

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD
DE ADULTOS JOVENES EN RELACION
CON SU ESTILO DE VIDA**

Por

ELMY LUCELLY RODRIGUEZ ALONZO

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria**

Junio 1996



TM
RA777
R6
C.1



1080072411

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA



CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD
DE ADULTOS JOVENES EN RELACION
CON SU ESTILO DE VIDA

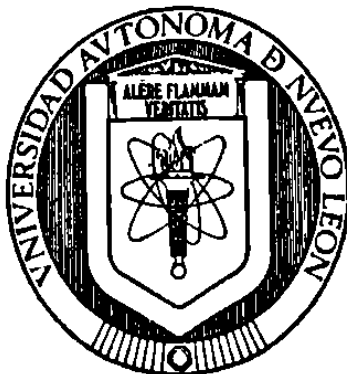
Por

ELMY LUCELLY RODRIGUEZ ALONZO

Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con Especialidad
en Salud Comunitaria

Junio 1996

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD
DE ADULTOS JOVENES EN RELACION
CON SU ESTILO DE VIDA.**

Por

ELMY LUCELLY RODRIGUEZ ALONZO

ASESOR: LIC. ENF. MAGDALENA ALONSO CASTILLO. M.S.P

**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN ENFERMERIA con
especialidad en Salud Comunitaria**

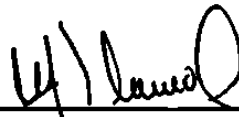
Junio, 1996.

TM
RA 777
R6




**CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD
DE ADULTOS JOVENES EN RELACION
CON SU ESTILO DE VIDA.**

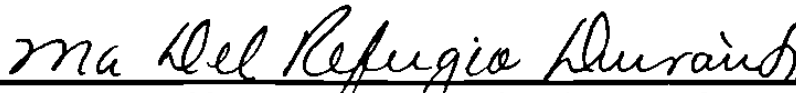
Aprobación de Tesis



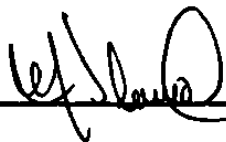
Lic. Magdalena Alonso Castillo. MSP
Presidente



Lic. Lucio Rodríguez Aguilar. MSP
Secretario



Lic. Ma. del Refugio Durán López. M.E
Vocal



Lic. Enf. Magdalena Alonso Castillo. M.S.P
Secretario de Postgrado

AGRADECIMIENTOS

Mi mas sincero agradecimiento

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán por su apoyo para lograr el grado de Maestría.

Al personal Docente del Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo Leon por haber compartido conmigo sus conocimientos y experiencias

Al personal Administrativo de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo Leon por haber facilitado mi estancia en la bella ciudad de Monterrey

A la Lic Magdalena Alonso Castilio, por su invaluable apoyo como asesora y amiga . digno ejemplo a seguir como profesional

Al Ing Marco Vinicio Gómez Meza, PhD. por su paciencia en la conduccion del procesamiento estadísticos

A la Lic Dacia Rueda Guerrero Lic Santiago Esparza. por su colaboración en el procesamiento estadístico y en el área de computación.

A los jóvenes universitarios de las Facultades de Enfermería, Medicina, Nutrición Odontología Matemáticas e Ingeniería. por su cooperación y participación en el presente estudio

Y por ultimo. pero no menos importante.

A DIOS. por haberme concedido los privilegios de la vida. el amor, en todas sus dimensiones. y la capacidad para alcanzar una meta mas en este bello mundo

DEDICATORIA

A mis padres Francisco (+) y Lolita por haber cultivado en mi el espíritu de superación personal y profesional.

A mis hermanos Wilberth, Javier y Ligia , hermanos políticos; Leoncio Elmy y Guadalupe; así como a todos mis sobrinos y demás familiares; por su motivación, apoyo moral y la confianza que depositaron en mi, a pesar de la distancia y el tiempo , para mirar siempre adelante.

Y en especial, a mi esposo Jorge Carlos, e hijos, Eric, Jorge Carlos y Alan, por todo el amor, comprensión e invaluable apoyo que me han brindado durante todo el transcurso de mis estudios.

TABLA DE CONTENIDO.

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema	4
1.2 Hipótesis	8
1.3 Objetivos	9
1.4 Importancia del estudio	10
1.5 Limitaciones del estudio	10
1.6 Definición de términos	11
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
2.1 Modelo de Promoción de la Salud (Pender, N.J)	12
2.2 Conductas Promotoras de Salud . Estilos de Vida	20
2.2.1 Conductas Promotoras de salud Salud.	20
2.2.2 Estilos de vida	21
2.3 Participación de Enfermería en la Promoción a la Salud y los estilos de Vida	24
3. METODOLOGÍA	29
3.1 Sujetos	30
3.1.1 Criterios de inclusión	31
3.1.2 Criterios de exclusión	31
3.2 Material	31
3.3 Procedimiento	33
3.4 Ética del estudio	34

4 RESULTADOS	36
5 DISCUSION	58
5.1 Interpretación de los resultados	58
5.2 Conclusiones	64
5.3 Recomendaciones	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	68.
APENDICES	
APENDICE A CARTA DE PRESENTACION	74
APENDICE B INSTRUMENTO DE MEDICION : CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DEL ADULTO JOVEN.	75
APENDICE C. INSTRUCTIVO PARA LA CEDULA DE ENTREVISTA DE INVESTIGACION CONOCIMIENTOS Y PERCEP CIO DE SALUD DEL ADULTO JOVEN.	79
APENDICE D. CARTA DE AUTORIZACION DE LA DRA PENDER PARA LA UTILIZACION DEL INSTRUMENTO	81
APENDICE E CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILOS DE VIDA (HLP)	82
APENDICE F OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DEL ADULTO JOVEN EN RELACION CON SU ESTILO DE VIDA	85
APENDICE G RESUMEN DE LOS ANALISIS DE VARIANZA CONSIDERANDO UN FACTORIAL MIXTO 2X3X2 (SEXO, PESO, AREA) PARA LAS VARIABLES ASOCIADAS AL MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD DE LOS ADULTOS JOVENES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERIA	89

APENDICE H. RESUMEN DE ANALISIS DE VARIANZA

**CONSIDERANDO UN FACTORIAL MIXTO 2X3X2
(SEXO, PESO, AREA) PARA LAS CONDUCTAS DE
ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS JOVENES DE
CIENCIAS DE LA SALUD E INGENIERIA90**

ESQUEMA I . MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD.(MPS)27

**ESQUEMA 2. MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD (MPS)
Adaptación en contenido para el estudio: Conocimientos y
Percepciones de Salud de los adultos jóvenes en relación con
sus estilos de vida 28**

LISTA DE TABLAS

Tabla		página
1.	Factores demográficos de los adultos jóvenes estudiantes Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	36
2.	Congruencia interna del instrumento Conocimientos y Percepciones de Salud del adulto joven, aplicado a estudiantes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	40
3.	Congruencia interna obtenida del Instrumento Perfil de estilos de Vida del adulto joven, aplicado a estudiantes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	41
4	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida autoactualización de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud	42
5.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida Autoactualización de adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias.	43
6.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida Responsabilidad en Salud de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud.	44
7	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida Responsabilidad en Salud de los adultos jóvenes estudiantes de Ingeniería.	45
8	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida Ejercicio de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud	46
9	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida Ejercicio de los adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias.	46

10.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida nutrición de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud	47
11.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida nutrición de los adultos jóvenes estudiantes de Ingeniería y Ciencias .	47
12.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida apoyo interpersonal de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud	48
13.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida apoyo interpersonal de los adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias	49
14.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida manejo de estrés de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud	50
15.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida manejo de estrés de los adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias	50
16.	Efecto del factor sexo en el estado de salud percibido de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	51
17.	Efecto del factor procedencia en el área de estudio con el índice de autoeficacia de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	52
18.	Promedio de interacción de los factores sexo y área de estudio en el índice de barreras adultos jóvenes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	53
19.	Promedio de interacción entre los factores sexo y procedencia con el índice de autoactualización de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	54

20.	Promedio de interacción entre los factores sexo y procedencia con el índice de responsabilidad en salud de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	55
21	Efecto principal del factor procedencia con el índice de manejo de estrés de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	56
22.	Correlación de Pearson entre Conocimientos y Percepciones de salud de Estilos de vida de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias	57

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1.	Índice de masa corporal de adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	37
2.	Promedio de conocimientos y percepciones de salud de los adultos jóvenes estudiantes de Ciencias de la Salud e Ingeniería	38
3.	Promedio de Estilos de Vida de los adultos jóvenes, estudiantes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	39
4.	Efecto del factor sexo en el estado de salud percibido de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	51
5.	Efecto del factor procedencia en el área de estudio con el índice de autoeficacia de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias.	52
6.	Promedio de interacción de los factores sexo y área de estudio en el índice de barreras adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	53
7.	Promedio de interacción entre los factores sexo y procedencia con el índice de autoactualización de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	54
8.	Promedio de interacción entre los factores sexo y procedencia con el índice de responsabilidad en salud de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	55
9.	Efecto principal del factor procedencia con el índice de manejo de estrés de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias	56

RESUMEN

Elmy Lucelly Rodriguez Alonzo.

Fecha de Graduación: Junio, 1996.

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: **CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DE ADULTOS JOVENES EN RELACION CON SU ESTILO DE VIDA**

Número de páginas: 90

Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con especialidad en salud comunitaria

Area de estudio: Enfermería Comunitaria

Propósito y Método del Estudio: Resultados de estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud, revelan que aproximadamente 50 por ciento de las causas de muerte, tienen relación con estilos de vida perjudiciales para la salud como el tabaquismo, alcoholismo, sedentansmo y dieta inapropiada entre otras, mismas que pueden ser influidas favorablemente a través de programas de promoción de la salud basados en la realidad de la población a la cual va dirigido. Los adultos jóvenes, constituyen el 29.41 por ciento de la población total de México y concentran cuatro millones de años de vida saludable perdidos; este hecho destaca la importancia de estudiar a este grupo, en virtud de la trascendencia social que representa, ya que corresponde a la etapa reproductiva y productiva, por lo tanto requiere de la protección y el fomento de su salud. El presente estudio se realizó con el propósito de identificar la influencia de los factores cognoscitivos y perceptuales de salud en los estilos de vida de un grupo de adultos jóvenes entre 18 y 24 años de edad, estudiantes de Ciencias de la Salud Ingeniería y Ciencias. La muestra se obtuvo de manera aleatoria estratificada, y estuvo compuesta por 381 estudiantes de la Universidad Autónoma de Nuevo León, matriculados en las Facultades de Enfermería, Medicina, Salud Pública, Odontología, Matemáticas e Ingeniería Mecánica y Eléctna

Contribuciones y Conclusiones: Analizando los resultados a la luz de las hipótesis, se destaca que los conocimientos y percepciones de salud que los adultos jóvenes tienen, influyen directamente en su estilo de vida, dato demostrado al obtenerse significancia estadística con valor de r entre 0.00 y 0.05. También se concluyó que los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud, presentan mejores estilos de vida que los adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias al obtener un promedio total de 48.8 por ciento en comparación con el segundo grupo que alcanzó un promedio total de 44.8 por ciento. Una contribución importante del estudio es el hecho de que el instrumento diseñado para medir Conocimientos y Percepciones de Salud del adulto joven, obtuvo un alfa de Cronbach de .76 para la escala total por lo que considera que cuenta con una consistencia interna adecuada, razón por la cual podría utilizarse en estudios posteriores. Para enfermería comunitaria el estudio proporciona una base de conocimiento científico que explica las relaciones entre los elementos del modelo de Promoción de Salud (Pender, 1987) y la práctica de estilos de vida saludable.

FIRMA DEL ASESOR:



CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN.

Durante la historia de la humanidad las principales causas de mortalidad en los países desarrollados han sido las enfermedades infecciosas. Sin embargo los índices han disminuido notablemente y en la actualidad son los accidentes y las enfermedades no transmisibles como los trastornos circulatorios, cerebrovasculares y tumores malignos. (OMS. 1980).

Resultados de estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud (1989), revelaron que aproximadamente el 50 por ciento de las causas de muerte tienen alguna relación con conductas de vida perjudiciales como el tabaquismo, alcoholismo, dieta inapropiada y sedentarismo, entre otras.

En México, la tendencia de mortalidad de 1970 a 1991 ha experimentado grandes cambios. Según la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD 1994), las causas de defunción, que muestran mayor incremento son: las enfermedades del corazón, accidentes y tumores malignos.

En un estudio realizado por Lozano y cols. (1990) en México acerca de la tendencia de mortalidad por cardiopatía isquémica, la población de estudio se dividió por regiones, edad, sexo, encontrándose que el norte presenta un exceso de riesgo de morir de 2.5 por ciento mayor en relación con el sur. Al comparar las tasas del sexo masculino, la cifra se incrementa a un 3 por ciento en mayores de 60 años. La hipótesis que se deriva de dicho estudio, establece que este comportamiento de la mortalidad podría ser explicado por un incremento en la incidencia secundaria, y por una mayor exposición a factores de riesgo primarios y modificadores como tabaquismo, colesterol sanguíneo e

hipertensión arterial; estos resultados reflejan la adopción de estilos de vida perjudiciales.

En México, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, reconoce la existencia de problemas de salud relacionados con estilos de vida desfavorables que se traducen en una mayor frecuencia en enfermedades crónico-degenerativas, padecimientos mentales, adicciones y lesiones, y se proponen como alternativas de solución entre otras, el reforzamiento de los recursos destinados al fomento de estilos de una vida saludable y de los programas de medicina preventiva.

El estilo de vida es el conjunto de patrones o conductas desarrolladas como reacción a las influencias ambientales y en concordancia con las opciones disponibles y las circunstancias socioeconómicas (Wilmer, 1984 y Milio 1986).

Sin embargo Kulbok (1985) afirma que existe una brecha importante en el conocimiento de las conductas de salud en todos los grupos de edad. Por esa razón se hace necesario realizar estudios de investigación encaminados a conocer los factores que condicionan al individuo a adoptar determinadas conductas perjudiciales y de esa manera tener bases científicas para elaborar programas encaminados a mejorar esos estilos de vida indeseables.

Por otra parte Brunner (1992), afirma que las investigaciones , han estado dedicados a la niñez, adolescencia y senectud. La juventud, entre los 18 y los 35 años de edad, ha sido poco estudiada; este fenómeno quizá se deba a que ésta etapa se le considera la más sana. Sin embargo al revisar las estadísticas de morbilidad y mortalidad del adulto joven (18 - 34 años), en México, se registra que las cardiopatías, las tuberculosis, los accidentes y el cáncer, son las que ocupan los primeros lugares (San Martín, 1993), donde las

enfermedades crónico-degenerativas son las más importantes del rubro, y que obligan a cambiar el modo de vida del individuo.

FUNSALUD (1994), reportó que los adultos jóvenes que se encuentran entre los 18 - 24 años de edad, concentran cuatro millones de años de vida saludable (AVIS) perdidos, lo que representa el 30 por ciento del peso de la enfermedad, especialmente en los hombres en quienes recae las principales lesiones intencionales (accidentes, tabaquismo alcoholismo, y consumo de drogas) Este hecho que tiene grandes repercusiones para el país, en el sentido de la pérdida económica, puede ser prevenido mediante programas continuos de modificación de los estilos de vida, dirigidos a la población en riesgo y basados en el conocimiento científico y en la experiencia en acciones promocionales

San Martín (1993), refiere que aproximadamente el 35 por ciento de la población mundial está constituida por el grupo de adultos jóvenes.

En México, el 29.41 por ciento de la población total son adultos jóvenes (INEGI, 1990), por lo que se destaca la importancia de estudiar este grupo de edad debido a la trascendencia social que representa, ya que corresponde a la época reproductiva y productiva del hombre, misma que se considera como el motor del progreso nacional, es por eso que la protección y el fomento de su salud resulta preponderante

El propósito del presente estudio fue identificar la influencia que ejercen los factores cognoscitivos y perceptuales de salud en los estilos de vida de un grupo de jóvenes entre los 18 y 24 años de edad.

El estudio se clasificó como descriptivo, transversal, retrospectivo y comparativo, (Polit, 1994), en virtud de que se aplicó en un momento dado en un grupo de estudiantes de Ciencias de la salud y otro grupo de estudiantes

del área de Ingeniería y Ciencias adscritos todos a la Universidad Autónoma de Nuevo León .

Los sujetos de estudio se seleccionaron de manera probabilística, a través del muestreo aleatorio simple, tomando como base las listas de asistencia de los alumnos de cada facultad participante.

1.1. Planteamiento del problema.

Los resultados de estudios epidemiológicos de la OMS. (1989), revelan que aproximadamente el 50 por ciento de las causas de muerte tienen que ver con estilos de vida perjudiciales , como el hábito de fumar, que es causa probable de enfermedades cardiovasculares y el cáncer, la desnutrición y la obesidad, se asocian con la disponibilidad y el mal uso de los alimentos, así como la diabetes con el sedentarismo, dieta alta en grasas y el sobrepeso.

El estilo de vida está conformado por un conjunto de conductas que son el resultado de un proceso de aceptación inconsciente, y que Wilson (1990) define como la manera que cada uno elige para darle forma a su vida. El estilo de vida se establece tempranamente en la infancia y va cambiando durante la vida dependiendo de los intereses personales y grupales, actividades laborales y de los cambios que ocurren en cada etapa del desarrollo.

En respuesta a este fenómeno, y con la finalidad de mejorar la salud, se han propuesto actividades encaminadas a modificar las conductas de salud, mismas que representan un gran interés para el mundo entero (Hamburg 1987). La OMS y la Asociación Canadiense de Salud Pública en su conferencia Internacional de Promoción a la salud (1985) en la llamada Carta de Ottawa, señala la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente aumente el

control de su salud y por lo tanto mejor. Esta declaración fue adoptada por 38 países participantes.

El informe del Servicio de Salud Pública de Norteamérica (1974) señala que es indispensable desarrollar programas encaminados a lograr un mejor nivel de vida, para mejorar las condiciones de salud de Norteamérica. Por otra parte el Informe Gente Sana (1979) del departamento de salud de Norteamérica indica que los programas de promoción de salud deben influir en los cambios de los estilos de vida y en la protección de amenazas ambientales a la salud

En México (1978) se estableció el subprograma de Prevención y Control de Enfermedades, el cual planteó como estrategia de acción; la educación a la sociedad para evitar factores de riesgo y reorientar los estilos de vida de la población, la detección clínica y valoración así como el seguimiento de los riesgos. A pesar de ello, los resultados no han sido los esperados, situación que muestra la necesidad de intensificar estudios enfocados a conocer la realidad de salud de la población, para establecer medidas preventivas eficaces

Hamburg (1987), afirma que la tarea de persuadir a las personas a que adopten estilos de vida saludables, es una de las más difíciles e importantes con que se enfrenta el equipo de salud, pues son los individuos quienes toman sus propias decisiones con respecto a los estilos de vida, mismos que tienen su origen en su cultura y sus motivaciones

Los profesionales de salud interesados en ayudar a niños y jóvenes a formar hábitos positivos de salud, han realizado investigaciones como el trabajo de Stutte PC (1990) elaborado con el propósito de desarrollar un instrumento para medir promoción de salud en adultos jóvenes, encontrando que los atributos psicosociales tales como las relaciones interpersonales y la

integración a grupos, son los más importantes para las conductas de salud (nutrición, ejercicio y manejo del estrés).

