 16.8, acudir a consulta preventiva el 16.3 por ciento y por último el 17.3 realiza actividades recreativos o no hace nada para mantenerse sano. Esta variable resultó significativa con respecto a la autoeficacia que tendría si deseara cambiar favorablemente los cuatro estilos de vida ya descritos.

## 5.2 Recomendaciones

Para la enfermería comunitaria en su componente de proveedor de cuidado:

- Conocer y usar el modelo de promoción de la salud a fin de que las intervenciones dirigidas a estimular la práctica de estilos de vida saludables se fundamente científicamente, garantizando en cierta forma la efectividad de ellas.

Desarrollar programas de promoción de la salud re-enfocando los objetivos hacia la práctica de estilos de vida saludables; los cuales se pueden transformar en factores de riesgo, de no ser revalorados oportunamente por los profesionales de la salud y de enfermería.

- Es indispensable considerar e indagar en los usuarios el concepto y la autopercepción de su salud a fin de que las acciones de promoción y educación sean significativas.

**En el componente de investigación:**

- Fomentar la utilización del modelo de promoción de la salud, a fin de demostrar su efectividad como predictor de estilo de vida saludables y acciones promocionales preventivas.

Profundizar en el estudio de conceptos, percepciones y valores de salud, relacionado con estilos de vida incorporando en el,

elementos estructurales como clase social y trabajo. De igual forma explicar los patrones culturales de los grupos estudiados.

- Se considera necesario que dado el tipo de temática del estudio, se utilicen técnicas cualitativas, como la observación participante, la entrevista de contenido, y la historia de vida, en virtud de que la encuesta limita el conocer los elementos que intervienen en el desarrollo de la cultura.

## R E F E R E N C I A S

Alonso, M. (1993). Estilos de Vida y Uso de Servicios de Salud. Tesis de Maestría en Salud Pública con especialidad en Enfermería Comunitaria, U.A.N.L., México. pp 8-23.

American Nurses Association. (1980). Nursing: A Social Policy Statement. Kansas City, Mo. pp 9-20

Breslow, L. E. (1980). Persistence Of Health Habits and Their Relationship To Mortality. Prevent Medicine. New Jersey. Vol. 9 pp 69-483

Brown, N. Muhbenkamp, A. (1983). The Relationship Among Health Beliefs, Health Values, and Health Promotion Activity. pp 155-163

Brubaker, B. H. (1983). Health Promotion. A Linguistic Analysis. Adv Nurs Sci. pp 1-14

Brunner, B. C. (1969). Personality and Motivational Factors Influencing Adult Participation in Vigorous Physical Activity. Research Quarterly. pp 115-119

Cañedo, L. (1987). Investigación Clínica. Interamericana, México. pp 111 131

**Colegio Frontera Norte** (1989). Encuesta Nacional de Adicciones. Zona Noroeste reporte preliminar Matamoros, centro para la juventud y la familia. pp 1 a 6

**Christiansen, K. E.** (1981). The determinants of health promoting behaviors.

**Dishman, R. K.** (1982) Compliance/adjerence in Health Related Exercise. Health Psychol. Public Health Rep. 10v. pp 237-267

**Dean, K.** (1989) Self Care Comporints of Lifestyles. The Importance of Gendir, Attitudes and the Social Situacion. pp 137-152

**Fielding, J. E.** (1982). Effectiveness of Employee Health Improvement Programs. pp 907-916

**P.R.O.D.I.E.** (1992). Programa de Desarrollo e Innovación de Enfermería. U. A. N. L. Facultad de Enfermería. pp 314-335

**González, Carvajal.** (1988). Diagnóstico de la Salud en México. Trillas, México. pp 141-173

**Grupo de Estudios Mauriciano.** (1989) el Modo de Vida y sus Riesgos. Salud Mundial. O.M.S. Vol. 8. pp 315-339

Hamburg, D. (1987) Hábitos para la Salud. Foro Mundial de la Salud. O.M.S. Vol 8. pp 112-119

Haymaker, S. (1991). Estilos de Vida. Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Interamericana. Vol. 4. pp XIII

Holland, W., Breere Elli. (1986). Modos de Vida Sanos para una Buena Salud. Foro Mundial de la Salud., Ginebra, O.M.S., Vol. 7, pp 301-319

Homan, S. (1989) The Roll of Social Support on Health Throughout the Life Cycle Health Education. pp 18-24

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1990). Resultados Definitivos. XI Censo General de la Población y la Vivienda. Nuevo León. pp 11-29

James, W. H., Woodruff, A. B., S. Werner, W. (1965). Effect of Internal and External Control Upon Changes in Smoking Behavior. Journal of Consulting Psychology. pp 10-26

Kaplan, G. D. S. Cowles, A. (1978). Health Locus of Control and Health Value in the Prediction of Smoking Reduction. Health Education Monographs. Spring. pp 29-137

Kellogg's America Latina, (1992). La Obesidad: Implicaciones para la Salud. Dieta y Salud. Querétaro. Vol. 1 Número 2. pp 23-28

Keejcie, R.U. y Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities "Educational and Psychological Measurement. pp 607 610.