La juventud es una etapa que se inicia mediante un proceso de transformación de la adolescencia y en la que el individuo adquiere la plenitud de su capacidad física, mental y social. (San Martín, 1993).

Shock (referido por San Martín 1993) señala que esta etapa, en la que el joven alcanza la plenitud de su forma física, se manifiesta mediante el vigor, fuerza, resistencia, agilidad, garbo, coordinación y equilibrio para el desempeño corporal, aunque ciertos sistemas orgánicos han empezado a declinar a razón de uno por ciento por año. Sin embargo, la enfermedad y la pérdida del vigor, son ideas remotas, que no son motivos de preocupación para el joven. Generalmente persisten en él muchas conductas de adolescencia; existe un sentido de indestructibilidad personal que puede conducirlo a tragedias. La sociedad considera la época de la juventud como 'edad dorada'.

Brunner (1993) divide la etapa del adulto en dos fases; la que ocurre entre los 18 y 21 años en la que el joven tiene que separarse de sus amigos de la adolescencia y desprenderse de la adoración de sus maestros y otras personas queridas, lo que puede producir en él sensación de pérdida, ansiedad y temor al futuro; la segunda fase ocurre entre los 22 y 28 años, la cual describe como más tranquila en relación con la anterior.

Por su parte Lium (1990), considera este periodo como una preparación para asumir responsabilidades y derechos del adulto.

Cuando el joven entra a esta etapa, ha adquirido hábitos, conocimientos y creencias que han sido aprendidos desde la niñez y la adolescencia (Pender, 1989; Lium, 1990). Los conocimientos de salud son influenciados a diario dentro del seno familiar, por sus creencias y las conductas de salud familiares, así como también mediante la convivencia con sus compañeros y amigos. Lium

(1990) también afirma que el desarrollo de las creencias y valores es parte del proceso de maduración del adulto joven, y son parte de su cultura. Los valores son manifestados en forma de actitudes que pueden ser modificados más fácilmente por la influencia de otros.

Las creencias se transforman en prácticas que son peligrosas para la salud y bienestar. ejemplo de estas conductas peligrosas son: alimentación inadecuada, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, conducir a alta velocidad, entre otras que se traducen posteriormente en obesidad, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, cáncer y accidentes; dichos eventos se reflejan en las causas de morbilidad y mortalidad propias de este grupo de edad.

En la experiencia del autor de ésta investigación, se ha identificado que los adultos jóvenes entre los 18 y 24 años de edad, que están cursando alguna carrera de Ciencias de la salud, mantienen estilos de vida no saludables, por ejemplo el tipo de dieta que ingieren es rica en carbohidratos y grasas, el ejercicio está fuera de sus intereses personales y son muy pocos los que pertenecen a un equipo deportivo. también hay una alta incidencia en el consumo del cigarro y del alcohol. También se ha observado que los jóvenes son los que menos acuden a un servicio médico, por lo que se reduce la posibilidad de adquirir conocimientos acerca del cuidado de la salud.

En virtud de lo anterior y de las observaciones realizadas en la práctica profesional, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿QUE RELACIÓN EXISTE ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DE LOS ADULTOS JÓVENES Y SUS ESTILOS DE VIDA ?

1.2. HIPÓTESIS

Las hipótesis del presente estudio son las siguientes:

Hi.- Los conocimientos y percepciones que tienen los adultos jóvenes acerca de la salud influyen directa y positivamente en sus estilos de vida.

Ho.- Los conocimientos y percepciones que tienen los adultos jóvenes acerca de salud, no influyen directa y positivamente en sus estilos de vida.

Variables Independientes:

- Conocimientos de salud
- Percepciones de salud .

Variable dependiente:

- Estilos de vida .

Hi.- Los adultos jóvenes que estudian Ciencias de la Salud, tienen mejores estilos de vida que aquellos que estudian Ingeniería y Ciencias.

Ho.- Los adultos jóvenes que estudian Ciencias de la salud, no presentan mejores estilos de vida que aquellos que estudian Ingeniería y Ciencias.

Variables independientes:

- adultos jóvenes que estudian Ciencias de la Salud
- adultos jóvenes que estudian Ingeniería y Ciencias.

Variable dependiente:

- estilos de vida .

1.3. OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio son:

General

Determinar la relación que existe entre los conocimientos y percepciones de salud de una población de adultos jóvenes, con sus estilos de vida

Específicos:

1 - Identificar los conocimientos y percepciones de salud de una población de adultos jóvenes, que estudian Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias

2.- Precisar el perfil de estilos de vida que presenta una población de adultos jóvenes, que estudian en las Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias

3.- Conocer las diferencias entre los estilos de vida de los adultos jóvenes que están realizando estudios universitarios en Ciencias de la salud y los que realizan estudios universitarios en Ingeniería, y Ciencias.

4 - Medir la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio, para identificar Conocimientos y Percepciones de Salud de los Adultos Jóvenes y Perfil de Estilos de Vida

1.4. Importancia del estudio.

La importancia del estudio radica en el hecho de que los resultados obtenidos, aportan datos que ayudan a explicar objetivamente que los conocimientos y percepciones de salud conducen a los jóvenes a practicar determinados estilos de vida. La diferencia en la practica de estilos de vida probablemente se deba al hecho de estudiar alguna carrera de las Ciencias de la Salud o Ingenieria y Ciencias .

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987), facilitó operacionalizar el estudio y su marco conceptual, así como también ayudó a documentar sus resultados.

Por otra parte, considerando que la práctica de la enfermería comunitaria, esta comprometida con la salud y centrada en la valoración de las conductas que la promueven, protegen y conservan, se espera que la información obtenida en este estudio, pueda servir como marco de referencia para conocer los elementos que deberían reforzarse para mejorar los estilos de vida de los jóvenes; por otro lado también podría contribuir con los profesionales del sector salud, interesados en elaborar programas de promoción de la salud, a reorientar sus acciones en favor de la salud de los jóvenes.

1.5. Limitaciones del estudio.

Entre las limitaciones que se contemplan en el presente estudio se encuentra el hecho de que los resultados solamente podrán considerarse

aplicables a otras poblaciones de adultos jóvenes que tengan características semejantes a la población de estudio.

1.6. Definición de términos.

Conocimiento Es un mecanismo motivacional primario que ejerce influencia directa sobre la adopción y la conservación de conductas promotoras de salud (Pender, 1987)

Se incluyeron en el estudio

El conocimiento que el joven posee acerca del significado de la salud así como la importancia que le confiere a la misma.

Percepción de salud: Pender (1987) lo define en su modelo como *el mecanismo motivacional primario que junto con los conocimientos influye en la adopción y la conservación de conductas* y considera como perceptuales lo siguientes factores: percepción del estado de salud, control percibido , eficacia percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas.

En el estudio se considera como las creencias e ideas que el joven tiene acerca de su propia salud y los factores que la modifican. Se incluyeron para investigar, los siguientes factores perceptuales: percepción del estado de salud, eficacia percibida, beneficios percibidos y barreras percibidas.

Adulto joven Persona que se encuentra entre los 15 y 29 años de edad (INEGI, 1990) De acuerdo con las características del estudio, se consideran solo a los que se encuentran entre los 18 y 24 años de edad.

Estilos de vida: Es 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. (Pender 1987)

Para el estudio, es la manera de ser, o actuar de los jóvenes, en su vida diaria y entre los que se consideraron los aspectos de nutrición, ejercicio, apoyo interpersonal, manejo del stress, autoactualización y responsabilidad en salud.

Estudiantes de Ciencias de la Salud: adultos jóvenes de 18 a 24 años, de ambos sexos que estudian en las Facultades de Enfermería, Medicina, Odontología y Salud Pública.

Estudiantes de Ingeniería y Ciencias: adultos jóvenes de 18 a 24 años, de ambos sexos que estudian en las Facultades de Ingeniería Mecánica y Eléctrica y Matemáticas.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

2.1. Modelo de Promoción de la Salud (Pender, N.J.)

Un modelo adecuado para sustentar la estructura conceptual del presente estudio es el modelo de Promoción de la Salud de Pender, N.J (1987) que es derivado del modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock I. (1974) (Ver esquema 1) Este modelo se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura A. (1977) quien postula la importancia del proceso cognitivo en la modificación de la conducta y en la teoría de Fishbein (referido por Pender, 1987) de la acción razonada que afirma que la conducta es una función de las actitudes personales y las normas sociales.

La Dra. Pender (1987) utiliza la misma estructura del modelo de creencias de M Rosenstock (1974) para explicar los patrones de estilos de vida

El modelo explica el proceso que influye en la toma de decisiones de los individuos para adoptar acciones preventivas, así como las conductas que favorecen la salud, mismas que denomina *conductas promotoras de salud*

El modelo sustenta que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo de vida promotor de salud depende de la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales, modificantes y de indicios para entrar en acción y está fundamentado en el desarrollo humano, la psicología social, experimental y la educación

A continuación se describe cada uno de los factores mencionados:

Factores Cognoscitivos y Perceptuales. Pender (1987), en su modelo los identifica como mecanismos motivacionales primarios que ejercen influencia directa en la adopción y conservación de conductas promotoras de salud. Los indicadores para medir conocimientos de salud son: definición de salud y la importancia de salud.

Definición de Salud: Smith (1983) identificó cuatro modelos de concepción de la salud característicos de las culturas profesionales y populares en Norteamérica. 1) Modelo clínico o sea ausencia de enfermedad, 2) Modelo de ejecución de papeles sociales o el fracaso de la ejecución. 3) Modelo adaptativo; relacionado con la adaptación al medio o el aislamiento del mismo y 4) Modelo eudemonístico, o sea el bienestar exuberante o debilidad y languidez. Los cuatro modelos se definen por los extremos del continuo salud enfermedad

Laffrey (1983) en un estudio demostró que quienes tenían una concepción clínica de la salud, realizaban un mayor número de conductas preventivas de las enfermedades y quienes tenían una concepción eudemonística, practicaban principalmente actividades promotoras de salud.

Importancia de la salud: Becker (1974); Pender (1980, 1986) y Ward (1984) afirman que el valor o la importancia de la salud, por el individuo influye en la iniciación y conservación de una conducta promotora de salud, así como en las medidas preventivas protectoras, la utilización de servicios de salud y en las conductas de búsqueda de la información de salud.

Broom (1983) y Weitzel (1989) demostraron en sus estudios que los estilos de vida promotores de salud se relacionan positivamente con el valor de la misma, y que además son un aspecto determinante para iniciar la conducta. Laffrey (1983) por su parte en un estudio posterior, identificó una relación

significativa entre la importancia percibida del ejercicio (valor específico) y el grado de actividad.

De tal manera que los estudios han demostrado que las conductas específicas, tales como ejercicio y hábitos nutricionales adecuados, entre otros, se relacionan con el valor de la salud y valores de conductas específicas.

Estado de salud percibido: Las percepciones de salud adecuadas son correlacionadas de manera positiva con índices de estilo de vida promotor de salud. Christiasen (1981); y Duffy, (1988), entre otros, demostraron que el estado de salud actual del individuo es un aspecto de predicción de las subescalas de actividad de actualización, apoyo interpersonal y ejercicio.

Algunos estudios parecen indicar que los individuos que perciben su estado de salud excelente, no perciben beneficios o vulnerabilidad potencial de enfermedad, por lo que no se sienten motivados para cambiar sus conductas y quienes perciben sus salud como mala, quizá creen que es demasiado tarde para emprender una acción positiva. Por lo que Zindler y Wernet (1987) sugieren que las personas con salud adecuada o promedio y que además creen en su propia capacidad para conservar su salud o mejorarla, pueden experimentar la combinación correcta de factores motivacionales para efectuar cambios dirigidos en su conducta.

Control Percibido: En la teoría de aprendizaje social de Rotter, el locus (sitio) de control, ha recibido la máxima atención, en la que se demuestra la influencia del control percibido sobre la conducta promotora de salud, de tal manera que la multidimensionalidad del concepto de locus de control se ha vuelto operativo es relación con la salud

El locus de control de la salud (LCS) representa la creencia de la persona de que los resultados de los esfuerzos se encuentran bajo el control

del individuo (locus de control interno) o dependen de fuerzas exteriores (locus de control externo). Representa una continuidad entre el locus de control interno y el locus de control externo.

Lau (1982) afirma que el LCS permite predecir la conducta de quienes valoran mucho la salud.

Algunas investigaciones como la de Kaplan (1978) Mc Custer (1979) y Pill (1981) identifican una relación intensa entre el control interno y las conductas protectoras de salud tales como el empleo de cinturones de seguridad y control del peso entre otras. Sin embargo, otras investigaciones como la de Laffrey e Issenberg (1983) ponen en duda la importancia del control percibido con respecto a las conductas promotoras.

Los resultados de algunos estudios aseguran la importancia de las creencias de control cuando se elige algunas estrategias de intervención.

Por otro lado , las mediciones del L.C.S. pueden ser más valiosas para explicar conductas preventivas y menos valiosas para las conductas promotoras de salud.

Autoeficacia Percibida: Concepto que reconoce las capacidades y fuerzas personales del individuo. Di Clemente (1981) la define como *la convicción de que la persona puede ejecutar con buenos resultados la conducta específica necesaria para producir el resultado deseado.*

Resultados de estudios de investigación han revelado que la autoeficacia es un factor personal que influye positivamente en la conducta, como el realizado por Di Clemente, quien demostró una correlación positiva entre la auto eficacia percibida y la abstinencia del tabaquismo. Por lo tanto la autoeficacia percibida es un aspecto determinante en la conducta promotora de salud.

Beneficios percibidos: En el modelo se establece que los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras de la salud cuando consideran que los beneficios de dichas conductas son altos.

Los beneficios percibidos de las conductas promotoras de salud no han recibido mucha atención en la investigación del estilo de vida.

Barreras percibidas: Pender (1987) en su modelo las define como un factor cognoscitivo y perceptual que influye en el intento de involucrarse en las conductas promotoras de salud. Estos pueden ser imaginarios o reales; son percepciones de uno mismo o sobre factores situacionales o ambientales. Las barreras se relacionan con la falta de disponibilidad, incomodidad, costos o dificultad para tomar opciones. ejemplos de éstas pueden ser la limitación del tiempo individual para realizar actividades físicas regulares o de ejercicio. (Dishman, y Feldman, 1985, Sloan, 1988).

La dificultad la define Pender en el modelo, como una percepción de la persona de algo que impide la acción. Sennot y Millier (1987) consideraron la dificultad como un factor importante en el intento de iniciar conductas promotoras de salud.

Factores Modificadores: Estan constituidos por las variables demográficas, biológicas, interpersonales, situacionales y de la conducta que afectan la toma de decisiones del individuo para realizar una conducta promotora de salud.

Los factores demográficos son la edad, género, raza, etnicidad, educación e ingresos económicos. El estudio de estas variables pueden servir como enlace para comprender las diferencias de las conductas entre los individuos y los grupos. (Brown, 1983); y Duffy (1988) entre otros , realizaron estudios de investigación relacionados con el estado socioeconómico y sus subescalas (educación, ingresos y trabajo) con las conductas promotoras,

encontrando que mientras más elevado es el nivel de educación y los ingresos del individuo, es más probable que participe en conductas promotoras. Por su parte, Dishman y Stephens (1985), demostraron con sus resultados de investigación que los profesionales mantienen un nivel más alto de conductas promotoras que aquellos que no lo son.

Por otro lado, respecto a la edad, Harris (1979) y Gottlieb (1984), demostraron que a mayor edad, la práctica de las conductas promotoras de salud, aumentan, sin embargo, Muhlemkamp (1986) y Cohen (1990), afirman que existe una relación inversa entre la edad y la conducta promotora, por el hecho de las limitaciones físicas.

Hubbard (1984), y Dean (1989); han relacionado el género con conductas promotoras en adultos y afirman que existe una tendencia mayor de las mujeres a realizar actividades promotoras de salud que los varones, como son el ejercicio, mejores hábitos alimenticios y otros.

Otras variables sociodemográficas que influyen en las conductas de salud según Pender, pueden ser: la cultura, la etnicidad, aunque las investigaciones en este aspecto no han tenido resultados contundentes, posiblemente por la diferencia de los conceptos de salud y sus promoción en las diferentes poblaciones. Por lo tanto sugiere más investigaciones de las variables demográficas que apoyen mejor su hipótesis.

Características Biológicas De acuerdo a Pender son aquellas como el peso, talla y grasa corporal que influyen negativamente en la adopción de una conducta Conrad y Davis (1987) demostraron que las personas sobrepasadas de peso, participan menos en los programas de condicionamiento físico

Influencias Interpersonales Se refiere al apoyo social percibido por parte de patrones familiares, interacción con personas importantes y con el

personal de salud. Los componentes de apoyo social que se miden son: 1) comunicación de las esperanzas y afecto positivo 2) sensación de pertenencia y 3) reciprocidad. Las características estructurales del apoyo social son: 1) sitio donde vive la persona. 2) frecuencia de los contactos sociales, y 3) participación en actividades de grupo con las estructuras sociales.

Gottlieb (1981) y Goldsmith (1988), realizaron investigaciones en las que concluyeron que las redes sociales de apoyo y la integración social pueden actuar como modificadores de los beneficios percibidos y de la conducta subsecuente. Las redes sociales también transmiten valores, creencias y patrones aprendidos, a los individuos, actuando como influencias positivas o negativas sobre las conductas de salud.

Yorcheski (1989), identificó que el apoyo social ejerce un efecto más poderoso sobre el índice de estilo de vida de conducta promotora de la salud entre los adolescentes.

Factores situacionales: Consisten en la disponibilidad de opciones (como el sitio de trabajo y programas de promoción de salud de la comunidad) , y las facilidades de acceso a las alternativas, (flexibilidad del trabajo y apoyo de supervisión), los cuales modifican indirectamente la conducta a través de las percepciones individuales.

Factores de la conducta: Son experiencias pasadas que junto con las capacidades del individuo influyen en las elecciones por medio de mecanismos cognoscitivos y perceptuales que, a su vez, afectan directamente la acción. Fielding (1982) demostró en su investigación que las experiencias pasadas y la participación concurrente en otras prácticas de salud influyen en la participación de nuevas actividades.

Indicios de acción y la probabilidad de la conducta : En el modelo se definen como aspectos que influyen de manera directa sobre la probabilidad de

participar en la conducta promotora de salud. Pueden medirse de modo interno o provenir del exterior para hacer que una persona pase de la fase de decisiones hasta la fase de acción. La intensidad del indicio necesario para desencadenar la acción, depende del nivel de disponibilidad del individuo. Los indicios incluyen percepción de la persona, consejo de otros y medios masivos de difusión. Gerber. (1981), afirma que las personas que ven televisión a menudo, manifiestan más hábitos inadecuados con respecto a la alimentación, ingesta del alcohol y el ejercicio; de esa manera , apoya la hipótesis propuesta por Pender respecto a que los medios masivos de difusión afectan las conductas de salud negativa o positivamente, en el sentido de que las campañas sean bien planeadas y organizadas en las que se incorporen estrategias cognoscitivas, motivacionales y de acción.

Para el presente estudio, solo se consideraron los factores cognoscitivos, y perceptuales, algunos modificadores como son los demográficos (edad, sexo y estado civil) y biológicos. (peso talla e índice de masa corporal) mismos que se relacionaron con los estilos de vida que presentan los jóvenes. (ver esquema 2)

2.2. Conductas promotoras de salud. Estilos de Vida.

2.2.1.-Conductas promotoras de salud

Previo a la definición de estilos de vida es necesario conceptualizar la conducta promotora de salud, para lo cual se ha considerado como aspecto central la definición de salud de la OMS (1974): Estado de completo bienestar físico , mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad y otros trastornos, este concepto encierra cualidades positivas de la salud, tales como

la idea de la actualización del potencial humano y de conservación de un equilibrio y una dirección objetiva dentro del medio ambiente (Durán, 1980; Goodstad, 1987; Pender 1987).

Históricamente, la importancia de la conducta `promotora de salud ha evolucionado a partir de la investigación de las relaciones entre salud, ambiente y conducta, por lo que la tendencia social para el cuidado de uno mismo, los programas de bienestar y los de salud personal estaban orientados hacia la prevención en la década de los setenta, sin embargo, después de redefinir la salud y bienestar como conceptos actualizados, más allá de la prevención de las enfermedades, los estudios de investigación están orientados a los aspectos de estilo de vida promotores de salud.

La conducta promotora de salud ha sido definida por Pender (1987) como *aquella que inicia cualquier persona, en cualquier grupo de edad para conservar o incrementar el bienestar óptimo, la autoactualización y la satisfacción personal*. Son ejemplos de conductas promotoras de salud, el ejercicio, el reposo, la nutrición óptima actividades reductoras del estrés y desarrollo de sistemas de apoyo social.

2.2.2: Estilos de vida.

Walker, S; Pender, N et al (1987) definieron el estilo de vida promotor de salud como un patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar o fomentar su nivel de bienestar, autoactualización y satisfacción de sus necesidades personales".

Ulmer (1984) define estilo de vida como el "conjunto de patrones desarrollados como reacción a las influencias ambientales y en concordancia con las opciones disponibles y circunstancias socioeconómicas". Por lo tanto el

estilo de vida se refiere a la responsabilidad del individuo y al contexto sociocultural de la conducta.

Los estilos de vida se establecen desde la infancia y van cambiando según los intereses, necesidades personales y grupales, actividades laborales y de los cambios que ocurren en cada etapa del desarrollo.

En un estudio de investigación aplicado a diferentes grupos de edad, en Suiza para determinar el grado de interés por la salud, la enfermedad y la imagen que el individuo tiene de su cuerpo, se encontró que el grupo de adultos jóvenes entre 20 y 29 años de edad se preocupan poco por su salud, dato que coincide con la escasa participación en las campañas preventivas y controles de salud. (Gutzwiller, 1987)

En 1986, la OMS declaró que el ejercicio, el deporte, la nutrición y la responsabilidad en salud son tres elementos básicos de un estilo de vida sano.

En consecuencia el Plan Nacional de Desarrollo 1990-1994 en México reconoce la necesidad de reforzar las prácticas de ejercicio físico por considerarlos estilos de vida saludables y para estimular el desarrollo integral de los jóvenes.

Como se mencionó anteriormente, los estilos de vida han sido relacionados por muchos autores con las primeras causas de morbilidad y mortalidad que pueden ser prevenidas, entre las que se consideran las enfermedades cardiovasculares y cáncer, entre otras. Los estilos de vida que se consideran como perjudiciales para la salud son: el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, hábitos dietéticos inadecuados y manejo inadecuado del estrés entre otros (OMS, 1989).

Holland (1986) refiere que si se incita a la gente a adoptar estilos de vida más sanos podrá hacerse mucho con miras a prevenir dichos procesos de enfermedad

Walker, Sechrist & Pender en 1987, desarrollaron un instrumento para medir el Perfil de Promoción de Salud del Estilo de Vida, (HPLP), el cual ha sido aplicado a diversas poblaciones, entre las que se consideró a un grupo de Mexico-Americanos de habla hispana, con la finalidad de medir la frecuencia con la cual los respondientes se comprometen con 48 conductas promotoras de salud así como también, darle validez y confiabilidad al instrumento. El factor de análisis dio como resultado un instrumento categorizado en seis dimensiones de estilos de vida que son: autoactualización, responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal y manejo de stress.

Autoactualización.- se refiere a la conducta de tener un propósito, búsqueda de desarrollo personal, experiencia de autoconcientización y satisfacción.

Responsabilidad en salud.- se refiere a tener y aceptar la responsabilidad de su propia salud

Ejercicio.- mide la adherencia a un patrón regular de ejercicio

Nutrición.- trata de identificar patrones de alimentación y selección de alimentos.

Apoyo interpersonal.- identifica el mantenimiento de relaciones incluyendo un sentido de intimidad.

Manejo de stress.- trata de reconocer las fuentes de stress y acciones contra él mismo.

Existen varios estudios de investigación en los que se han utilizado el Health Promotion Lifestyle Profile correlacionándolos con algunos elementos del modelo Promoción de la Salud de Pender (1987) entre los que se encuentran el de Salazar (1996) y Lechlitrer (1995).

2.3: Participación de enfermería en la promoción de la salud y los estilos de vida.

La enfermera comunitaria cada vez más preocupada por estudiar las conductas de salud y sus formas de cambio, como aspectos importantes, para mejorar el estado de salud de la población teniendo como base el hecho de que las conductas dependen de la acción voluntaria dirigida por la propia persona y de responsabilidad personal para iniciar o sostener conductas promotoras de salud.

Desde hace muchos años la enfermera ha estado comprometida con la promoción de la salud. Florencia Nightingale creía que la instauración de un ambiente para el enfermo, le ayudaría a restablecer y preservar su salud así como prevenir enfermedades y lesiones. (Alonso, 1993).

La enfermería ha sido un recurso importante para la promoción de la salud, en todos los grupos de edad, lo que ha permitido la integración de la prevención y de la promoción en sus acciones de atención individual, familiar y colectiva. Pero aún es escasa la experiencia que se tiene en fomentar estilos de vida sanos, ya que se ha trabajado más en la promoción del uso de servicios preventivos por parte de los usuarios, en respuesta a la meta *Salud para todos en el año 2000*.

Este hecho estimula la pasividad y no se da al individuo el control de su salud, aspecto que se contrapone con los propósitos de la promoción de la salud, donde se destaca el derecho del usuario a mantenerla y su responsabilidad única con el autocuidado, la atención de la salud hacia el

desarrollo de la competencia individual destinada a cumplir su calidad de vida y el fomento de su bienestar. (Martinez, 1993)

Es por esa razón que la enfermería comunitaria debe de influir en el cambio del sistema de prestación de servicios orientados a la enfermedad desarrollando programas de intervención que ayuden al individuo y familia a adoptar estilos de vida saludables a lo largo de su vida y a las comunidades a fortalecer ambientes sanos. Para lograrlo es necesario estudiar los estilos de vida presentes en la comunidad, que proporcionen bases científicas para el desarrollo de los programas.

El proceso de conformar el estilo de vida como herramienta para la enfermera pone énfasis en ayudar a la gente, incluida ella misma, a desarrollar mayor conciencia en hacer elecciones, y por ello , a participar mas plenamente en su propia vida y salud. Wilson (s/d) afirma que las enfermeras deben buscar un enfoque de estilos de vida para su práctica y que se constituya como parte de su repertorio profesional.

La finalidad de la promoción de la salud es fomentar el bienestar y disminuir las amenazas que la constituyen, por lo que resulta el campo de mayor importancia para la participación de la enfermera.

En México se han realizado algunos estudios de investigación relacionados con estilos de vida saludables, como el desarrollado por Alonso y cols. (1993), cuyo objetivo fue conocer la relación que existe entre los estilos de vida del adulto y el uso de los servicios de salud. Los resultados revelaron una alta prevalencia del tabaquismo y del consumo de bebidas alcohólicas, por otro lado, los individuos refirieron conocer los daños que produce a su salud el no mantener estilos de vida saludables, pero a pesar de ello, no emprenden acciones promotoras de salud. Entre las recomendaciones figura la de realizar

más investigaciones que analicen las verdaderas causas que motivan a la gente a realizar conductas de salud.

Otro estudio es el de Martínez (1994), cuyo propósito fue conocer la influencia del concepto y la percepción de salud de los individuos, con la práctica de estilos de vida saludables. Entre los resultados obtenidos, se encontró una débil correlación entre los conocimientos y percepciones de salud con los estilos de vida saludables, estos resultados resultan contrarios a la hipótesis de Pender (1987) quien propone que la probabilidad de que el individuo adopte estilos de vida saludables está relacionada con la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales. Martínez (1994) propone realizar más estudios acerca de los factores que expliquen las motivaciones que tiene el individuo para cambiar o mantener prácticas de vida saludables.

También Salazar (1995) realizó un estudio de investigación de tipo descriptivo, relacionado con estilos de vida en la mujer, considerando que esta ha estado ligada estrechamente a la atención de la salud, especialmente por sus funciones de madre: el propósito del estudio fue, identificar los factores culturales y sociales que influyen en la mujer para promover la salud familiar y la propia. Los resultados demostraron que los factores cognoscitivos y perceptuales (factores culturales) y los factores modificantes (factores sociales), de la mujer, influyen en las conductas promotoras de salud de la familia. Al comparar los índices de estilo de vida saludable de acuerdo a la clase social a la que pertenecen, se encontró que las mujeres de clase social alta tuvieron mejores estilos de vida que aquellas de clase social baja.

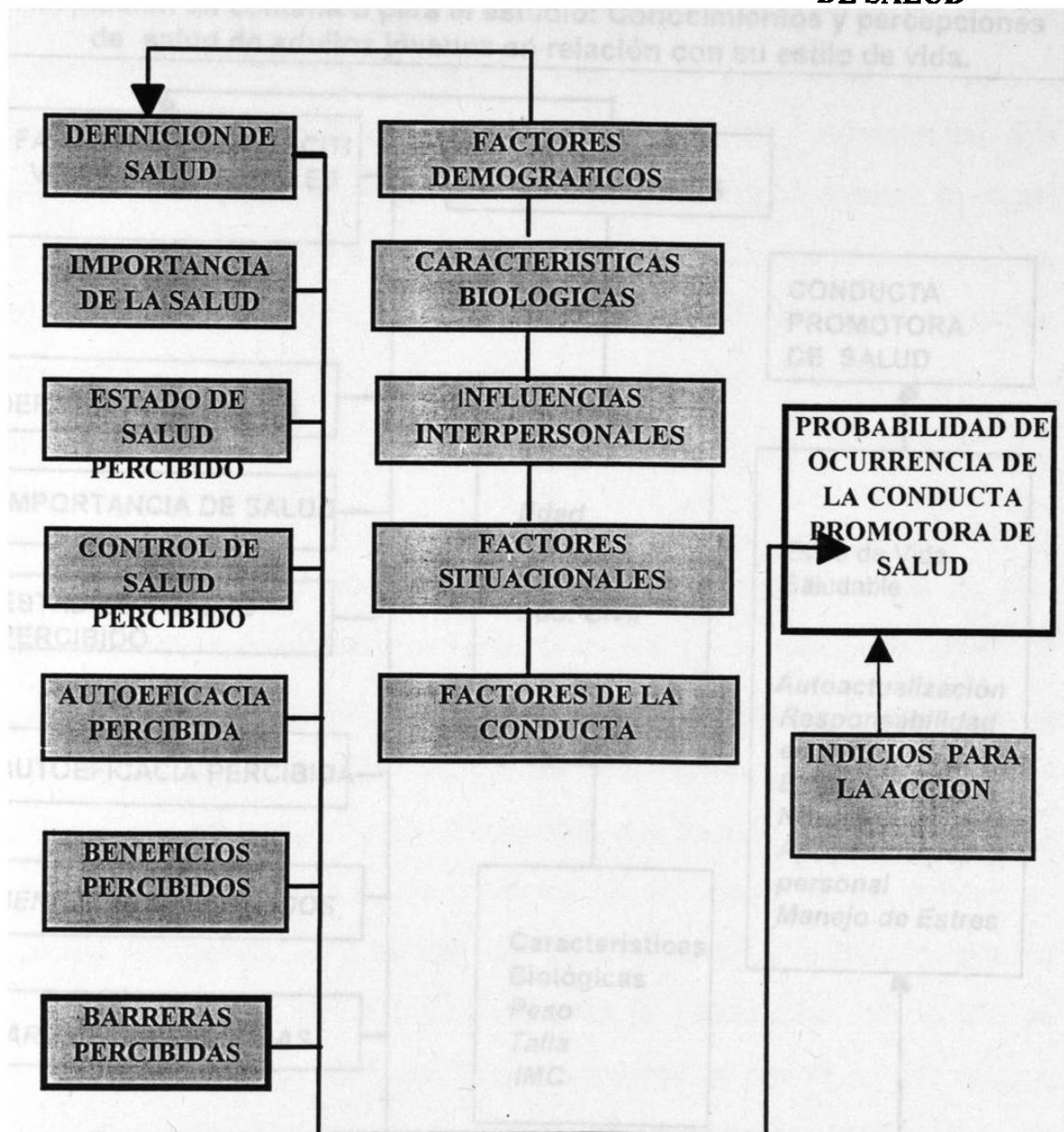
ESQUEMA I

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD (M.P.S.)

**FACTORES
COGNOSCITIVOS
PERCEPTUALES**

**FACTORES
MODIFICANTES**

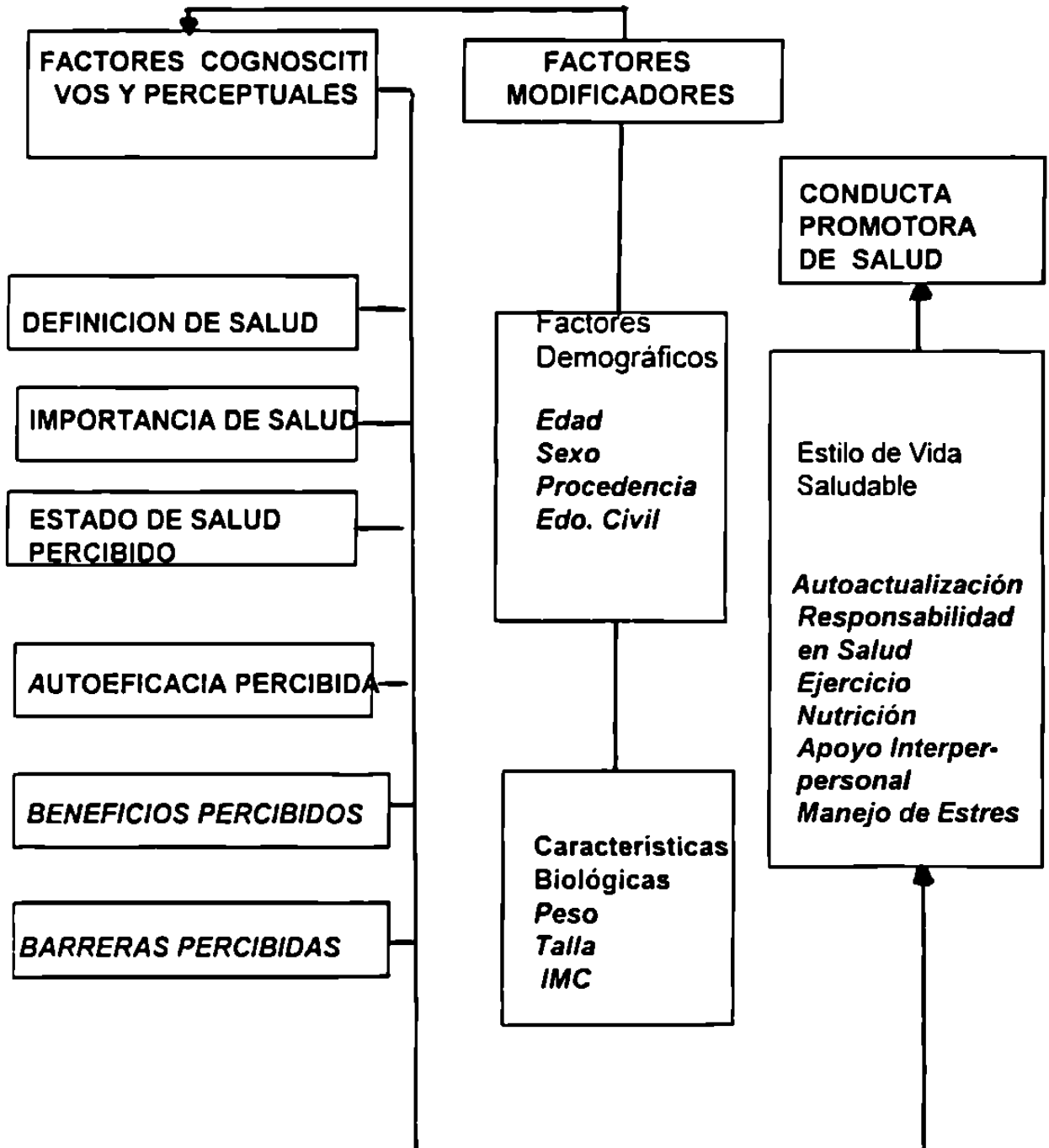
**PARTICIPACION
EN LA CONDUCTA
PROMOTORA
DE SALUD**



Pender, N. J., 1987

ESQUEMA 2

MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD (MPS)
Adaptación en contenido para el estudio: Conocimientos y percepciones de salud de adultos jóvenes en relación con su estilo de vida.



CAPITULO III

METODOLOGÍA

El presente estudio es considerado de tipo descriptivo , retrospectivo , transversal. y comparativo (Polit, 1994); descriptivo, en virtud de que se examinó la magnitud de la influencia (relación) entre las variables de estudio, estas son; los conocimientos y percepciones de salud de los jóvenes con sus estilos de vida. Retrospectivo porque se indagaron hechos que tienen su origen en el pasado, como son los conocimientos de salud adquiridos y sus estilos de vida y transversal, debido a que se conocieron los datos tal como estaban ocurriendo en el momento del estudio y por último comparativo porque se establecieron las diferencias entre dos grupos de estudiantes con características diferentes.

Se utilizaron dos instrumentos de medición; **Perfil de estilos de vida** (Lifestyle Profile) diseñado por Pender N.J (1987) y un cuestionario diseñado por la autora, para medir los conocimientos y percepciones de salud de los jóvenes. El instrumento de Pender (1987), Health Promotion Lifestyle Profile (HPLP) cuenta con la versión en español, que ha sido validado en México mediante la aplicación a una población de 485 hispanos que residen en áreas metropolitanas y rurales. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach que se obtuvo fue de .93 para la escala total, por lo que se considera altamente confiable. El procedimiento se realizó en dos etapas, una de examinación y otra de reexaminación. (Kuster, Fong. 1993)

3.1 Sujetos

El universo de estudio estuvo conformado por estudiantes matriculados en la Universidad Autónoma de Nuevo León que están realizando estudios en Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias. Para tal efecto, se seleccionaron las Facultades de Enfermería, Medicina, Odontología y Salud Pública que corresponden a la primera clasificación y las Facultades de Físico-Matemáticas e Ingeniería Mecánica y Eléctrica, correspondiente a la segunda. Tales Facultades cuentan con una población aproximada de 16,217 estudiantes. (UANL, 1993). El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado con asignación proporcional al tamaño de la muestra (Polit, 1994), con la finalidad de obtener mayor representatividad. Se trabajó suponiendo que la variabilidad era la misma para todos los estratos (homogeneidad de varianza), además se consideró que los costos eran iguales para todos los estratos.

La fórmula utilizada para obtener el tamaño de muestra fue:

$n = \frac{N p q}{(N-1) D + p q}$ donde N es el tamaño de población

Se utilizó $p = q = \frac{1}{2}$ para obtener un tamaño de muestra conservador

además se obtuvo el valor de D de la siguiente manera:

donde B es el límite de error de estimación.