Laffrey, S. C., Isenberg, M. (1983) The Relationship of Internal Locus of Control, Valued Placed on Health, Perceived Importance of Exercise an Participación in Physical Activity During Leisure. Int. Nurs Studies. pp 187-196

Levin, J. (1977) Fundamentos de Estadística en la Investigación Social. 2a. edición. Harla México. pp 190-195

Lozano, R., Escamilla, J. (1990). Tendencia de la Mortalidad por Cardiopatía Isequemica en México. Salud Pública de México. México, D. F., Organo Oficial de Instituto Nacional de Salud Pública. Vol. 32.

Matarazzo, J. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. Am Psychol. pp 815

Milio, N. (1986)., Promoting Health Through Public Police AJPH Public Health Association. Ottawa Canadian. pp 115 119

Narro, L. (1987). Como Somos los Mexicanos. Centro de Estudios educativos S.A. pp 75-101

Donnell M. (1986). Design of Workplace Health Promotion Programs. AMJ. Health Prom. pp 311-315

Palank, CH. (1991). Aspectos Determinantes de la Conducta Promotora de Salud. Clínicas de Enfermería del Norteamérica. Interamericana, México. pp 849-871

Pender, J. N., (1989). Health Promotion in Nursing Practice. Third edition. Connecticut. editorial Appleton Lange. pp 15-70

Pender, J. N., (1987). Conceptual Issues in Health Promotion. Report of Proceedings of a Wingspread Conference. Indianapolis. pp 7-23

Polit, D., Hungler, B. (1985). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 2da edición, Interamericana, México, D.F., pp. 339-352

Rojas, S. Raúl, (1988). Sociología Médica, Tercera edición, México, D.F., Editorial Plaza y Valdez, pp 108

Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. Journal of Health and Social Behavior. New Jersey. pp 1-28



Rosenstick, I. (1988) Social Learning Theory and the Health Belief Model. Health Education. New Jersey. pp 175-183

Secretaría de Salud. (1990). Programa Nacional de salud 1990 - 1994. Primera edición, México, D.F. pp 8-23

Sidney, K. H., S Sherphard, R.J. (1976). Atritudes Toward Health and Physical Activity in the Elderly. Effects of Physical Training Program. Medicine and Science in Sports.

Sigerist H. (1974). Historia y sociología de la Medicina. Primera edición Bogotá Colombia. pp 30-40

Smith, J. (1983). The idea if Health Implications for the Nursing Profession. New York.

Spellbring, A.M. (1991). La enfermería en la Promoción de la Salud. pp 837 849

Steele, J.L. McBroom, W.H. (1972). conceptual and Imperial Dimensions od Health Behavior. Journal of Health and Social Behavior.

Trillas, Soler M.C. (1989). Obesidad. Manual de Atención Primaria. ediciones Doyman Barcelona.

Ulmer, D. (1984) Societal Influences on Health and Life Styles.  
pp 793-798

Vanitallie, T.B. (1992). Assessment of Morbidity and Mortality Risk  
in the Overweight Patient. In tratment of the Seriousley Obese  
Patient. New York.

Walsh, E. (1991). Estrategias para Evitar la Adicción a Sustancias  
Dañinas. Clínicas de Enfermería de Norteamérica, Ed. Interamericana  
Vol. 4, pp 969-985.

Walterlow, J.C., (1991) Como se Adapta el Organismo a la Baja  
Ingestión de Energía o de Proteínas. Cuadernos de Nutrición. pp  
17-32.

Wallston, K.A., Mades, S.A. (1976). Health- Related Information  
Seeking as a Funtion of Health Related Locus of Control and Health  
Value. pp 215-222

Wilsnack, A.D. (1991). Drinkings and Driking Problesms Among Women  
in a U.S. National Survey. Alcohol Health Res. World. U.S.A. pp  
3 14

Williams, A.F. (1973). Personality and Other Characteristics  
Associated With Eigarrete SMoking Among Young Teenagers.  
J. Health Soc. Behav. pp 374-380

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SECRETARIA DE POST GRADO

INVESTIGACION: El concepto de salud y los estilos de vida saludables cédula de entrevista.

I. Ficha de Investigación

Clave

Domicilio \_\_\_\_\_

1. Edad (Años cumplidos) \_\_\_\_\_

2. Sexo

1. Masculino    2. Femenino

3. Ocupación \_\_\_\_\_

4. Peso (en Kilos) \_\_\_\_\_

5. Talla \_\_\_\_\_

6. Estado Civil

- 1. Soltero
- 2. Casado
- 3. Viudo
- 4. Divorciado o Separado
- 5. Unión Libre

7. Escolaridad

- 1. Sin escolaridad
- 2. Primaria incompleta
- 3. Primaria completa
- 4. Secundaria incompleta
- 5. Secundaria completa
- 6. Estudios Post-secundarios

8. Tiempo de residir en ésta colonia

- 1. Menos de 6 meses
- 2. Menos de un año
- 3. 1 a 3 años
- 4. Más de 3 años

9. ¿Tiene usted derecho a algún tipo de seguridad social?

- 1. IMSS
- 2. ISSSTE
- 3. Empresarial
- 4. SES
- 5. Privada
- 6. Otro\_\_\_\_\_

10. ¿Cual servicio utiliza usted con más frecuencia?

- 1. IMSS
- 2. ISSSTE
- 3. Empresarial
- 4. SES
- 5. Privado
- 6. Otro\_\_\_\_\_

**II. Concepto e Importancia de Salud.**

11. ¿Qué es para usted salud?