Se utilizó $B = 0.05$;

alfa es el nivel de significancia el cual fue considerado con un valor de .05; por lo que $Z_{\alpha} = 1.96$.

$$D = \frac{B}{\frac{Z_{\alpha}}{2}}$$

2

Por lo tanto el tamaño de muestra bajo estas consideraciones fue de 376, mismo que se incrementó a 381 al efectuarse la asignación proporcional y se obtuvo de siete estratos conformados por las diferentes áreas de estudio que corresponden a las Facultades antes señaladas y distribuida de la

siguiente manera: Enfermería, 11 estudiantes, Medicina 118, Odontología 80, Nutrición 19, Ciencias computacionales 38, Físico-matemáticas 5, y de Ingeniería Mecánica y Eléctrica, 110. El nivel de significancia seleccionado para esta muestra fue de .05 con un límite de error de .05.

3.1.1. Criterios de inclusión:

- Estudiantes matriculados en las facultades participantes.
- Ambos sexos.
- Edad: entre 18 y 24 años.
- Solteros y casados.

3.1.2. Criterios de exclusión

- Menores de 18 años y mayores de 24.
- Que no estén matriculados en las facultades participantes.

3.2: Material

Recursos humanos: Los recursos participantes fueron el investigador, el asesor principal y un asesor de estadística, así como dos pasantes de Licenciatura en Enfermería que colaboraron en la recolección de los datos.

Recursos Materiales: Para el estudio se utilizó material bibliográfico, material de oficina , trabajo de campo y equipo de cómputo , así como pasajes y viáticos.

Se utilizaron dos instrumentos; el primer instrumento diseñado por la autora, para medir *Conocimientos y Percepciones de Salud de los adultos jóvenes*; (ver apéndice B), es autoaplicable, e inicia con la carta de presentación (ver apéndice A) que contiene la información necesaria para introducir al participante con el objetivo de la encuesta y de esa manera, obtener su aprobación. Consta de 69 ítems basados en los conceptos del modelo de Promoción de la Salud de Pender N.J., (1987), el marco teórico conceptual y la operacionalización de las variables. (ver apéndice F) . El instrumento está subdividido en seis subescalas que miden los siguientes conceptos; **conocimientos**, distribuidos en 20 ítems (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66 y 72); **importancia de salud**, con ocho ítems;(18, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37) **autoeficacia percibida**, con 10 ítems (19, 20, 21, 38, 39, 67, 68, 69, 70 y 71); **estado de salud percibido**, con 9 ítems; (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29 y 30); **beneficios percibidos** ,con 5 ítems (40, 41, 42, 43 y 44) y **barreras percibidas** con 17 ítems (del 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 73, 74, 75, 76, 77 y 78); se consideraron algunos factores demográficos y biológicos que se consideran importantes para el estudio, como son; edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, lugar de procedencia, peso talla e índice de masa corporal (IMC). Contiene una escala de Likert con cinco opciones que van de mayor a menor grado de acuerdo a desacuerdo, útil para que el sujeto de estudio refleje su manera de pensar acerca de las afirmaciones dadas en los ítems. El instrumento también cuenta con un instructivo para el llenado, que servirá de guía para los encuestadores (ver apéndice C)

Las autoras del instrumento Perfil de estilos de vida de Promoción de la Salud (HPLS) de Pender N.J., autorizaron por escrito su aplicación (ver

apéndice D) el cual fue diseñado para medir los estilos de vida y consta de una escala de 48 ítems divididos en seis subescalas.(ver apéndice E). La primera subescala corresponde a la **autoactualización**, que consta de 13 ítems distribuidos en los números 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23,29, 34, 37,44 y 48. La segunda subescala mide la **responsabilidad en salud**, contiene 10 ítems que son: 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 y 46. La tercera subescala mide el **ejercicio** y contiene cinco ítems. el 4, 13, 22, 30 y 38. La cuarta subescala corresponde a la **nutrición** y cuenta con seis ítems; el 1, 5, 14, 19, 26 y 35. La quinta subescala mide el **soporte o apoyo interpersonal** contiene siete ítems; el 10, 18, 24, 25, 31, 39 y 47. La sexta subescala es para medir el **manejo del stress** con siete ítems, el 6, 11, 27, 36, 40, 41 y 45. Tiene una escala de respuestas con 4 opciones que van desde **Nunca (N)**, **Algunas veces(A)**, **Frecuentemente (F)** y **Rutinariamente(R)**; que el encuestado puede seleccionar de acuerdo a lo que considere más acorde con su realidad.

3.3. Procedimiento

Se aplicó la prueba piloto a una población de 60 estudiantes de la Universidad seleccionados aleatoriamente, con la finalidad de conocer la precisión de las preguntas, la claridad del contenido y el tiempo de aplicación de la misma. Posterior a la aplicación de la prueba piloto, se obtuvo el alfa de Cronbach para conocer su consistencia interna; enseguidas se procedió a efectuar las modificaciones pertinentes al Cuestionario No. 1. Se capacitaron a dos pasantes de licenciatura en enfermería quienes colaboraron en la aplicación de los instrumentos, bajo la coordinación de la autora; diariamente se revisaron los cuestionarios aplicados con el fin de verificar el llenado correcto y se codificaron. Se utilizó el programa estadístico **Statistical Package**

for the Social Sciences (SPSS) for Windows ver. 5.0, para la captura de los datos y su procesamiento.

Las pruebas estadísticas que se utilizaron para analizar los datos y someter a comprobación las hipótesis fueron : análisis de varianza (ANOVA) para determinar la diferencia entre ambas áreas de estudio ; el análisis de factores (ver apéndice G y H) para identificar el efecto principal y el promedio de interacción entre los factores modificadores del modelo promoción de la salud y los grupos de estudio, (Polit, 1994). Se utilizó la prueba de correlación para determinar el grado de asociación entre las variables a través del estadístico r de pearson, así como el alfa de Cronbach para conocer la consistencia interna de los instrumentos.

Para la elaboración de las gráficas, se utilizó el programa computacional Harvard Graphics y el procesador de textos conocido como Microsoft Words versión 6.0.

La presentación de los resultados se realizó por medio de cuadros de contingencia y gráficas, utilizando el programa denominado Microsoft Excell, versión 5.0.

3.4. Ética del estudio.

Por las características del estudio y de acuerdo con lo establecido en la fracción II del artículo 17 del capítulo 1 comprendido en el título segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud , respecto a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, se considera del tipo de riesgo mínimo, en virtud de que se les cuantificò peso y talla a los participantes. Asimismo, en cumplimiento del Artículo 21 fracciones I, II, IV, VI, VII , VIII y IX del mismo se les solicitó su participación voluntaria, mediante el consentimiento informado y por escrito, explicándole con amplitud

la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos para la cuantificación de peso y talla, los beneficios obtenidos al participar, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta o aclaración acerca de los procedimientos, así como la libertad de retirarse en el momento que así lo desee, y sobre todo la confidencialidad de los datos obtenidos. Las encuestas se identificaron mediante un código reconocido solamente por el autor del estudio.

CAPITULO IV RESULTADOS

La presentación de los resultados se realizó según los datos obtenidos al aplicar los instrumentos de recolección a 381 adultos jóvenes estudiantes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias.

Se presentan los datos descriptivos de la escala del Perfil de Estilos de Vida (E.P.E.V), y de los Conocimientos y Percepciones de Salud (E.C.P.S). Así mismo se presentan los resultados de correlación entre las dos escalas.

TABLA 1
Factores demográficos de los adultos jóvenes estudiantes
de Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias.
Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

FACT. DEMOGRÁFICOS	A. Salud.		Ciencias e Ing.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
SEXO						
Masculino	87	38,0	113	74,3	200	52,5
Femenino	142	62,0	39	25,7	181	47,5
EDO. CIVIL						
Soltero	219	95,6	150	98,7	369	96,8
Casado	10	4,4	2	1,3	12	3,2
LUGAR DE RESIDENCIA						
Monterrey	130	56,8	62	55,4	192	50,4
Guadalupe	38	16,6	34	30,4	72	18,9
San Nicolás	42	18,3	4	3,6	46	12,1
San Pedro Garza Garcia	7	3,1	4	3,6	11	2,9
Otros Municipios	12	5,2	8	7,1	20	5,2
PROCEDENCIA						
Área Metropolitana	174	76,0	95	62,5	269	70,6
Municipios	20	8,7	16	10,5	36	9,4
Interior de la Rep.	35	15,3	41	27,0	76	19,9
Total	229	100,0	152	100,0	381	100,0

Fuente: E.C.P.S.

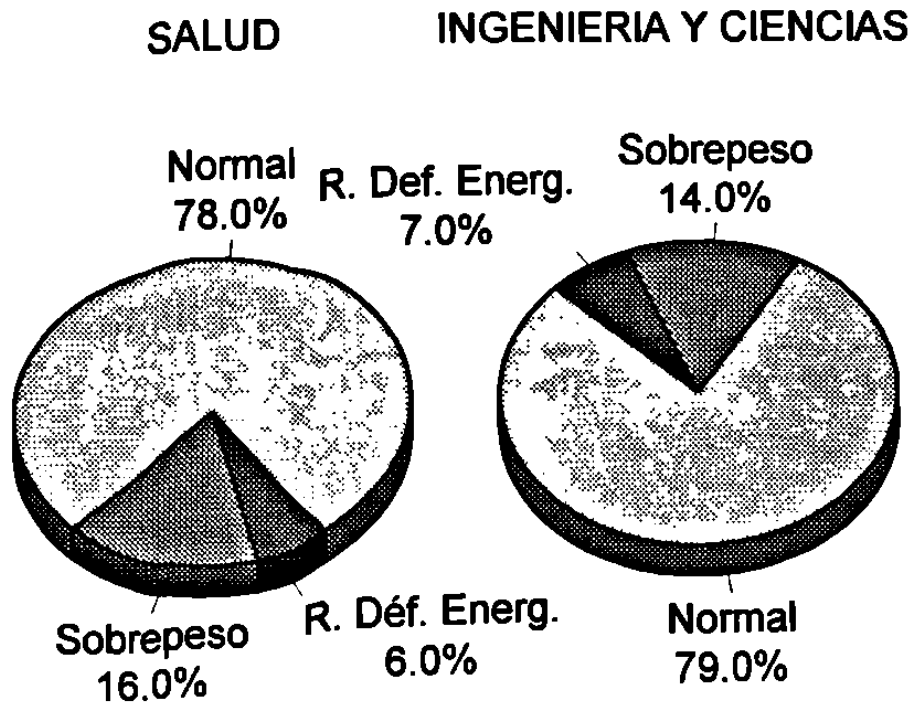
N=381

Respecto a los factores demográficos se observa que en el área de la Salud predominan los estudiantes del sexo femenino, y en Ingeniería y Ciencias el masculino. En ambos grupos la mayoría son solteros. En relación al lugar de residencia se observa similitud por el hecho de que viven en el área metropolitana de Monterrey principalmente, siguiendo en menor frecuencia en los municipios de Guadalupe y San Nicolás, dato que coincide con el lugar de procedencia. Cabe destacar que un 19 por ciento de ambos grupos provienen del interior de la República.

Figura 1

Indice de masa corporal de adultos jóvenes del Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

Area Metropolitana de Monterrey. 1996



Fuente: E.C.P.S.

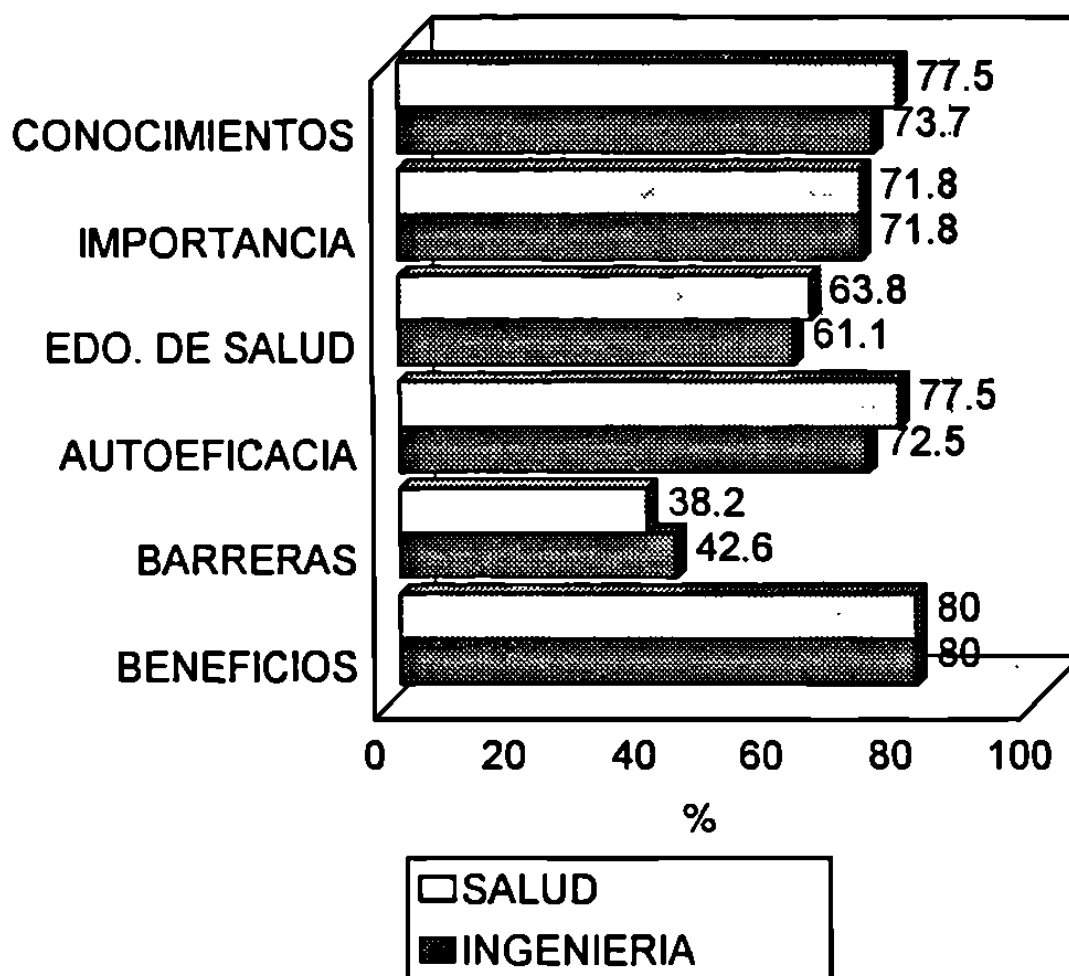
N=381

En relación al I.M.C. se observa que para ambos grupos prevalece el normal; es importante destacar que el 21 por ciento de adultos jóvenes de Ciencias de la Salud presenta sobrepeso, obesidad o riesgo de déficit de energético; marcado en porcentajes semejantes para las dos áreas, siendo un 23 por ciento de los jóvenes de Ingeniería y Ciencias quienes también lo presentan.

Figura 2

Promedio de conocimientos y percepciones de salud de los adultos jóvenes estudiantes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

Area Metropolitana de Monterrey. 1996



FUENTE. E.P.E.V.

N= 381

SALUD
INGENIERIA Y CIENCIAS

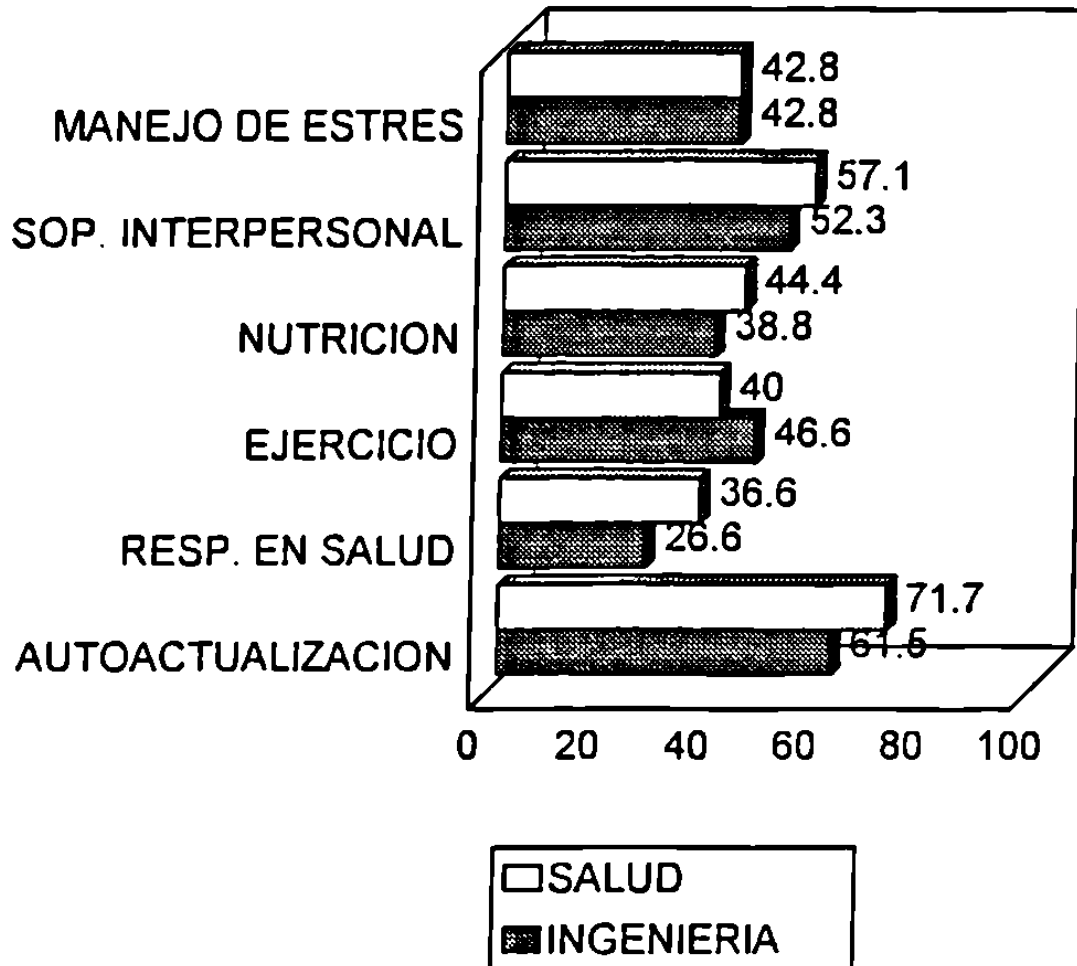
PROMEDIO TOTAL= 71.8
PROMEDIO TOTAL= 70.9

En relación al índice promedio de conocimientos y percepciones de salud de los adultos jóvenes se destacan diferencias, siendo que los de las Ciencias de la Salud obtuvieron un índice mayor de conocimientos, estado de salud y autoeficacia percibida, también manifestaron menos barreras para adoptar medidas de salud (38.2 por ciento) en comparación con los estudiantes de Ingeniería y Ciencias.

Figura 3

Promedio de estilos de vida de los adultos jóvenes
de Ciencias de la Salud
e Ingeniería y Ciencias

Area Metropolitana de Monterrey, 1996



FUENTE. E.P.E.V

N= 381

SALUD
INGENIERIA Y CIENCIAS

PROMEDIO TOTAL= 48.8
PROMEDIO TOTAL= 44.8

En relación al índice promedio de estilos de vida que practican los adultos jóvenes se destacan diferencias siendo que los de Ciencias de la Salud obtuvieron un porcentaje mas alto (48.8) en comparación con los esudiantes de Ingeniería y Ciencias que alcanzaron un promedio total de 44.8.