- 1. Ausencia de enfermedad o síntomas
- 2. Sentirse bien libre de enfermedad.
- 3. Asistir y cumplir sus responsabilidades personales
- 4. Realizar sus actividades diarias en forma normal
- 5. Sensación de bienestar y armonía con los demás
- 6. Sentirse cómodo en su medio y libre de riesgos
- 7. Estar bien con Dios
- 8. Estar en armonía con fuerzas positivas y negativas
- 9. No tener un mal puesto
- 10. Tener seguridad económica y familiar
- 11. No se que es salud
- 12. Otra definición\_\_\_\_\_

12. ¿Le falta algo a usted para estar completamente sano?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No sabe

13. ¿Qué le falta para estar sano?

1. Estar en paz con Dios
2. Tener tranquilidad económica y familiar
3. Curarme, de la enfermedad o síntomas presentes
4. Hacerme una limpieza
5. Dejar hábitos perjudiciales a la salud
6. Hacer una vida armónica en la familia y su trabajo
7. No me falta nada
8. No se que me falta
9. Otro \_\_\_\_\_

14. ¿Qué es más importante para su seguridad y felicidad?

1. Tener casa propia
2. Tener trabajo seguro
3. Tener salud
4. Tener fe en Dios, ser creyente
5. Tener suficiente dinero para vivir
6. Tener una familia que me quiera
7. Tener amigos
8. No se que me falta

15. ¿En su vida, para usted que tiene mas valor?  
(Diga las primeras cinco)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

16. ¿Cuando usted enferma que hace?

1. Acude al servicio de salud al que tiene derecho
2. Usa medicina privada
3. Se automédica
4. Reposo y toma remedios caseros
5. No hace nada
6. Otro \_\_\_\_\_

17. ¿Cómo considera su salud actualmente?

1. Buena
2. Regular
3. Mala
4. No puede juzgar

18. ¿Cómo ha sido su salud en el pasado?

1. Buena
2. Regular
3. Mala
4. No puede juzgar

19. ¿Qué actividad realiza usted para mantenerse sano con más frecuencia? ( Escoja solo una )

1. Asistió a consulta preventiva
2. Realizo ejercicio periódicamente
3. NO consumo bebidas alcohólicas
4. No fumo
5. Cuido mi peso y alimentación
6. Mantengo buena higiene personal
7. Mantengo higiénica la vivienda
8. Realizo actividades recreativas y convivencia con la familia.
9. Procuro buenos hábitos de reposo descanso y sueño
10. Mantengo activo y productivo
11. No hago nada
12. No se que actividades realizar
13. Otro \_\_\_\_\_

### 111. Estilo de Vida

#### TABAQUISMO

20. ¿ Fuma usted?

1. Sí fumo
2. No fumo
3. No fumo actualmente

21. ¿ Con qué frecuencia fuma usted?

1. Ocasionalmente (rara vez)
2. Siempre (todos los días)
3. Frecuentemente (2 -3 veces por semana)
4. No fuma

22. ¿ Por qué motivos fuma usted?

1. \_\_\_\_\_
2. No fuma

23. ¿Creé usted qué por fumar se puede enfermar?

- 1. Sí
- 2. No

24. ¿Qué daños le producirá a usted el cigarrillo, si usted fuma ó fumara?

---

25. ¿Qué tan serios serían estos daños?

- 1. Mortal
- 2. Grave
- 3. Moderado
- 4. Sin seriedad

26. ¿Qué beneficios se tienen por no fumar?

---

27. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No fumo

28. ¿Sí usted quisiera dejar de fumar qué sucedería?

- 1. Tendría éxito en su acción
- 2. No tendría éxito
- 3. No sabe

#### ALCOHOLISMO

29. ¿Consume usted bebidas alcohólicas (cerveza ó vino)?

- 1. Sí consume
- 2. Nunca ha consumido
- 3. No consumo actualmente

30. ¿Con qué frecuencia consume usted bebida alcohólicas?

- 1. Todos los días
- 2. Más de dos veces por semana
- 3. Cada 7 ó 15 días
- 4. Ocasionalmente (cada 3 ó 4 semanas)
- 5. En casos muy especiales (una o dos veces al año)
- 6. Nunca tomo

31. ¿Por qué motivo(s) consume usted cerveza o vino?

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. No bebe

32. ¿Cree usted que por tomar puede enfermar?

- 1. Sí
- 2. No

33. ¿Qué daños le produciría el consume de bebidas alcohólicas?

- \_\_\_\_\_

34. ¿Qué tan serios serían esos daños?

- 1. Mortal
- 2. Grave
- 3. Moderado
- 4. Sin seriedad

35. ¿Qué beneficios se tienen por no beber?

- \_\_\_\_\_

36. ¿Ha intentado alguna vez dejar de consumir bebidas alcohólicas?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No consumo

37. ¿Si usted necesitara dejar de tomar, qué respuesta tendría?

- 1. Tendría éxito
- 2. No tendría éxito
- 3. No sabe



**EJERCICIO**

38. ¿Realiza usted ejercicio actualmente?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Deje de hacerlo

39. ¿Con qué frecuencia hace usted ejercicio?

- 1. Dos ó más veces al día
- 2. Una vez por semana
- 3. Una vez cada dos semanas
- 4. Rara vez o excepcionalmente
- 5. No realizo

40. ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

- 1. Caminata
- 2. Trote
- 3. Gimnasia ó Aerobics
- 4. Deporte (Fott ball, Volley ball, basket ball)
- 5. El trabajo (quehacer de la casa)
- 6. Ninguno

41. ¿Por qué motivo hace usted ejercicio?

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. No hace ejercicio

42. ¿Cree usted que el no hacer ejercicio perjudique su salud?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No sabe

43. ¿Qué daños se producen por no hacer ejercicio?

\_\_\_\_\_

44. ¿Qué tan serios pueden ser esos daños?

- 1. Mortal
- 2. Grave
- 3. Leve o moderado
- 4. Sin seriedad

45. ¿Qué motivos existen para que usted no haga ejercicio?

\_\_\_\_\_

46. ¿Qué beneficios obtiene usted por hacer ejercicio?

1. \_\_\_\_\_

2. No hace ejercicio

47. ¿Si usted intentara hacer ejercicio qué respuesta tendría?

1. Tendría éxito

2. No tendría éxito

3. No sabe

#### OBESIDAD

48. ¿Cómo considera usted que esta de peso?

1. Normal

2. Debajo de lo normal (bajo de peso)

3. Arriba de lo normal (exceso de peso)

4. No puede juzgar

49. ¿Por qué motivos tiene exceso de peso?

1. \_\_\_\_\_

2. No tiene exceso de peso

50. ¿Cree usted que el exceso de peso puede causarle enfermedades?

1. Sí

2. No

3. No sabe

51. ¿Qué enfermedades le produciría a usted el exceso de peso?

\_\_\_\_\_

52. ¿Qué tan serios serían los daños provocados por exceso de peso?

- 1. Mortal
- 2. Grave
- 3. Leve o moderado
- 4. Sin seriedad

53. ¿Qué beneficios tiene usted por no tener exceso de peso?

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. Sí tiene exceso de peso

54. ¿Si usted necesitara o quisiera bajar de peso qué resultados tendría?

- 1. Tendría éxito
- 2. No tendría éxito
- 3. No sabe

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

1a. Fecha de aplicación de la encuesta: \_\_\_\_\_

2a. Visita \_\_\_\_\_

3a. Visita \_\_\_\_\_

APENDICE B  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA

INSTRUCTIVO: Para la cedula de la entrevista de la investigación  
El Concepto de la Salud y Estilos de Vida  
Saludables.

**I. Ficha de Identificación:**

**Nombre.** Aquí se anotará el nombre completo, apellido paterno y materno de la persona seleccionada para la aplicación de la encuesta . Ejemplo:

Raúl Martínez Maldonado

**Domicilio.** Anote el nombre de la calle y numero de oficial a signado a la vivienda. Ejemplo:

Hidalgo 525 Col. San Rafael

1. Edad. Anote en años cumplidos la edad de la persona encuestada. (Unicamente de 18 a 59 años).
2. Sexo. Anote el número 1 para masculino y el 2 para femenino.
3. Ocupación. Escriba lo más completo posible la ocupación.
4. Peso. Anote en forma correcta el peso determinado en kilos y gramos de 2 cifras para kilos y una para gramos. Señalando el punto entre kilos y gramos. Ejemplo:

58.500 kg    

5	8	.	5
---	---	---	---

5. Talla. Anote en metros y centímetros. Ejemplo

1m 75cm    

1	.	7	5
---	---	---	---

6. Estado Civil. Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponde al encuestado.

1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado ó Separado
5. Union Libre

7. Escolaridad. Anote la opción correspondiente tomando en cuenta el máximo ciclo escolar que completó el encuestado, se utilizarán las siguientes opciones:
1. Sin escolaridad
  2. Primaria incompleta
  3. Primaria completa
  4. Secundaria incompleta
  5. Secundaria completa
  6. Estudios post-secundaria
8. Tiempo de residir en la colonia. Coloque en el espacio el número correspondiente de la opción que corresponda a la respuesta del encuestado tomando en cuenta lo siguiente:
1. Menos de 6 meses
  2. Menos de 1 año
  3. De 1 a 3 años
  4. Más de 3 años.
9. ¿Tiene usted derecho a algún tipo de seguridad social? Selecciones de las opciones el número del tipo de seguridad social que dice tener el encuestado, en caso de no aplicar en las opciones y escribas en otras el tipo de seguridad que dice tener.
10. ¿Qué servicio utiliza con mas frecuencia? Selecciones el número de la opción del servicio que utiliza con mas frecuencia, existe un espacio en la opción numero 6 otros para escribir otro en caso de no aplicar las opciones anteriores.
1. IMSS
  2. ISSSTE
  3. Empresarial
  4. SES
  5. Privado
  6. Otros \_\_\_\_\_

## II IMPORTANCIA DE SALUD

11. ¿Qué es para usted la salud? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada. En caso de no corresponder a ninguno, registre lo que textualmente mencione el entrevistado.

1. Ausencia de enfermedad o síntomas
2. Sentirse bien (libre de enfermedad)
3. Asistir y cumplir a sus responsabilidades personales
4. Realizar sus actividades diarias en forma normal
5. Sensación de bienestar y armonía con los demás
6. Sentirse como en su medio y libre de riesgos
7. Estar bien con Dios
8. Estar en armonía con fuerzas positivas y negativas
9. No tener un mal puesto
10. Tener seguridad económica y familiar
11. No se qué es salud
12. Otra definición

12. ¿Le falta algo a usted para estar completamente sano?