TABLA 2

**Congruencia Interna del Instrumento Conocimientos y Percepciones de Salud del adulto joven, aplicado a estudiantes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias
Area Metropolitana de Monterrey. 1996.**

ALFA DE CRONBACH

Variable	Items	Salud	Items	Ciencias e Ing.
Conocimientos	20	.84	20	.83
Importancia de Salud	8	.63	8	.74
Edo. Salud Percibido	9	.80	9	.84
Autoeficacia Percibida	10	.52	10	.83
Barreras	17	.73	17	.83
Beneficios	5	.70	5	.66
Escala total	69	.76	69	.76

Fuente: E.C.P.S.

N=381

En relación a la congruencia interna del instrumento Conocimientos y Percepciones de Salud se observa un alfa de Cronbach promedio de .76 para la escala total con un rango de .52 a .84 aplicada al grupo de Ciencias de la Salud y un promedio de .76 en la escala total aplicada al grupo de Ingeniería y Ciencias, con un rango de .66 a .84.

TABLA 3

Congruencia Interna obtenida del Instrumento Perfil de Estilos de Vida del adulto joven, aplicado a estudiantes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias.

Area Metropolitana de Monterrey. 1996.

ALFA DE CRONBACH

Variable	Items	A. Salud	Items	Ciencias e Ing.
Autoactualizacion	13	.85	13	.86
Responsabilidad en Salud	10	.80	10	.83
Ejercicio	5	.80	5	.73
Nutricion	6	.60	6	.67
Soporte Interpersonal	7	.71	7	.74
Manejo de stress	7	.70	7	.70
Escala total	48	.76	48	.77

Fuente: E.C.P.S.

N=381

Respecto a la Congruencia Interna del Instrumento Perfil de estilos de Vida se obtuvo un Alfa de Cronbach promedio de .76 para la Escala total con un rango entre .70 y .85 en la aplicación al grupo de Ciencias de la Salud y un promedio de .77 con un rango entre .67 y .86 en la aplicación a los estudiantes de Ingeniería y Ciencias.

Las asociaciones entre los indicadores de estilos de vida se presentan en coeficientes de correlación de Pearson [r] que corresponden a las variables de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias.

TABLA 4
Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida
Autoactualización de los adultos jóvenes
de Ciencias de la salud
Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida: Autoactualización	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Se quiere a si mismo	1	.36	.37	.49	.10	.14	.31	.20	.32	.11	.25	.20	.37
Es entusiasta y optimista con referencia a la vida	.36	1	.53	.52	.18	.23	.32	.30	.35	.23	.43	.30	.37
Cree que esta creciendo y cambiando personalmente en dirección positiva.	.37	.53	1	.47	.20	.32	.32	.24	.31	.23	.42	.27	.31
Se siente feliz y contento/a	.49	.52	.47	1	.10	.33	.35	.27	.35	.29	.43	.27	.35
Es consciente de sus capacidades y debilidades personales	.10	.18	.20	.10	1	.26	.26	.21	.21	.16	.20	.23	.17
Trabaja en apoyo de metas a largo plazo en su vida	.14	.23	.32	.33	.26	1	.36	.22	.28	.19	.23	.32	.19
Esta consciente de lo que le importa en la vida	.31	.32	.32	.35	.26	.36	1	.38	.40	.33	.30	.37	.35
Mira hacia el futuro	.20	.29	.24	.27	.21	.22	.38	1	.44	.34	.33	.36	.38
Respeto sus propios éxitos.	.32	.35	.31	.35	.21	.28	.40	.44	1	.24	.46	.32	.34
Ve cada día interesante y desafiante	.18	.23	.23	.29	.16	.19	.33	.34	.24	1	.42	.38	.26
Encuentra agradable y satisfecho el ambiente de su vida	.23	.43	.42	.43	.20	.23	.30	.33	.46	.42	1	.39	.30
Es realista en las metas que se impone .	.10	.29	.27	.27	.23	.32	.37	.36	.32	.38	.38	1	.43
Cree que su vida tiene un propósito	.20	.36	.31	.35	.17	.19	.35	.38	.34	.26	.30	.43	1

Fuente: E.P. E. V

N=229

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Autoactualización de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud se obtuvo un rango de .10 a .53, lo que significa que existe correlación positiva débil a moderada (Levin, 1979) El estilo de vida que obtuvo mayor asociación fué *Es entusiasta y optimista con referencia a la vida.*

TABLA 5

Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida Autoactualización de adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida:Autoactualización	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Se quiere a si mismo	1	.32	.39	.49	.10	.31	.26	.40	.25	.11	.20	.33	.28
Es entusiasta y optimista con referencia a la vida	.32	1	.45	.52	.18	.34	.38	.30	.28	.26	.24	.42	.32
Cree que esta creciendo y cambiando personalmente en dirección positiva.	.39	.45	1	.47	.20	.35	.22	.38	.28	.14	.28	.38	.45
Se sienta feliz y contento/a	.49	.52	.47	1	.10	.33	.35	.27	.35	.29	.43	.27	.35
Es consciente de sus capacidades y debilidades personales	.10	.18	.20	.10	1	.26	.26	.21	.21	.16	.20	.23	.17
Trabaja en apoyo de metas a largo plazo en su vida	.31	.34	.35	.33	.26	1	.35	.34	.38	.31	.20	.40	.31
Esta consciente de lo que le importa en la vida	.26	.38	.22	.35	.26	.35	1	.35	.38	.31	.20	.40	.31
Mira hacia el futuro	.40	.30	.38	.27	.21	.34	.47	1	.48	.15	.38	.49	.46
Respete sus propios éxitos.	.26	.26	.26	.35	.21	.38	.38	.48	1	.37	.40	.40	.39
Ve cada día interesante y desafiante	.11	.26	.14	.29	.16	.31	.30	.15	.37	1	.18	.15	.11
Encuentra agradable y satisfecho el ambiente de su vida.	.20	.24	.26	.43	.20	.20	.32	.38	.40	.16	1	.39	.37
Es realista en las metas que se impone	.33	.42	.38	.27	.23	.40	.31	.49	.40	.15	.39	1	.51
Cree que su vida tiene un propósito	.28	.32	.45	.35	.17	.31	.27	.45	.39	.11	.37	.51	1

Fuente: E. P.E.V

N=152

En relación a la correlación de Pearson del estilo de vida de autoactualización se obtuvo un rango de .10 a .51 para los estudiantes de Ingeniería y Ciencias, lo que significa correlación positiva débil a moderada. El estilo de vida que obtuvo mayor asociación fué: *Es realista con las metas que se impone y Creer que su vida tiene un propósito.*

TABLA 6

**Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida
Responsabilidad en Salud de los adultos jóvenes
de Ciencias de la Salud**

Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de Vida: Responsabilidad en salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relata al médico cualquier síntoma extraño.	1	.24	.27	.33	.37	.27	.18	.31	.19	.12
Sabe el nivel de colesterol de su sangre.	.24	1	.17	.26	.26	.24	.30	.19	.14	.32
Lee libros o artículos sobre la promoción de la salud.	.17	.13	1	.28	.22	.29	.25	.32	.25	.35
Interroga a su médico o busca otra opinión cuando no esta de acuerdo con lo que el suyo le recomienda.	.33	.26	.28	1	.36	.28	.26	.40	.27	.24
Discute con profesionales calificados sus inquietudes sobre el cuidado de su salud	.37	.26	.22	.36	1	.34	.41	.51	.27	.33
Hace evaluar su presión de sangre y sabe los resultados	.27	.42	.29	.28	.34	1	.32	.36	.28	.28
Asiste a programas educativos sobre mejoramiento del ambiente en que vive.	.18	.30	.25	.26	.41	.32	1	.28	.16	.47
Pide información a profesionales de salud sobre como cuidarse bien.	.31	.19	.32	.40	.51	.36	.28	1	.36	.36
Observa al menos cada mes, su cuerpo para cambios físicos.	.19	.14	.25	.27	.27	.28	.16	.36	1	.21
Asiste a programas educativos sobre el cuidado de salud personal	.12	.34	.35	.24	.33	.28	.47	.36	.21	1

Fuente: E.P. E. V

N=229

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Responsabilidad en Salud de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud se obtuvo un rango de .10 a .51, lo que significa una correlación de débil a moderada. Los indicadores que obtuvieron mayor puntuación fue *Discute con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud* y *Pide información a los profesionales de salud, sobre como cuidarse bien*.

TABLA 7

**Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida
Responsabilidad en Salud de los adultos jóvenes
estudiantes de Ciencias e Ingeniería
Área Metropolitana de Monterrey. 1996.**

Estilo de Vida: Responsabilidad en salud	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Relata al médico cualquier síntoma extraño.	1	.43	.30	.38	.39	.38	.22	.21	.10	.21
Sabe el nivel de colesterol de su sangre.	.43	1	.37	.42	.38	.42	.29	.24	.27	.35
Lee libros o artículos sobre la promoción de la salud.	.30	.37	1	.29	.38	.39	.42	.26	.15	.30
Interroga a su médico o busca otra opinión cuando no esta de acuerdo con lo que el suyo le recomienda.	.38	.42	.29	1	.48	.30	.34	.38	.17	.29
Discute con profesionales calificados sus inquietudes sobre el cuidado de su salud	.39	.38	.38	.48	1	.44	.48	.42	.26	.42
Hace evaluar su presión de sangre y sabe los resultados	.38	.42	.39	.30	.44	1	.40	.37	.20	.35
Asiste a programas educativos sobre mejoramiento del ambiente en que vive.	.22	.29	.42	.34	.48	.40	1	.36	.19	.56
Pide información a profesionales de salud sobre como cuidarse bien.	.21	.24	.26	.31	.42	.39	.36	1	.24	.51
Observa al menos cada mes, su cuerpo para cambios físicos.	.19	.27	.15	.17	.26	.16	.26	.28	1	.24
Asiste a programas educativos sobre el cuidado de salud personal	.21	.35	.30	.29	.42	.35	.56	.51	.24	1

Fuente: E.P. E. V

N=152

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Responsabilidad en salud de los adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias, se obtuvo un rango de .12 a .56, lo que significa una correlación positiva de débil a moderada. Los indicadores que alcanzaron mayor puntuación fueron: **Asiste a programas educativos sobre el cuidado de salud personal y Asiste a programas educativos sobre mejoramiento del ambiente en que vive.**

TABLA 8

**Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida
Ejercicio de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud**

Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida: Ejercicio.	1	2	3	4	5
Hace ejercicios para estirar los musculos al menos 3 veces por semana.	1	.74	.50	.24	.47
Hace ejercicios vigorosos por 20 o 30 min. al menos 3 veces por semana.	.74	1	.59	.25	.57
Participar en programas de ejercicios fisicos bajo supervisión	.50	.59	1	.41	.46
Evalúa su pulso durante el ejercicio fisico.	.24	.25	.41	1	.30
Hace actividades fisicas de recreo (caminar, nadar, etc.)	.47	.57	.46	.30	1.

Fuente: E.P. E. V

N=229

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Ejercicio de los adultos jóvenes del área de la Salud se obtuvo un rango mínimo de .24 máximo de .74 lo que significa una correlación débil a moderada. Los indicadores con mayor puntuación fueron *Hace ejercicios para estirar musculos al menos 3 veces por semana*, y *Hace ejercicios vigorosos por 20 o 30 min. al menos 3 veces por semana*.

TABLA 9

**Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida
Ejercicio de los adultos jóvenes Ingeniería y Ciencias.**

Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida: Ejercicio.	1	2	3	4	5
Hace ejercicios para estirar los musculos al menos 3 veces por semana.	1	.62	.44	.15	.31
Hace ejercicios vigorosos por 20 o 30 min. al menos 3 veces por semana.	.62	1	.54	.31	.31
Participar en programas de ejercicios fisicos bajo supervisión	.44	.24	1	.45	.19
Evalúa su pulso durante el ejercicio fisico.	.15	.31	.45	1	.10
Hace actividades fisicas de recreo (caminar, nadar etc.)	.31	.31	.19	.10	1.

Fuente: E.P. E. V

N=152

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Ejercicio de los adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias, se obtuvo un rango mínimo de .10 y máximo de .62 lo que significa una correlación positiva débil a moderada. Los indicadores con mayor puntuación fueron: *Hace ejercicios para estirar musculos al menos 3 veces por semana*, y *Hace ejercicios vigorosos por 20 o 30 min. al menos 3 veces por semana*.

TABLA 10

Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida Nutrición de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida: Nutrición	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Come al levantarse en la mañana.	1	.10	.48	.10	.22	.10
Escoge comidas sin ingredientes artificiales para preservarla	.10	1	.14	.30	.31	.39
Hace 3 comidas buenas al día .	.48	.14	1	.10	.19	.17
Lee etiquetas de comidas empaquetadas para identificar nutrimentos.	.10	.30	.10	1	.33	.35
Incluye en su dieta alimentos con fibra	.22	.31	.12	.33	1	.29
Escoge comidas con los 4 grupos básicos de comida	.10	.39	.17	.35	.29	1

Fuente: E.P. E. V

N=229

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Nutrición de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud se obtuvo un rango de .10 a .48, lo que significa una correlación débil . *Los indicadores con mayor puntuación fueron ; Come al levantarse en la mañana y Hace 3 comidas buenas al día.*

TABLA 11

Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida Nutrición de los adultos jóvenes estudiantes de Ingeniería y Ciencias. Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida: Nutrición	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Come al levantarse en la mañana.	1	.13	.35	.22	.13	.14
Escoge comidas sin ingredientes artificiales para preservarla	.13	1	.32	.49	.26	.38
Hace 3 comidas buenas al día .	.35	.30	1	.15	.28	.30
Lee etiquetas de comidas empaquetadas para identificar nutrimentos.	.22	.49	.15	1	.31	.41
Incluye en su dieta alimentos con fibra	.13	.26	.28	.31	1	.26
Escoge comidas con los 4 grupos básicos de comida	.14	.38	.30	.41	.26	1

Fuente: E.P. E. V

N=152

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Nutrición de los adultos jóvenes del área de Ciencias e Ingeniería se obtuvo un rango de .15 a .49 lo que significa una correlación positiva débil . Los indicadores que obtuvieron mayor puntuación fueron; *Escoge comidas sin ingredientes artificiales para conservarla y Lee etiquetas de comidas empaquetadas para identificar nutrimentos.*

TABLA 12

Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida Apoyo Interpersonal de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de Vida: Apoyo Interpersonal,	1	2	3	4	5	6	7
Discute con personas intimas sus preocupaciones y problemas personales.	1	.25	.15	.16	.27	.27	.16
Elogia fácilmente a otra gente por sus éxitos	.25	1	.10	.21	.23	.28	.18
Gusta de tocar y ser tocado por personas intimas	.15	.15	1	.46	.25	.23	.61
Mantiene relaciones personales que dan satisfacción	.16	.21	.46	1	.34	.16	.41
Pasa tiempo con amigos íntimos	.19	.19	.36	.39	1.	.27	.24
Expresa fácilmente el interés, amor y calor humano hacia otros.	.27	.28	.23	.16	.33	1	.13
Tocar y ser tocado por las personas que le importan	.16	.18	.61	.41	.24	.13	1

Fuente: E.P. E. V

N=229

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Apoyo Interpersonal de los adultos jóvenes de Ciencias de la salud se obtuvo un rango mínimo de .10 y máximo de .61 lo que significa una correlación positiva de débil a moderada., Los estilos de vida con mayor puntuacion fueron *Gusta de tocar y ser tocado por personas Intimas* y *Tocar y ser tocado por personas que le Importan*

TABLA13

**Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida
Apoyo Interpersonal de los adultos jóvenes de
Ingeniería y Ciencias
Área Metropolitana de Monterrey. 1996.**

Estilo de Vida: Apoyo Interpersonal,	1	2	3	4	5	6	7
Discute con personas intimas sus preocupaciones y problemas personales.	1	.46	.15	.10	.19	.35	.12
Elogia fácilmente a otra gente por sus éxitos	.46	1	.18	.26	.19	.38	.19
Gusta de tocar y ser tocado por personas intimas	.11	.18	1	.51	.36	.13	.58
Mantiene relaciones personales que dan satisfacción	.19	.26	.51	1	.39	.18	.51
Pasa tiempo con amigos íntimos	.19	.19	.36	.39	1.	.27	.24
Expresa fácilmente el interés, amor y calor humano hacia otros.	.35	.38	.13	.18	.27	1	.18
Tocar y ser tocado por las personas que le importan	.12	.19	.58	.51	.34	.18	1

Fuente: E.P. E. V

N=152

Respecto a la Correlacion de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Apoyo Interpersonal de los adultos jovenes del area de Ciencias e Ingeniería se obtuvo un rango minimo de .10 y maximo de .58 lo que significa una correlacion positiva de debil a moderada. Los estilos de vida con mayor puntuacion fueron; *Gusta de tocar y ser tocado por personas Intimas y Tocar y ser tocado por personas que le importan.*

TABLA 14

Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida Manejo de Estrés de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud

Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida: Manejo de Estrés	1	2	3	4	5	6	7
Toma tiempo cada día para relajación	1	.10	.53	.23	.11	.21	.34
Esta consciente de las fuentes de tensión en su vida	.10	1	.15	.10	.10	.23	.10
Pasa 15 a 20 min, diariamente en relajamiento o meditación	.53	.15	1	.34	.23	.18	.39
Relaja conscientemente los musculos antes de dormir.	.23	.10	.34	1	.28	.24	.31
Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir.	.11	.10	.23	.28	1	.47	.15
Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos	.21	.23	.16	.24	.47	1	.25
Usa métodos específicos para controlar su tensión	.34	.10	.39	.31	.15	.23	1

Fuente: E.P. E. V

N=229

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Manejo de Estrés de los adultos jóvenes del área de la Salud se obtuvo un rango mínimo de .10 y máximo de .53 lo que significa una correlación positiva débil a moderada. Los estilos de vida con mayor puntuación fueron; *Toma tiempo para relajación cada día y Pasa 15 a 20 min, diariamente en relajamiento o meditación.*

TABLA 15

Correlación de Pearson entre los indicadores del Estilo de Vida Manejo de Estrés de los adultos jóvenes de Ingeniería y Ciencias.
Área Metropolitana de Monterrey. 1996.