1. Sí
2. No
3. No sabe

13. ¿Qué le falta para estar sano? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada. En caso de que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice el paciente en el inciso nueve.

1. Estar en paz con Dios
2. Tener tranquilidad económica y familiar
3. Curarme de la enfermedad o síntomas presentes
4. Hacerme una limpia
5. Dejar hábitos perjudiciales a la salud
6. Hacer una vida armónica en la familia y su trabajo
7. No me falta nada
8. No se qué me falta
9. Otro

14. ¿Qué es más importante para su seguridad y felicidad ?  
Seleccione una de las siguientes opciones, de no corresponder ninguna anote en otros lo que refiere el interesado.
1. Tener casa propia
  2. Tener trabajo seguro
  3. Tener salud
  4. Tener fe en Dios, ser creyente
  5. Tener suficiente dinero
  6. Tener una familia que me quiera
  7. Tener amigos
  8. No se qué me falta
  9. Otros \_\_\_\_\_
15. ¿En su vida para usted que tiene más valor? Registrar textualmente los primeros tres valores que refiera el entrevistado en el espacio abierto.
16. ¿Cuando usted se enferma qué hace? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada (en otros, especificar).
1. Acude al centro de salud al que tiene derecho
  2. Usa medicina privada
  3. Se automedica
  4. Reposa y toma medios caseros
  5. No hace nada
  6. Otros \_\_\_\_\_
17. ¿Cómo considera su salud actualmente? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada.
1. Buena (salud completa, plena, sin enfermedades ni síntomas)
  2. Regular (con algunas molestias o síntomas pero sin asumir el rol de enfermo)
  3. Mala (enfermo, con pérdida de funciones cotidianas)
  4. No puede juzgar (cuando el encuestado desconoce la condición de su salud)
18. ¿Cómo ha sido su salud en el pasado? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada.
1. Buena
  2. Regular
  3. Mala
  4. No puede juzgar

19. ¿Qué actividad realiza usted para mantenerse sano con más frecuencia? Seleccione sólo una de las siguientes opciones, la que el entrevistado diga realizar con más frecuencia. En caso de que ninguna corresponda, registre textualmente lo que diga el entrevistado en el renglón de otros.

## ESTILOS DE VIDA

### TABAQUISMO

20. ¿Usted fuma? Considere la respuesta del encuestado y anote el número de la opción que corresponda.
1. Sí fumo (fumador activo)
  2. Siempre (todos los días)
  3. Frecuentemente (2 a 3 veces por semana)
  4. No fumo
21. ¿Con qué frecuencia fuma usted? Aquí se presentan opciones, seleccione una de acuerdo a la respuesta del encuestado.
1. Ocasionalmente (rara vez)
  2. Siempre (todos los días)
  3. Frecuentemente (2 a 3 veces por semana)
  4. No fumo
22. ¿Por qué motivo fuma usted? Obtenga en lo posible todos los motivos que le refiera y anótelos en el espacio correspondiente; si refirió no fumar, anote el número de esta opción en el espacio correspondiente.
23. ¿Cree usted que por fumar se puede enfermar? Esta pregunta se debe hacer a todas las personas, hay sólo dos opciones;
1. Sí
  2. No
24. ¿Qué daños le producirá a usted el cigarrillo, si usted fuma o fumara? Esta pregunta se hará a todas las personas (fume o no fume) y en el espacio correspondiente los daños que refiera el encuestado.
25. ¿Qué tan serios serían esos daños? Aquí se presentan opciones, seleccione aquellas que se relacionen con la respuesta del encuestado, las opciones son:
1. Mortal (cuando produzca muerte)
  2. Grave (cuando requiera hospitalización y con probabilidad de muerte)
  3. Moderada (delicado atendiendo en domicilio)
  4. Sin severidad (no amerita preocupación)



26. ¿Qué beneficios tiene usted por fumar? Obtenga toda la información acerca de los beneficios que la persona encuestada refiere tener por fumar, escríbalos en el espacio correspondiente.
27. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? Para esta pregunta hay tres opciones, seleccione la correcta de acuerdo a la respuesta del encuestado.
1. Sí
  2. No
  3. No fumo
28. ¿Qué respuesta tendría si usted quisiera dejar de fumar? Aquí se presentan cuatro opciones, seleccione aquella que refleje la respuesta del encuestado; estas opciones son:
1. Tendría éxito
  2. No tendría éxito
  3. No sabe
  4. No fuma

#### ALCOHOLISMO

29. ¿Consume usted bebidas alcohólicas (cerveza, vino)? Para esta pregunta existen tres opciones, anote en el espacio el número de aquella que se relacione con la respuesta que da el encuestado, las opciones son:
1. Sí consumo (bebedor activo)
  2. Nunca he consumido (abstemio)
  3. No consumo actualmente (en el pasado fue bebedor o consumió).
30. ¿Con qué frecuencia consume usted bebidas alcohólicas? Anote la opción pertinente a la respuesta obtenida del encuestado, existen seis. Anote sólo una:
1. Todos los días
  2. Más de dos veces por semana
  3. Cada 7 ó 15 días
  4. Ocasionalmente
  5. En casos muy especiales (1 ó 2 veces al año)
  6. Nunca tomo (abstemio)
31. ¿Por qué motivo(s) consume usted cerveza o vino? Anote claramente los motivos que dicen tener en el espacio correspondiente, si refirió no beber anote el número de esta opción en el espacio correspondiente.

32. ¿Cree usted que por tomar se puede enfermar? Esta pregunta se hará a todas las personas, sólo consideramos dos opciones anote en el espacio el número de la opción seleccionada.
1. Sí
  2. No
33. ¿Que daños le producirá el consumo de bebidas alcohólicas? Señalar el o los daños que el entrevistado señala textualmente en el espacio correspondiente.
34. ¿Qué tan serios serían esos daños? Para esta pregunta hay cuatro opciones, seleccione aquella que se relacione con la respuesta que le da el encuestado, las opciones que se considerarán son:
1. Mortal (cuando produzca la muerte)
  2. Grave (Cuando requiere hospitalización con probabilidad de morir)
  3. Moderado (delicado que puede atenderse en domicilio)
  4. Sin severidad (no amerita preocupación)
35. ¿Qué beneficios tiene usted por no beber? Anote en el espacio correspondiente todos los beneficios que dice tener por no beber.
36. ¿Ha intentado alguna vez dejar de consumir bebidas alcohólicas? Anote el número de la opción que corresponda a la respuesta que de el encuestado, se considerará:
1. Sí
  2. No
  3. No consumo
37. ¿Si usted necesitara o quisiera dejar de tomar, qué respuesta tendría? Coloque la respuesta que el entrevistado le señale.
1. Tendría éxito
  2. No tendría éxito
  3. No sabe

#### EJERCICIO

38. ¿Realiza usted ejercicio actualmente? Anote sólo una opción de las siguientes:
1. Si
  2. No
  3. Debe de hacerlo

39. ¿Con qué frecuencia hace usted ejercicio? Seleccione de las siguientes opciones la que se relacione en la respuesta que da el encuestado.
1. Dos o más veces por semana
  2. Una vez por semana
  3. Una vez cada dos semanas
  4. Rara vez o excepcionalmente
40. ¿Qué tipo de ejercicio realiza? Seleccione una de las siguientes opciones que sea la que más realiza el encuestado. De ser otra opción anotela en el renglón correspondiente.
1. Caminata
  2. Trote
  3. Deporte (beis-ball, foot-ball, etc.)
  4. Gimnasia o aerobics
  5. El trabajo (quehacer en la casa)
  6. Ninguno
  7. Otro \_\_\_\_\_
41. ¿Por qué motivo hace usted ejercicio? Anote en el espacio los motivos que dice tener para hacer ejercicio, si no lo hace anote el número de la opción correspondiente.
42. ¿Cree usted que el no hacer ejercicio perjudica la salud? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada.
1. Sí
  2. No
  3. No sabe
43. ¿Qué daños se producen por no hacer ejercicio? Anote claramente todos los daños que dice producir por no hacer ejercicio en el espacio correspondiente.
44. ¿Qué tan serios puedan ser esos daños? Seleccione el número de la opción de la pregunta que corresponda a la respuesta de la persona encuestada.
1. Mortal (cuando produzca la muerte)
  2. Grave (cuando requiera hospitalización, probabilidad de muerte)
  3. Leve o moderada (delicado atendándose en domicilio)
  4. Sin severidad (no amerita preocupacion)
45. ¿Qué motivos existen para que usted no haga ejercicio? Señale textualmente lo que refiere el entrevistado.

46. ¿Qué beneficio obtiene usted por hacer ejercicio? Anote claramente todos los beneficios que dice obtener por no hacer ejercicio.
47. ¿Si usted intentara hacer ejercicio, qué respuesta tendría? Seleccione el número de las opciones siguientes de acuerdo a la respuesta del entrevistado.
1. Tendría éxito
  2. No tendría éxito
  3. No sabe

#### OBESIDAD

48. ¿Cómo considera usted que es su peso? Anote el número de la opción considerando los siguientes.
1. Normal
  2. Debajo de lo normal (bajo de peso)
  3. Arriba de los normal (exceso de peso)
  4. No puede juzgar
49. ¿Por qué motivos tiene usted exceso de peso? Anote los motivos que dicen tener se refirió anteriormente que no tiene exceso de peso, anote el número de esta opción en el espacio correspondiente.
50. ¿Cree usted que el exceso de peso puede causarle problemas de salud? Anote el número de la opción en relación a la respuesta que dé la persona encuestada.
1. Si
  2. No
  3. No sabe
51. ¿Qué daños le produciría a usted el exceso de peso? Anote claramente los daños que dicen producirse por tener exceso de peso. (tenga o no tenga exceso de peso)
52. ¿Qué tan serios serían los daños provocados por el exceso de peso en la gente o usted? Considere las siguientes opciones:
1. Mortal (cuando produzca la muerte)
  2. Grave (cuando requiera hospitalización, probabilidad de muerte)
  3. Leve o moderada (delicado atendiéndose en su domicilio)
  4. Sin severidad (no amerita preocupación)

53. ¿Qué beneficios tendrá usted por no tener exceso de peso u obesidad? Anote claramente los beneficios que obtiene por no tener exceso de peso.
54. ¿Si usted necesitara o quisiera bajar de peso qué resultado tendría? Para esta pregunta seleccione el número de la opción que corresponda a la respuesta de la persona encuestada.
1. Tendría éxito
  2. No tendría éxito
  3. No sabe