Estilo de vida: Manejo de Estrés	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Toma tiempo cada día para relajación	1	.10	.43	.22	.30	.25	.39
Esta consciente de las fuentes de tensión en su vida	.10	1	.15	.10	.20	.10	.20
Pasa 15 a 20 min, diariamente en relajamiento o meditación	.43	.15	1	.28	.41	.28	.41
Relaja conscientemente los musculos antes de dormir.	.22	.10	.28	1	.24	.21	.24
Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir.	.30	.20	.41	.24	1	.53	.18
Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos	.25	.10	.28	.21	.53	1	.10
Usa métodos específicos para controlar su tensión	.39	.20	.41	.24	.18	.10	1

Fuente: E.P. E. V

N=152

Respecto a la Correlación de Pearson entre los Indicadores del estilo de vida Manejo de Estrés de los adultos jóvenes del área de Ingeniería se obtuvo un rango de .10 a .53 lo que significa una correlación positiva débil a moderada.. Los estilos de vida con mayor puntuación fueron; *Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir y Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos*

TABLA 16

Efecto del factor sexo en el estado de salud percibido de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

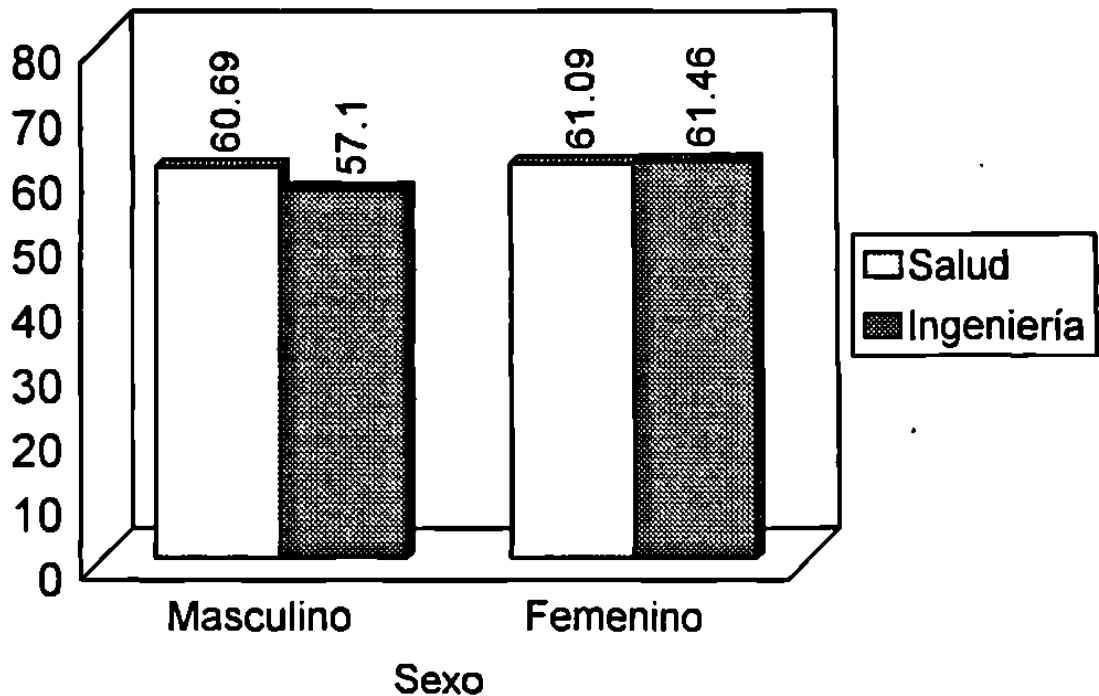
Area Metropolitana de Monterrey. 1996

Sexo/Area	Salud	Ingeniería	Media
Masculino	60.69	57.10	58.66
Femenino	61.09	61.46	61.17
Media	60.94	58.22	59.85

Fuente: E. C. P. S.

N=381
p=0.0397

Figura 4



Se encontró efecto estadísticamente significativo ($p=0.0397$) entre el factor sexo y el área de estudio al relacionarlo con el estado de salud percibido encontrándose mayor diferencia entre los estudiantes del sexo masculino.

TABLA 17

Efecto del factor procedencia en el área de estudio con el índice de autoeficacia de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

Area Metropolitana de Monterrey. 1996

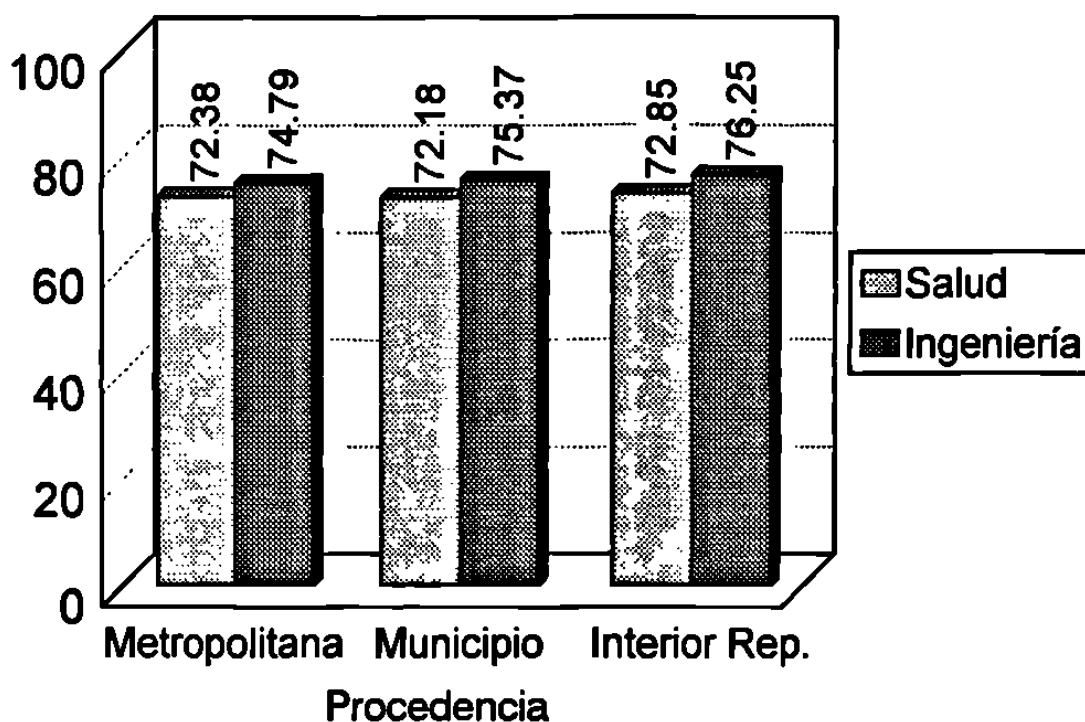
Procedencia/Area	Salud	Ingeniería	Media
Metropolitana	72.38	74.79	73.59
Municipio	72.18	75.37	73.95
Interior Rep.	72.85	76.25	74.01
Media	75.09	71.62	73.71

Fuente: E. C. P. S.

N=381

p=0.0237

Figura 5



Se encontró efecto estadísticamente significativo ($p=0.0237$) entre el factor procedencia y el área de estudio al relacionarlo con autoeficacia encontrándose mayor diferencia entre los estudiantes del interior de la República.

TABLA 18

Promedio de interacción de los factores sexo y área de estudio en el índice de barreras de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

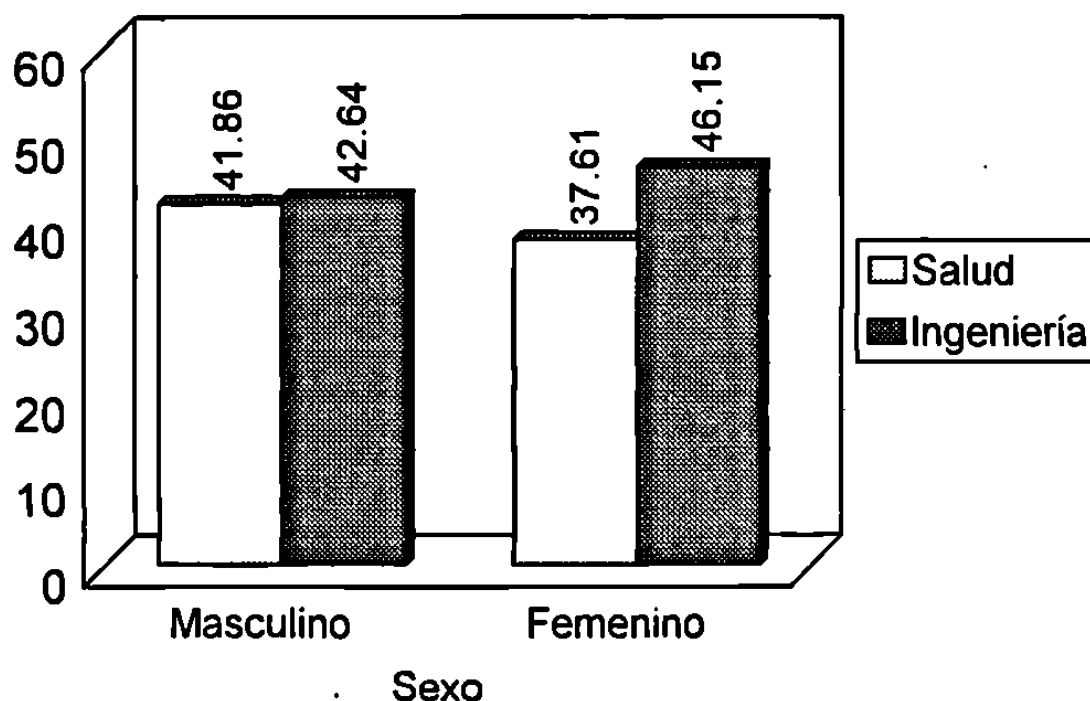
Area Metropolitana de Monterrey. 1996

Sexo/Area	Salud	Ingeniería	Media
Masculino	41.86	42.60	42.30
Femenino	37.61	46.15	39.45
Media	39.21	43.54	41.35

Fuente: E. C. P. S.

N=381
p=0.0178

Figura 6



Se encontró influencia estadísticamente significativa ($p=0.0178$) entre el factor sexo y el área de estudio al relacionarlo con barreras percibidas encontrándose mayor diferencia entre los estudiantes del sexo femenino de ambas áreas de estudio.

TABLA 19

Promedio de interacción entre los factores sexo y procedencia con el índice de autoactualización de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

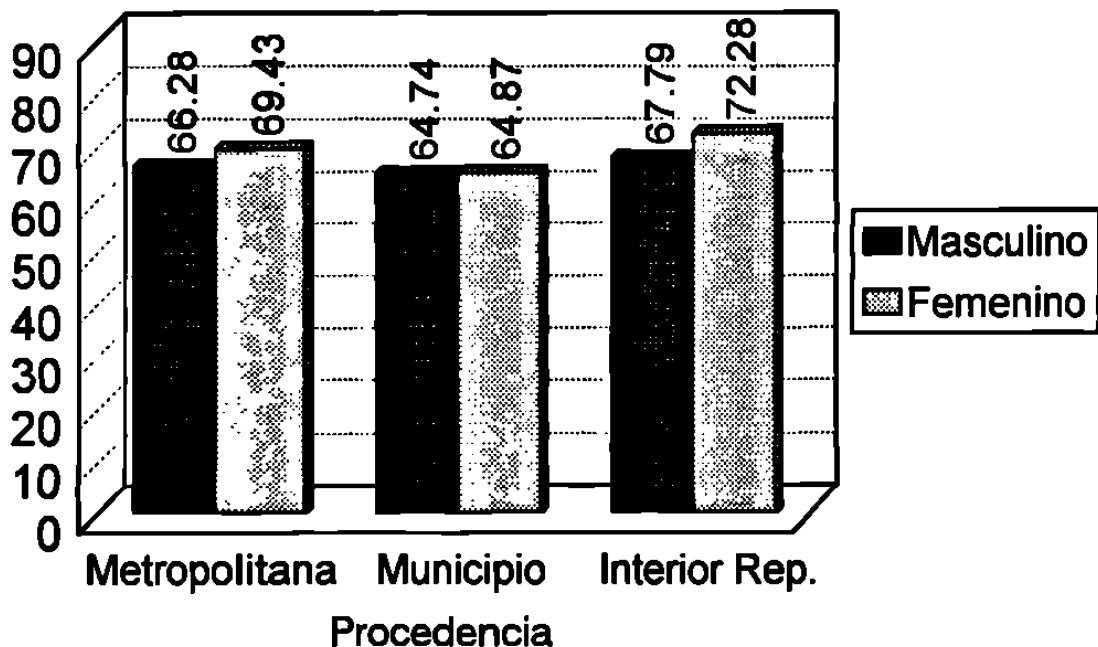
Area Metropolitana de Monterrey. 1996

Procedencia/Sexo	Masculino	Femenino	Media
Metropolitana	66.28	69.43	67.86
Municipio	64.74	64.87	64.81
Interior Rep.	67.79	72.28	69.53
Media	66.53	64.34	67.87

Fuente: E. P. E. V.

N=381
p=0.0214

Figura 7



Se encontró interacción estadísticamente significativa ($p=0.0214$) entre el factor sexo y procedencia al relacionarlos con el índice de autoactualización siendo mayor la diferencia entre el sexo masculino y femenino de quienes proceden del interior de la República.

TABLA 20

Promedio de interacción entre los factores sexo y procedencia con el índice de responsabilidad en salud de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

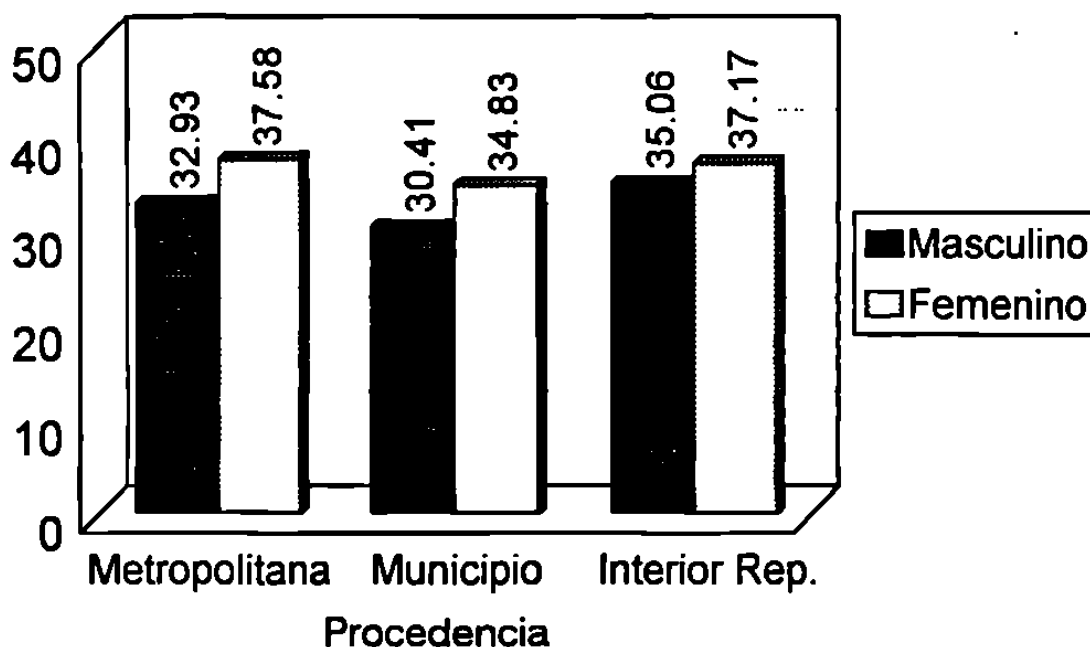
Area Metropolitana de Monterrey. 1996

Procedencia/Sexo	Masculino	Femenino	Media
Metropolitana	32.93	37.58	30.41
Municipio	30.41	34.83	32.87
Interior Rep.	35.06	37.17	35.78
Media	33.26	37.07	35.07

Fuente: E. P. E. V.

N=381
p=0.0492

Figura 8



Se encontró interacción estadísticamente significativa ($p=0.0492$) entre sexo y procedencia al relacionarlos con el índice de responsabilidad en salud siendo mayor la diferencia entre el sexo masculino y femenino de quienes proceden del interior de la Area Metropolitana de Monterrey.

TABLA 21

Efecto principal del factor procedencia en el índice de manejo de estrés de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias

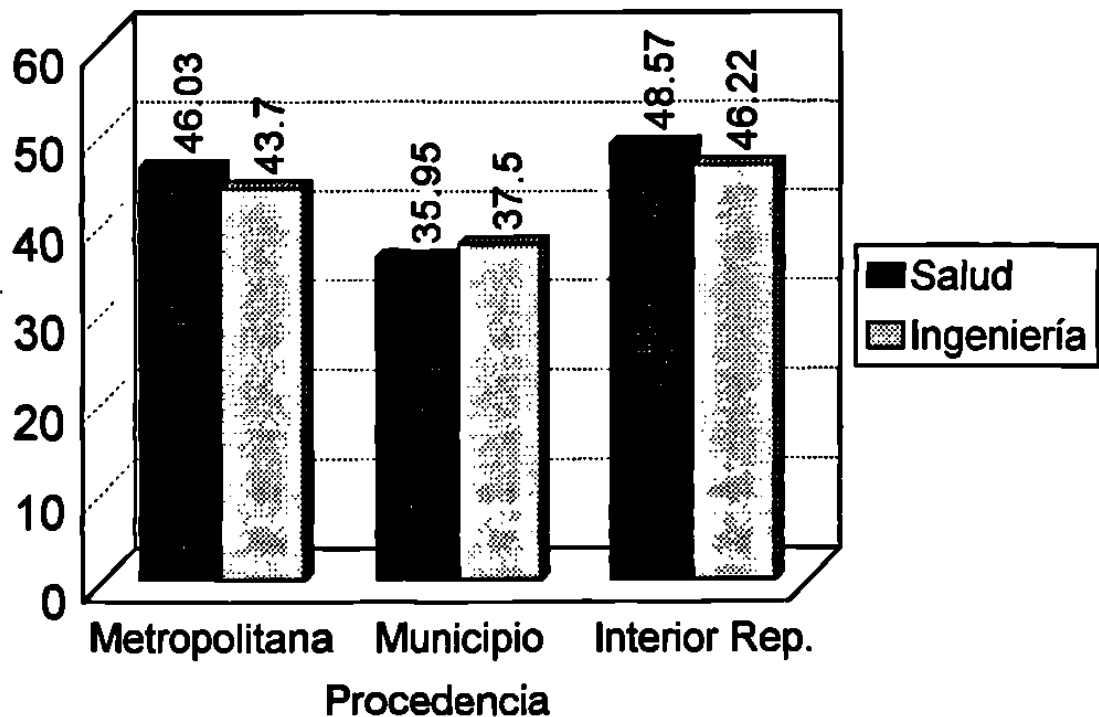
Area Metropolitana de Monterrey. 1996

Procedencia/Area	Salud	Ingeniería	Media
Metropolitana	46.03	43.70	45.21
Municipio	35.95	37.50	36.64
Interior Rep.	42.57	46.22	47.30
Media	45.53	43.73	44.81

Fuente: E. P. E. V.

N=381
p=0.0110

Figura 9



Se encontró efecto estadísticamente significativo ($p=0.0110$) entre el factor procedencia y el manejo de estrés en relación al grupo de estudio destacándose más la diferencia entre los estudiantes del área metropolitana de Monterrey.

TABLA 22

Correlación de Pearson entre Conocimientos y Percepciones de Salud y Perfil de Estilos de vida de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias.