## APENDICE C

### DATA LIST FILE 'RAUL.DAT'

V1 1 3 V2 5-6 V3 8 V4 10-11 V5 13-17 V6 19 22 V7 24 V8 26 V9 28  
V10 30  
V11 32 V12 34 V13 36 V14 38 V15 40 V16 42 V17 44 V18 46 V19 48 V20  
50  
V21 52 V22 54 V23 56 V24 58 V25 60 V26 62 V27 64 V28 66 V29 68 V30  
70 V31 72  
V32 74 V33 76/V34 1 V35 3 V36 5 V37 7 V38 9 V39 11 V40 13 V41 15  
V42 17  
V43 19 V44 21 V45 23 V46 25 V47 27 V48 29 V49 31 V50 33 V51 35 V52  
37 V53 39  
V54 41 V55 43 V56 45.

### VARIABLE LABELS

V1 'NUM ENCUESTA'  
/V2 'EDAD'  
/V3 'SEXO'  
/V4 'OCUPACION'  
/V5 'PESO'  
V6 'TALLA'  
/V7 'EDO CIVIL'  
/V8 'ESCOLARIDAD'  
V9 'TIEMP RESID'  
/V10 'TIPO SEG SOC'  
/V11 'UTIL SEG SOC'  
/V12 'QUE ES SALUD'  
/V13 'FALTA PARA ESTAR SANO'  
/V14 'QUE FALTA'  
/V15 'IMP SEG Y FELIC'  
/V16 'QUE TIENE MAS VALOR'  
/V17 'QUE HACE ENFERMA'  
/V18 'COMO CONSIDERA SALUD'  
/V19 'COMO HA SIDO SALUD'  
/V20 'ACTIV REAL ESTAR SANO'  
/V21 'FUMA'  
/V22 'FRECUENCIA FUMA'  
V23 'MOTIVOS FUMA'  
V24 'CREE SI FUMA PUEDE ENF'  
/V25 'DANOS POR FUMAR'  
/V26 'SERIEDAD DE DANOS'  
/V27 'BENEF POR NO FUM'  
/V28 'INTENTO DEJAR FUMAR'  
V29 'SI DEJARA FUMAR'  
V30 'CONSUME ALCOHOL'  
/V31 'FREC CONSUME ALC'  
/V32 'MOTIV CONSUMO ALC'  
V33 'CREE ENF POR TOMAR'  
/V34 'DANOS 1OR TOMAR'  
V35 'SER DANOS ALCOHOL'

/V36 'BENF NO TOMAR'  
 /V37 'INTO DEJAR TOMAR'  
 /V38 'RESP INTENTO DEJAR'  
 /V39 'REAL EJERCICIO'  
 /V40 'FREC DE EJERCICIO'  
 /V41 'TIPO DE EJERCICIO'  
 /V42 'MOTIVO HACE EJERC'  
 /V43 'NO EJER PERJ SALUD'  
 /V44 'DAÑOS NO EJERC'  
 /V45 'SERIEDAD DAÑOS NO EJE'  
 /V46 'MOTIV NO EJERCICIO'  
   V47 'BENEF HACER EJERC'  
   V18 'RESP INT' HAC EJERC'  
 /V49 'COMO ESTA PESO'  
 /V50 'MOTIV EXC PESO'  
 /V51 'CREE EXC PESO ENF'  
 /V52 'ENF CAUSA EXC PESO'  
 /V53 'SER DAÑOS EXC PESO'  
 /V54 'BENEF NO EXC PESO'  
 /V55 'RESP INT BAJAR PESO'  
 /V56 'IMC' .

#### VALUE LABELS

/V3 1'MASCULINO' 2'FEMENINO'  
 /V4 1'HOGAR' 2'OBRERO, EMPLEADO' 3'COMERCIANTE' 4'ESTUDIANTE'  
 5'TECNICO'  
   6'SERV PUB' 7'TRABAJADOR AGRICOLA' 8'PROFESIONISTA'  
 9'PENSIONADO'  
   10'DESEMPLEADO'  
 /V7 1'SOLTERO' 2'CASADO' 3'VIUDO' 4'DIVORCIADO O SEPARADO' 5'UNION  
 LIBRE'  
 /V8 1'SIN ESC' 2'PRIM INCOM' 3'PRIM COMP' 4'SEC INCOM' 5'SEC COMP'  
   6'EST POST-SEC'  
 /V9 1'MENOS 6 MESES' 2'MENOS 1 AÑO' 3'1 A 3 AÑOS' 4'MAS 3 AÑOS'  
 /V10 TO V11 1'IMSS' 2'ISSSTE' 3'EMPRESARIAL' 4'SES'  
 5'PRIV' 6'AUTOMEDICA'  
 /V12 1'AUS ENF O SINTOM' 2'ASIS Y CUMP RESPPERS'  
   3'SENC BIEN Y ARM CON DEM' 4'BIEN CON DIOS' 5'NO SABE'  
 6'JUVENTUD'  
   V13 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'  
   V14 1'PAZ CON DIOS Y JUVENTUD' 2'TRANQ ECON Y FAM' 3'CURAR ENF'  
   4'DEJ HAB PERJ' 5'VIDA ARM EN FAM Y TRAB' 6'NO FALTA NADA'  
   7'NO SE QUE FALTA'  
 /V15 1'CASA PROP' 2'TRAB SEG' 3'SALUD' 4'FE EN DIOS' 5'SUFIC  
 DINERO'  
   6'FAM ME QUIERA' 7'AMIGOS' 8'NO SE'  
 /V16 1'FAMILIA' 2'SALUD' 3'TRABAJO Y DINERO' 4'AMIGOS' 5'DIOS' 6'NO  
 SE'  
 /V17 1'ACUDE SERV SALUD' 2'USA MED PRIV' 3'AUTOMEDICA' 4'REMEDIOS  
 CASEROS'  
   5'NO HACE NADA'

/V18 TO V19 1'BUENA' 2'REGULAR' 3'MALA' 4'NO PUEDE JUZGAR'  
 /V20 1'CONS PREV' 2'EJERC PERIOD' 3'HIGIENE PER' 4'ACTV RECREAT CON  
 FAM'  
     5'ACT Y PROD' 6'NO HAGO NADA'  
 /V21 1'SI' 2'NO' 3'NO ACTUALMENTE'  
 /V22 1'OCASIONAL' 2'SIEMPRE' 3'FRECUENTE' 4'NO FUMA'  
 /V23 1'COSTUM,GUSTO' 2'NO FUMA' 3'NERV, TENS' 4'NO SE'  
 /V24 1'SI' 2'NO'  
 /V25 1'CA' 2'ENF RESP' 3'CA Y ENF RESP' 4'NO SE, NO CONTE'  
 /V26 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'MODERADO' 4'SIN SERIEDAD'  
 /V27 1'BUENA SALUD' 2'NO SE, NING' 3'ECONOM'  
 /V28 1'SI' 2'NO' 3'NO FUMO'  
 /V29 1'EXITO' 2'NO EXITO' 3'NO SABE'  
 /V30 1'SI' 2'NUNCA' 3'NO ACTUALMENTE'  
 V31 1'TODOS LOS DIAS' 2'MAS DOS POR SEMANA' 3'CADA 7 A 15 DIAS'  
 4'OCASIONAL'  
     5'CASOS ESPECIALES' 6'NUNCA'  
 /V32 1'GUSTO' 2'CASOS ESP' 3'NO SE' 4'NO BEBE'  
 /V33 1'SI' 2'NO'  
 /V34 1'PROB HEPATICOS' 2'RIÑON COR' 3'GASTRITIS' 4'ADICCION'  
 5'SEPARAC FAM'  
     6'MUERTE' 7'NO SABE, NO CREE'  
 /V35 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'MODERADO' 4'SIN SERIEDAD'  
 /V36 1'SALUD' 2'UNION FAM Y ECON' 3'NO SE NING'  
 /V37 1'SI' 2'NO' 3'NO CONSUME'  
 /V38 1'EXITO' 2'SIN EXITO' 3'NO SABE'  
 /V39 1'SI' 2'NO' 3'DEJO DE HACER'  
 /V40 1'2 O MAS AL DIA' 2'1 VEZ POR SEMANA' 3'CADA 2 SEMANAS'  
 4'EXCEPCIONAL'  
     5'NO REALIZA'  
 /V41 1'CAMINATA' 2'TROTE' 3'GIM AEROB' 4'DEPORTE' 5'TRABAJO'  
 6'NINGUNO' 7''  
 /V42 1'SALUD' 2'GUSTO' 3'IND MED' 4'NO REAL, NO SE'  
 /V43 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'  
 /V44 1'OBESIDAD' 2'PROB GRALES SALUD' 3'ATROFIA MUSC' 4'PROB CIRC  
 IND MED'  
     5'CANSANSIO MAL COND FIS' 6'NO SE NING'  
 /V45 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'LEVE' 4'SIN SERIEDAD'  
 /V46 1'FALTA TIEMPO-DESC' 2'NINGUNO, NO SE' 3'TRABAJO' 4'PROB SALUD  
 EDAD'  
     5'SI HACE EJERC'  
 V47 1'SALUD' 2'NO FACE' 3'NINGUNO'  
 V48 1'EXITO' 2'SIN EXITO' 3'NO SABE'  
 V49 1'NORMAL' 2'DEBAJO NORMAL' 3'ARRIBA NORMAL' 4'NO PUEDE JUZGAR'  
 V50 1'EXC ALIMENTOS' 2'PROB SALUD' 3'EDAD' 4'SEDENTARISMO'  
 5'TRABAJO'  
     6'NO TIENE EXCESO'  
 V51 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'  
 V52 1'HTA, COLEST' 2'DIAB, HTA, OBESIDAD' 3'PROB COLUM, ARTRITIS'  
 4'PROB CIRC'  
     5'NO CONTEST, NO SE'  
 /V53 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'LEVE' 4'SIN SERIEDAD'



/V54 1'SALUD' 2'ESTETICA' 3'BUENA CONDIC' 4'NINGUNO' 5'NO TIENE  
EXCESO'  
6'TIENE EXCESO'  
/V55 1'EXITO' 2'SIN EXITO' 3'NO SABE'  
/V56 1'SUG DE OBESIDAD' 2'SOBREPESO'3'NORMAL' 4'RIESG DEF ENERG'  
5'SUG DEF ENEG' .