Area Metropolitana de Monterrey, 1996

CON. Y PERC. ESTILOS	Conocimiento	Importancia	Edo. de salud	Autoeficacia	Barreras	Beneficios
autoactualización	0.04 (0.38)*	-0.03 (0.46)	0.00 (0.44)	.013 (0.00)	-0.17 (0.00)	0.09 (0.07)
responsabilidad en salud	0.11 (0.02)	0.07 (0.13)	0.13 (0.00)	0.14 (0.00)	0.09 (0.05)	0.11 (0.02)
ejercicio	0.02 (0.65)	0.01 (0.81)	0.06 (0.22)	0.12 (0.01)	0.02 (0.59)	0.03 (0.54)
nutrición	0.11 (0.02)	0.06 (0.24)	0.09 (0.05)	0.11 (0.02)	-0.09 (0.07)	0.11 (0.03)
apoyo interpersonal	0.01 (0.70)	0.00 (0.85)	0.00 (0.96)	0.06 (0.96)	0.09 (0.07)	0.03 (0.45)
manejo de estres	0.04 (0.41)	0.08 (0.08)	0.10 (0.03)	0.16 (0.00)	-0.06 (0.20)	0.14 (0.00)

Fuente: E.C.P.S /E. P.E.V

N= 381

(*) valor p

Se observó significancia estadística con un valor de p que oscila entre 0.00 y 0.05, al correlacionar las subescalas de ambos modelos, encontrándose que el conocimiento influye directa y positivamente en la responsabilidad en salud y nutrición; el estado de salud percibido influye en responsabilidad en salud, nutrición y manejo de estres, la autoeficacia influye en la subescala de autoactualización,, responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, y manejo de estres; las barreras percibidas influyen en las subescalas de autoactualización y responsabilidad en salud; así como los beneficios percibidos que influyen en responsabilidad en salud., nutrición y manejo de estres. Cabe señalar que la subescala de importancia no influyó en ninguna subescala de perfil de estilos de vida, así como la subescala de apoyo interpersonal que no recibió influencias de alguna subescala de conocimientos y percepciones de salud.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1.- Interpretación de los resultados.

Con base en los resultados obtenidos es importante destacar las diferencias encontradas en relación a datos demográficos de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud y de Ingeniería y Ciencias , en cuanto a sexo, existe diferencia entre ambos grupos siendo que Ciencias de la Salud esta integrada en su mayoría por estudiantes del sexo femenino, correspondiendo a un 62 por ciento de su población, en tanto que el Ingeniería y Ciencias esta integrada principalmente por el sexo masculino. (74.3 por ciento) Es necesario considerar esta diferencia de género al interpretar los datos a la luz de las hipótesis debido a que los resultados de estudios anteriores revelan una influencia significativa al considerar la variable sexo, como el de Pender, Walker, Sechrist y Frank (1990) quienes encontraron una asociación del género femenino con cifras más altas en estilos de vida promotor de salud en su escala total; en el presente estudio ocurrió este mismo hecho con un índice de 61.17 para mujeres y 58.66 para hombres.

En relación al estado civil no se observó diferencia significativa, pues la mayoría de los jóvenes que integran ambos grupos (entre el 95 y 97 por ciento de la población total) fueron solteros.

Respecto a la procedencia se observó que el 70 por ciento de la población total son originarios del Área Metropolitana de Monterrey y el 9.4 por ciento de los municipios antes mencionados, este dato tiene relevancia pues al observar el efecto de la procedencia sobre los índices de estilos de vida se encontró mejores promedios en quienes proceden del interior de la

República . Esto podría tener su origen en las influencias socioculturales que los jóvenes han adquirido desde su familia. (Pender,1987).

Respecto al índice de masa corporal (IMC) obtenido se puede observar que el 78.5 por ciento de la población total presentan un IMC normal, sin embargo es necesario considerar al restante 21 por ciento que presentan sobre peso, obesidad, o riesgo de déficit energético. Este dato podría estar relacionado con hábitos alimenticios inadecuados, siendo este un indicador de estilo de vida inadecuado.

Respecto al índice promedio de conocimientos y percepciones de salud se observa diferencia entre ambos en relación a conocimientos acerca de la salud, siendo que los de Ciencias de la salud alcanzaron un índice total de 77.5 y los de Ingeniería y Ciencias obtuvieron un índice de 73.7. Es importante comparar este dato con lo señalado en el modelo de Promoción de la Salud de Pender (1987) el cual señala que la definición del individuo sobre lo que significa la salud, que puede ir desde la ausencia de enfermedad hasta un alto nivel de bienestar, puede influir en las modificaciones conductuales que este intente realizar. Lafrey (1983) demostró que los que tienen una concepción clínica (ausencia de enfermedad) realizaban un mayor número de conductas preventivas y los que tienen una concepción eudemonística (alto nivel de bienestar) practicaban actividades promotoras de salud, principalmente. En el estudio, los jóvenes de Ciencias de la Salud manifestaron una concepción eudemonística principalmente, en tanto que los jóvenes de Ingeniería y Ciencias, mostraron una concepción clínica.

En relación a la importancia que le brindan a su salud, ambos grupos manifestaron el mismo valor, (71.8) Este factor es importante al relacionarlo con el modelo de Promoción de la Salud de Pender (1987) quien señala que "los individuos que conceden gran importancia a sus salud es mas probable que traten de conservarla. Lafrey (1983) identificó una relación significativa entre la importancia y la practica del ejercicio y los hábitos nutricionales

En cuanto a la percepción del estado de salud se observó diferencia, siendo que los de Ciencias de la salud obtuvieron un índice de 63.8 y los de Ingeniería y Ciencias, 61.1 . Pender (1987) señala en su modelo de promoción de la salud que la percepción del individuo tiene de su propia salud puede determinar la probabilidad de que se inicien conductas promotoras. Chistiansen (1981) y Duffy (1988) encontraron que el estado de salud percibido es un aspecto predictivo en las subescalas de autoactualización, apoyo interpersonal y ejercicio.

Respecto a la autoeficacia percibida, la diferencia fue de 77.5 para el grupo de Ciencias de la salud y 71.62 para el grupo de Ingeniería. Pender (1987) señala en su modelo de Promoción de la Salud que la convicción de que una conducta es posible, puede influir en la realización de dicha conducta. Di Clemente (1981) demostró una correlación positiva de la autoeficacia con la abstinencia del tabaquismo.

En relación a los beneficios percibidos, ambos grupos obtuvieron un índice igual de 80 , Siguiendo el modelo de Promoción de la Salud de Pender (1987) este indicador es importante en cuanto a la afirmación de que los individuos pueden sentirse mas inclinados a iniciar o mantener conductas promotoras cuando consideran que los beneficios son altos.

Se observó diferencia entre ambos grupos en relación a las barreras percibidas dando como resultado que los del área de Ingeniería perciben mas barreras para el cuidado de su salud con un índice de 38.2 para el grupo de Ciencias de la Salud y 42.6 para Ingeniería y Ciencias. Según Pender (1987) en su modelo establece que la creencia del individuo de que una actividad o una conducta es difícil, puede influir su intención de llevarla a cabo.

La calificación obtenida en la escala total de Conocimientos y percepciones de salud fue de 71.8, para los del Area de la Salud, en tanto que los del Area de Ingeniería lograron un índice total de 70.9; por lo tanto se observa que si existe diferencia a favor del grupo de Ciencias de la Salud.

En relación al índice de estilos de vida de los adultos jóvenes se encontró un índice promedio más alto en los estudiantes de Ciencias de la Salud correspondiendo al 48.8 por ciento, este resultado marcó la diferencia con los estudiantes de Ingeniería y Ciencias quienes obtuvieron un índice promedio de 44.8 por ciento, lo que sugiere que los de Ciencias de la Salud tienen un estilo de vida más saludable. Esto coincide con Pender (1987) quien señala que los conocimientos y percepciones de salud influyen en la práctica de estilos de vida.

Al realizar el análisis de correlación de los indicadores de autoactualización consigo mismos, se obtuvo una correlación de débil a moderada. (Levin, 1979) siendo de .10 a .53 para el área de Ciencias la salud y de .11 a .51 para el área de Ingeniería y Ciencias; lo que indica una diferencia en ambos grupos. Los indicadores que obtuvieron mayor correlación fueron; *es entusiasta y optimista con referencia a la vida*, para Ciencias de la salud y para Ingeniería y Ciencias: *Es realista con las metas que se impone y Cree que su vida tiene un propósito*. Estos datos sugieren que ambos grupos han alcanzado un buen nivel de autoactualización, lo que significa, de acuerdo con la definición de Pender, (1987) que tienen un sentido de propósito, han desarrollado la búsqueda de experiencias de autoeficacia y satisfacción personal.

Se analizó la correlación de Pearson entre los indicadores de Responsabilidad en salud. y se encontró diferencia en ambos grupos, al obtener una correlación positiva de débil a moderada, con un rango de .10 a .52 para Ciencias de la salud, la conducta relacionada con mayor puntuación fue *pedir información a los profesionales de salud sobre como cuidarse bien*; el rango obtenido por Ingeniería y Ciencias fué de .12 a .51, y las conductas con mayor puntuación fueron; *Asiste a programas educativos sobre salud y mejoramiento del medio ambiente y Hace ejercicios vigorosos por 20 o 30 minutos 3 veces por semana*.

Estos datos coinciden con los encontrados por Walker (1988) en un estudio relacionado con los estilos de vida promotores de salud, en el que las

mujeres demostraron un nivel más alto en las subescalas de responsabilidad en salud y ejercicio.

En la correlación de Pearson entre los indicadores de Nutrición, se observó diferencias en ambos grupos, los de Ciencias de la salud tuvieron un rango mínimo de .10 a .48 lo que indica una correlación positiva débil, teniendo de mayor puntuación las conductas *Escogen comidas que incluyen los cuatro grupos básicos de comida cada día, y Escogen comidas sin ingredientes artificiales para preservarla*; ésta última fue la misma que obtuvo mayor puntuación en el grupo de Ingeniería, con la diferencia de que la segunda conducta más frecuentemente practicada fue; *Lee etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrientes*; el rango obtenido fue de .13 a .49; con una correlación débil; lo que refleja que este grupo tiene un mejor patrón alimenticio y la capacidad de seleccionar sus propios alimentos, de acuerdo con lo definido por Pender (1987). Sin embargo, se observó en ambos grupos un índice bajo en su patrón alimenticio, lo que se refleja en los datos obtenidos en relación al IMC señalado anteriormente pues un 21 y 23 por ciento de ambos grupos tienen sobrepeso, obesidad y riesgo de déficit energético.

También se observa diferencia al comparar los grupos en relación al apoyo interpersonal, al obtener un rango de .10 a .61 para el grupo de Ciencias de la salud y un rango menor de .10 a .58 para Ingeniería y Ciencias. Estos datos indican una correlación positiva de débil a moderada; lo que sugiere que mantienen relaciones con un sentido de familiaridad y proximidad con personas cercanas a ellos. siendo más manifiesta dicha conducta en los de Ciencias de la salud. Las conductas que mayor puntuación obtuvieron fueron; *Gusta de tocar y ser tocado por personas íntimas y Tocar y ser tocado por personas que le interesan* siendo las mismas para ambos grupos.

Se observó también diferencia al correlacionar el manejo de estrés, pues presentaron un rango entre .11 y .53 para Ciencias de la salud y de .10 a .53

para el Ingeniería y Ciencias, lo que significa una correlación positiva de débil a moderada. De acuerdo con la definición de Pender (1987) este dato refleja la medida en que los jóvenes reconocen sus fuentes de estrés y las acciones de control, logrando de esta manera la relajación.

Respecto al análisis de varianza entre los factores demográficos con los elementos del modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987) se observó que el sexo y la procedencia tienen efecto estadísticamente significativo en ambos grupos de estudio al relacionarlo con el estado de salud percibido ($p=0.0397$) de tal manera que los del sexo femenino, perciben un mejor estado de salud. También la procedencia tuvo efecto estadísticamente significativo ($p=0.0237$) en ambos grupos al relacionarlo con la autoeficacia, de tal forma que los adultos jóvenes del interior de la República presentan mayor diferencia. El efecto del factor sexo y área de estudio también tuvo influencia estadísticamente significativa ($p=0.0178$) al relacionarlo con las barreras percibidas de tal manera que al comparar a los adultos jóvenes del sexo femenino en ambas áreas de estudio, se observa la mayor diferencia.

Respecto al análisis de factores entre los demográficos con los elementos del modelo de Perfil de estilos de vida (Pender, 1987) se observó que el sexo y la procedencia influyen en las subescalas de autoactualización ($p=0.0214$), responsabilidad en salud (0.0492) y manejo de estrés ($p=0.0110$). Lechlitner, Kerr y Ronis (1995) también examinaron el efecto de la variable sexo, y encontraron influencia significativa en las subescalas de autoactualización responsabilidad en salud, ejercicio y apoyo interpersonal. Pender, Walker, Sechrist y Frank (1990) también encontraron en su estudio, una asociación del género femenino con cifras más altas en estilos de vida promotor de salud en su escala total.

Para determinar la correlación entre los elementos de Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1987) y la práctica de Estilos de Vida también se aplicó la prueba de correlación de Pearson, en la que se encontró influencia

estadísticamente significativa entre los conocimientos con responsabilidad en salud y nutrición; el estado de salud percibido influye en la conducta de responsabilidad en salud , nutrición y manejo de estres, la autoeficacia influye en la conducta de autoactualización,. responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición y manejo de estres, las barreras influyen en las conductas de autoactualización y responsabilidad en salud; así como los beneficios percibidos que influyen en la responsabilidad en salud, nutrición y manejo de estres. Estos resultados conducen a la aceptación de la primera hipótesis de estudio, al demostrar que los conocimientos y percepciones de salud de los adultos jóvenes influyen directamente en en sus estilos de vida.

5.2.- Conclusiones.

Con base en los resultados obtenidos se concluye lo siguiente:

Existe diferencia entre el índice de conocimientos y percepciones de salud de los adultos jóvenes que estudian Ciencias de la Salud y los de Ingeniería y Ciencias, mismos que influyen en los índices obtenidos del Perfil de Estilos de Vida; por lo que se decide aceptar la hipótesis de estudio que señala lo siguiente: ***Los conocimientos y percepciones que tienen los adultos jóvenes acerca de la salud influyen directa y positivamente en sus estilos de vida.***

En relación a la hipótesis de investigación que señala que los adultos jóvenes que estudian Ciencias de la Salud, tienen mejores estilos de vida que aquellos que estudian Ingeniería y Ciencias, se decide a aceptarla , en virtud de los índices alcanzados al aplicar el cuestionario Perfil de Estilos de Vida de Pender (1987) .

En relación a los objetivos planteados se identificaron los conocimientos y percepciones de salud de una población de adultos jóvenes, que estudian Ciencias de la salud e Ingeniería y Ciencias, y se identificó el perfil de estilos

de vida observándose una diferencia entre los estudiantes de Ciencias de la Salud quienes obtuvieron un porcentaje de 71.8 y los de Ingeniería y Ciencias alcanzaron el 70.9 por ciento, por lo que se concluye haber alcanzado el objetivo general del estudio.

También se concluye que el modelo de promoción de salud (MPS) de Pender (1987) es de gran apoyo para enfermería debido a que facilitó operacionalizar sus conceptos y de ésta manera describir los elementos que influyen en la practica de estilos de vida. Por otra parte, el instrumento para medir Estilos de Vida, el H.P.L.P de Pender (1987) es muy operativo y facilita definir con cierta precisión la ejecución de estilos de vida para los individuos, lo cual es útil para la investigación y práctica de la enfermería comunitaria.

En relación a la congruencia interna del instrumento Conocimientos y Percepciones de Salud del Adulto Joven (E.C.P.S), se obtuvo un Alfa de Cronbach de .76 para la escala total con un rango entre .52 y .84 al aplicarlo al área de la salud siendo el mismo (.76), al aplicarlo al área de Ingeniería y Ciencias, con un rango de .66 a .84. Estos resultados indican una adecuada confiabilidad del instrumento.

Los resultados de congruencia interna del instrumento para medir perfil de estilos de vida (HPLP) revelaron un alfa de Cronbach de .76 para los estudiantes de Ciencias de la Salud, en la escala total con un rango entre .70 y .85 en las subescalas del manejo de stress y autoactualización; para los estudiantes de Ingeniería y Ciencias se obtuvo un alfa de Cronbach de .77 en la escala total con un rango de .67 a .86 en las subescalas de Nutrición y Autoactualización, respectivamente.

Estos resultados coinciden parcialmente con los resultados reportados por Walker; Kerr; Pender y Sechrist (1987) al aplicar el instrumento con un grupo de 485 Hispano-Mexicanos para medir la consistencia interna del mismo; ellas reportan un alfa de Cronbach de .94 para la escala total con un rango de .70 a .87 en las subescalas de nutrición y autoactualización.

La diferencia marcada en el alfa de Cronbach para la escala total entre el presente estudio y el realizado por la autora del instrumento podría estar condicionada por el tamaño de la muestra y las características heterogéneas de los grupos estudiados. siendo que ellas lo aplicaron a un grupo entre 15 y 79 años de edad, originarios de centro y suramericanos, Puerto Rico y Cuba; el nivel de educación mostró una variación entre < de cinco años y > de 12 años de estudio.

5.3. Recomendaciones.

Se recomienda utilizar el instrumento de Conocimientos y Percepciones de salud en otras poblaciones con diferentes características, con el fin de ir mejorándolo y aumentar la consistencia interna del mismo. de tal manera que se cuente con un instrumento mas útil para la enfermería comunitaria.

Repetir la investigación, con un grupo de población, con los mismos criterios de inclusión del presente estudio, a fin de identificar los factores que pudieron influir para que se obtuviera una diferencia mínima entre los índices conocimientos y percepciones de salud.

Realizar otro estudio en otro grupo de adultos jóvenes, entre las mismas edades pero de diferente nivel de educación para identificar diferencias entre los estilos de vida de los jóvenes y de esa manera ampliar y profundizar el conocimiento para enfermería acerca de los estilos de vida de la población joven .

Basándose en los resultados obtenidos realizar programas de educación dirigidos a los adultos jóvenes universitarios, encaminados a promover estilos de vida mas adecuados para su salud.

Implementar programas de educación para la salud para los adultos jóvenes universitarios, encaminados a aumentar el índice de conocimientos, y percepciones de salud.

Realizar estudios de intervención de enfermería en el que se tenga como propósito influir la práctica de estilos de vida saludables a través de la aplicación del modelo de Promoción de la Salud

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alonso C. Magdalena. Martinez, M. J,M.; Rodríguez A. L. Estilos de vida y uso de los servicios de salud. Tesis inédita de Maestría en Salud Pública. UANL. 1993.
- Alonso C. ; Carranza R. F., Hernández V. G et al. Promoción de la salud. Manual de promoción de la salud dirigido a estudiantes de enfermería. UANL.Fac. de Enfermería. p. 50-64. 1993.
- Bandura, A. self-efficacy: Toward a unifying theory and behavioral cange. Psychology Review, 84 (2) 191-215. 1977.
- Brown N. Spring. The relation sship among health beleifs, health values and health promotion activity. Journal of Nursing Research. 5: 155-63. 1983
- Becker, M. H. editor. The health belief model and personal health behavior. Therrefore, N.J.: Charles B. Slak. 1974.
- Brunner.y Suddanth Enfermeria Medico Quirurgica. 6 edición Ed. Interamericana . Mexico. 1992.
- Christiansen K. E. The determinants of health promoting behaviors. 1981.
- Cohen R, Brownell K. Felix M : Age and sex differences in health habits and beliefs of school children. Health Psychol. 9: 208-224. 1990.
- Conrad P. Who comes to work-site wellness programs. A preliminary review. J. Occup. Med. 29: 317-320.1987.
- Davis. K . Jackson K.K. Kronenfield JJ, et al. Determinants of participants of participants in worksite health promotion activities. Health Educ. 14: 195- 205.1987.
- Dean K. Self-care components of lifestyle : The importance of gender, attitudes and the social situation. Soc. Sciencie Med. 29: 137-152. 1989.
- Di Clemente C. C. Self-efficacy and smoking casation maintenances. A preliminary report. Cog Ther Res. 5: 175-187. 1981.
- Dishman R,K. Salles J F, Orestein D.R: The determinants of physical activity and exercise. Public Health Rep. 100:158-171. 1985.

- Duffy M. E; Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research Vol 37. pp 358-362-. 1988.
- Fielding M.F. A study of relationship among perceived current health, health promoting activities, and life satisfaction in older black adults. Unpublished doctoral dissertation, University of Texas. 1982.
- Fundación Mexicana de Salud (FUNSALUD). El peso de la enfermedad en México. Un doble reto. vol 3. México.1994
- Gerber N.H. Ethnicity and lifestyle health risk. Some possible mechanism. American Journal of health promotion. 2(1), 37-51. 1981.
- Gutzwiller F. Martin J, Lehman Ph. Prevención primaria sde las enfermedades cardiovasculares en Suiza. Foro Mundial de la Salud. vol. 8. 1987.
- Hamburg David A. Hábitos para la salud. Revista del Fomento a la salud. vol 8. pp. 7-11.1987
- Harris, D.M., & Gutten, S. Health-protective behavior. An exploratory study. Journal of Health & social behavior. 20 (1) 17-29.
- Holland W., Breeze E. Modos de vida sanos para una buena salud. Revista internacional de desarrollo sanitario. Hábitos para la salud. Revista del Foro Mundial de la salud. vol. 7 N. 4. 1986.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Resultados definitivos. XI Censo General de la Población y la Vivienda. Nuevo León. pp. 11-30. 1990.
- Kaplan, G. D. S. Cowles, A. Health Locus de Control and Health Value in the prediction of smoking Behavior. Health Education Monographs. Spring. pp.29-137.1978.
- Kuster A. E, Fong C. M. . Further psychometric Evaluation of the Spanish Language. Health Promoting Lifestyle Profile. Nursing Research. vol. 42. No. 5. 1993.
- Laffrey, S. C. , Issenberg, M. The relationship of internal locus of control., valued placed on health, perceived importance of exercise an participation in physical activity during leisure. International Nursing studies. pp 190-195.

- Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians : a working document. Ministry of National Health and Welfare, Ottawa, Canada. 1974.
- Lau R.R; Quadrel M.J; Development and change of young adults preventive health beliefs and behavior: influence from parents and peers. Rutgers University, Institute for health, and Aging Reseach, New Brunswick, NJ. 31 (3) p 240-59. (1990)
- Leahy J.K, Cobb M.M. Jones M.C. Acercamiento a la comunidad. Enfermería para la salud de la comunidad. México. Ed La prensa Médica Mexicana. 1a. ed. p. 374-392. 1980.
- Letchlitner L; Kerr M.J; & Ronis D. Health-Promoting Lifestyles of Blue-Collar, skilled trade, and White collar Workers. Nursing research. 44 (1) 20-24. 1995.
- Levin J. Fundamentos de estadística en la investigación social .Harla Mexico 1979
- Lium C. Lynn C. Health Promoting Throughout the lifespan young adulthood. The E.U. Mosly Company. p 471-501. 1990.
- López L. Concepción. Factores de riesgo del adulto joven. Salud Pública. 1a. ed. México. Ed Interamericana Mc. Graw Hill. 1993.
- Lozano A. R, Escamilla C. J. A , et al. Tendencia de la Mortalidad por cardiopatía isquémica en México de 1950-1985. Revista del Instituto Nacional de Salud Pública. de México. vol 3. No. 4. p. 405-414. 1990.
- Marriner T. Ann. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Mosby/doyma libros. tr. Diorki. Servicios Integralesde edición. 3a. ed. p. 508-514. 1994.
- Martinez M . Raúl El concepto, la percepción de salud y la práctica dse estilos de vida saludables. Tesis en opción al grado de Maestría en enfermería. UANL. 1994.
- Martinez M. Raúl; Martinez M. J.M. Estilos de vida saludable. Manual de promoción de la salud dirigido a estudiantes de enfermería. UANL. Fac. de Enfermería. p. 66-80. 1993.
- Mc. Allister Gillian. Journal of Advanced Nursing. vol 17. p. 1447-1454.1992.
- Milio, N. Promoting Health Through Public Police. AJPH Public Health Association. Ottawa Canadian. pp 115-119. 1986.

- Muhlenkamp A. F, Brown N J., et al. Determinaciones de las actividades de promoción a la salud en clientes de enfermería clínica. 1990.
- OPS/OMS. México. Situación política, económica y social. Las condiciones de salud en las Américas. . vol 2. p. 217-230.1990.
- Pender N. J. Health Protecting (Preventive) Behavior. Health Promoting in Nursing Practice. E.E.U.U. Appleton & Lange. 2a. de. p 37-56. 1987.
- Pender N.J. Promoción de la salud y prevención a lo largo de la vida. Promoción de la salud en la práctica de enfermería. tr. López C. V. E.E.U.U. Appleton & Lange. (1989).
- Pender N.J., Walker S.N., Sechrist, K.R., et al. Predicting health promoting lifestyles porfile, development and psychometrics characteristics. Nursing Research. 39: 326-352. 1990.
- Polit D. Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la salud. México. Ed Interamericana Mc. Graw Hill. 4a. ed. 701 pp. 1994.
- Roberts, R,L & Lee , R.S. (1980). Health practices among Mexicans-Americans: Further evidence from the Human Population Laboratory Studies. Preventive Medicine. Cap. 9. p. 675-688.
- Rosenstock , I. Historical Origins of the health Belief Model. Journal of Health and social Behavior. New Jersey. p. 1-28. 1974.
- Roux Gustavo I. La prevención y el comportamiento de riesgos y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. Educación Médica en Salud. vol. 28. No. 2. 1994.
- Ruiz Luis. Promoción y Protección de la salud del adulto en América Latina y el Caribe. Educación Médica en Salud. vol. 23. (1) p. 87-100. 1989.
- Salazar A. Magaly C. Factores culturales y sociales de la mujer para promover a salud familiar y la propia. Tesis inédita de Maestría en Salud Comunitaria. UANL. 1996
- San Martín. Morbilidad y mortalidad del adulto joven. Salud y Enfermedad. Ed. Interamericana, 4a. ed. pp. 100-105. 1993.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Diario Oficial de la Federación. 1995.

- Sloan R. Gruman J; Participation in work-place health promotion programs. The contributions of health and organizational factors. Health Educ. Q. vol. pp.15-269. 1988.
- Stephens T. Jacobs D. White C; A descriptive epidemiology of leisure-time physical activity. Health Report. pp. 147-156. 1985.
- Smith, J. The idea of Health. Implications for the nursing profession. New York. New York. 1983.
- Thomas S:P, Groder M. W., Relación de las variables demográficas del estilo de vida y del stress con la presión sanguínea en los adolescentes. Nursing Research. vol. 35. No. 3. p. 169-169. 1986.
- Ulmer, D. Societal Influences of Health and Life Styles. pp 793-798. 1984.
- Vargas A , Palacios V. Nivel de salud. Educación para la salud. 1a. ed. México. Ed Interamericana . 1993.
- Walker S.N., Schrist K.R., Pender N. J. The Health Promoting Lifestyle Profile. Development and Psychometric Characteristics. Nursing Research. vol. 36 No. 2. p. 76-81. 1981.
- Walker S.N, Volkan K., Sechrist, K. R., Pender N. J. Health Promoting Lifestyle of older adults. Comparison with young and middle aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science. Aspen Publishers Inc. vol. 11 (1). p. 76-90. 1988.
- Ward A, Morgan W. Adherence patterns of healthy men and women enrolled in adult exercise programs. J. Card Rehabil . pp. 143-152. 1984.
- Weitzel M. H. A test of the health promotion model with blue collar workers. Nursing Research. pp 38-99. 1989.
- Wilson Berenice. Un enfoque de estilo de vida para la práctica de la enfermería.
- Zindler- Wernet P. Weiss SJ; Health locus of control and preventive health behavior. West J. Nursing Research. Vol 9: 160-179. 1987.

APENDICES

APENDICE A
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE NUEVO LEON.
SECRETARIA DE POSGRADO
CARTA DE PRESENTACION

Distinguido compañero universitario:

Por este conducto me permito informarle que se está realizando una investigación para determinar los conocimientos y percepciones acerca de salud que los jóvenes universitarios poseen y sus posibles relaciones con el estilo de vida que practican. Este estudio es avalado por la Facultad de Enfermería de la UANL, Secretaría de Posgrado y su responsable es la Lic. Elmy Lucelly Rodriguez Alonzo, con objeto de obtener el grado de Maestría en Enfermería. Los resultados obtenidos serán importantes para obtener conocimientos sobre la realidad que los jóvenes están viviendo en materia de salud. ¿Podría colaborar contestando los dos cuestionarios que a continuación se anexan?. Sus respuestas servirán como base que permita fundamentar en un futuro el tipo de programas de salud y educación sanitaria que los jóvenes universitarios requieren para mantenerse sanos.

Usted fué seleccionado al azar de una lista de estudiantes de ésta facultad que tienen entre 18 y 24 años de edad. Los cuestionarios son totalmente anónimos por lo que no tiene que identificarse; así mismo debe sentirse en la libertad de retirar su participación en el momento que así lo decida

Agradezco sus atenciones y colaboración en el entendido de que al finalizar el estudio su Facultad contará con los resultados en el documento final de tesis.

ATTE : Lic. Elmy L. Rodriguez A.

APENDICE B
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSGRADO
CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DEL ADULTO JOVEN

1.- FICHA DE IDENTIFICACION CLAVE ()
 EDAD _____ (años cumplidos) SEXO: Masc. (1) Fem (2)
 EDO. CIVIL: Soltero(1) Casado(2)
 COLONIA DONDE VIVE :(escribir en el paréntesis el número) ()
 1.- Monterrey 2) Guadalupe 3) San nicolás 4) San Pedro Garza G. 4) La Fama 5)Apodaca 6) Juarez 7) Sta Catarina. 8) Otro: Especificar

PROCEDENCIA: _____ ()
 1.-Monterrey. 2) Municipio 3)interior de la Rep.
 PESO _____ Kgs. TALLA _____ Mts. IMC _____
 (Para ser llenado por el encuestador)

II.- CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES

INSTRUCCIONES: Encierre en un círculo el número que corresponde a la respuesta que refleje mejor su forma de pensar respecto a las afirmaciones que se le dan en la columna de la izquierda.

CLAVES: TA: Totalmente de acuerdo (5)
 A: Acuerdo (4)
 ? : Ignoro la respuesta (3)
 D: Desacuerdo (2)
 TD: Totalmente en desacuerdo. (1)

	TA	A	?	D	TD
En mi manera de pensar, SALUD significa:					
10. No presentar síntomas de enfermedad	5	4	3	2	1
11. Sentirse bien consigo mismo	5	4	3	2	1
12. Poder cumplir con mis responsabilidades personales y de trabajo	5	4	3	2	1
13. Poder realizar mis actividades diarias en forma normal.	5	4	3	2	1
14. Sentirme en armonía con los demás	5	4	3	2	1
15. Estar en paz con Dios	5	4	3	2	1
16. Estar en armonía con fuerzas positivas y negativas	5	4	3	2	1
17. Tener seguridad económica y familiar	5	4	3	2	1
18. Mi salud es lo más importante en mi vida	5	4	3	2	1
La conservación de mi salud depende de:					
19. Las acciones del personal de salud en mi beneficio	5	4	3	2	1
20. Los cuidados de mis padres	5	4	3	2	1

21· Mis propias acciones 5 4 3 2 1

Para estar completamente sano, necesito:

22· Estar en paz con Dios. 5 4 3 2 1

23· Tener tranquilidad económica 5 4 3 2 1

24· Tener tranquilidad familiar. 5 4 3 2 1

25· Curarme de la enfermedad o síntomas que ahora tengo 5 4 3 2 1

26· Hacerme una limpieza 5 4 3 2 1

27· Dejar hábitos perjudiciales a mi salud 5 4 3 2 1

28· Tener armonía con mis estudios 5 4 3 2 1

29· Tener armonía con mis compañeros y amigos. 5 4 3 2 1

30· No me falta nada 5 4 3 2 1

Lo más importante para mi felicidad es:

31· Tener casa propia 5 4 3 2 1

32· Tener trabajo seguro 5 4 3 2 1

33· Tener salud 5 4 3 2 1

34· Tener fé en Dios 5 4 3 2 1

35· Tener suficiente dinero para vivir 5 4 3 2 1

36· Tener una familia que me quiera 5 4 3 2 1

37· -Antes que mi salud está primero mi seguridad económica 5 4 3 2 1

Cuando realizo una acción en beneficio de mi salud:

38· La inicio y la termino con éxito 5 4 3 2 1

39· La inicio, haciendo dos o tres intentos antes de abandonarla 5 4 3 2 1

Cuando llevo a cabo algún cuidado de mi salud:

40· Disminuyo el riesgo de enfermarme 5 4 3 2 1

41· Me curo de la enfermedad que estoy padeciendo 5 4 3 2 1

42· Me permite hacer una vida libre de riesgos 5 4 3 2 1

43· Me siento tranquilo y satisfecho de estarlo realizando 5 4 3 2 1

44· Busco mantenerme sano 5 4 3 2 1

Cuando quiero realizar algún cuidado a mi salud, no la realizo debido a:

45· Falta de tiempo 5 4 3 2 1

46· Falta de conocimiento 5 4 3 2 1

47· Falta de recursos económicos (dinero) 5 4 3 2 1

48· No tengo ninguna barrera 5 4 3 2 1

Cuando necesito acudir al médico o centro de salud, no asisto por:

49- Falta de tiempo	5	4	3	2	1
50- El horario de consulta no va de acuerdo con el tiempo que dispongo	5	4	3	2	1
51- La consulta es muy cara	5	4	3	2	1
52- Pierdo mucho tiempo esperando a que me atiendan	5	4	3	2	1
53- El trato que recibo no es muy agradable	5	4	3	2	1
54- No tengo seguro o servicio médico	5	4	3	2	1
55- No tengo apoyo de mi familia, para asistir	5	4	3	2	1

Para mantenerme sano es necesario:

56- evitar el consumo de cigarro	5	4	3	2	1
57- evitar el consumo de alcohol	5	4	3	2	1
58- mantener mi peso normal	5	4	3	2	1
59- hacer ejercicio sistemáticamente (constantemente)	5	4	3	2	1

12- Estoy consciente de que los daños que producen los estilos de vida inadecuados son:

60- fumar aumenta el riesgo de enfermarse del corazón	5	4	3	2	1
61- fumar aumenta el riesgo de cáncer pulmonar y enfisema	5	4	3	2	1
62- el consumo de bebidas alcohólicas aumenta el riesgo de enfermarse del hígado y trastornos de la conducta.	5	4	3	2	1
63- el consumo de una dieta alta en grasas aumenta el riesgo de sufrir infarto u otras afecciones del corazón.	5	4	3	2	1
64- el consumo de una dieta alta en sodio (sal) aumenta el riesgo de la hipertensión arterial (presión alta)	5	4	3	2	1
65- practicar ejercicios al aire libre estimula la digestión.	5	4	3	2	1
66- si vivo una vida estresada, aumenta el riesgo de padecer enfermedades del corazón	5	4	3	2	1

Si en este momento yo tuviera estilos de vida inadecuados intentaría modificarlos para mejorar mi salud; y tendría éxito en mi intento al:

67- dejar de fumar	5	4	3	2	1
68- iniciar un programa de ejercicio	5	4	3	2	1
69- consumir una dieta balanceada	5	4	3	2	1
70- dejar el consumo del alcohol	5	4	3	2	1
71- practicar la relación y meditación para disminuir el stress	5	4	3	2	1
72.-Cónozco cuales vacunas me deben de aplicar .	5	4	3	2	1

El motivo por el que no asisto a la consulta preventiva es:

73- desconocer cuáles programas de salud debo seguir.	5	4	3	2	1
74- mi horario disponible no está de acuerdo con el de la consulta preventiva	5	4	3	2	1
75- No pertenezco a alguna institución de salud.	5	4	3	2	1

76. falta de dinero	5	4	3	2	1
77. temor a lo desconocido del servicio.	5	4	3	2	1
78. no necesito este tipo de atención.	5	4	3	2	1

ESCALA TOTAL DE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DEL ADULTO JOVEN

Escala total	69 items
Conocimientos y percepciones de salud	de la 10 a la 78
Subescalas	
Parte A: Conocimientos	
Parte A1: Definición de salud (20 items)	10,11,12,13,14,15,16,17; 56,57,58,59; 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66,72.
Parte A2: Importancia de salud.[8 items]	8; 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37.
Parte B: Percepciones	
Parte B 1) Estado de salud percibido [9 items]	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30
Parte B 2) Autoeficacia percibida [10 items]	19, 20, 21; 38, 39; 67, 68, 69, 70, 71
Parte B 3) Beneficios percibidos [5 items]	40, 41, 42, 43, 44
Parte B 4) Barreras percibidas [17 items]	45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 73, 74, 75, 76, 77, 78.

APENDICE C
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SECRETARIA DE POSGRADO
MAESTRIA EN ENFERMERIA

**INSTRUCTIVO PARA LA CEDULA DE ENTREVISTA DE INVESTIGACION:
CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DEL ADULTO JOVEN.**

EDAD: Aquí se anotará los años cumplidos (Solo se aplicará a jóvenes que se encuentren entre 18 y 24 años de edad).

SEXO: Anote el número 1 si es del sexo masculino y 2 si es del sexo femenino.

ESTADO CIVIL: Anote el numero 1 si es soltero y el numero 2 si es casado.

DIRECCION: Aquí se anotará el nombre de la colonia o el rumbo donde está viviendo actualmente. Si el encuestado lo prefiere podrá anotar el nombre y número oficial de la calle donde habita o bien limitarse a escribir el nombre de la colonia.

PROCEDENCIA: en este rubro anotarán el lugar de procedencia de aquellos que no son originarios de Monterrey y que solamente están estudiando en ésta ciudad.

PESO: Anote el peso obtenido en kilogramos, escribiendo también los gramos en tres cifras. Ejemplo. (58.200. Kgs.).

Para obtenerlo, utilice la báscula portátil que Ud. porta. Solicite al encuestado quitarse los zapatos para realizar el procedimiento.

TALLA: Anote los metros y centímetros la talla obtenida. Para tal efecto utilice la cinta métrica y un pedazo de 5 cm. aproximadamente de tela adhesiva. Solicite al encuestado que se retire los zapatos. Que permanezca de pie y de espaldas a la pared, teniendo cuidado que la región dorsal y glútea se encuentren en contacto con la misma.. Coloque la regla en el borde superior de la coronilla. Adhiera la cinta a partir del borde superior de la regla, hacia

arriba. Proceda a medir la talla con la cinta métrica después de que se halla retirado el encuestado de la pared con la cual podrá anotar. Anote los metros y centímetros obtenidos. (Ejemplo: 1.70 mts).

Después de realizar los procedimientos anteriores proporcione el formato al encuestado y aclare las dudas que tenga éste respecto a las instrucciones.

Al terminar reciba los formatos contestados, previa verificación de que se encuentre contestado en su totalidad.

Agradezca su colaboración.

Entregue los cuestionarios contestados al responsable del estudio.

MATERIAL REQUERIDO:

- Tabla de apoyo con clip
- lápiz del número 2 o 2 1/2
- Goma de borrar.
- Formatos de cuestionario.
- Instructivo para el llenado del cuestionario.
- Cinta métrica
- Regla de 30 cm.
- Báscula portátil
- 1 pieza de tela adhesiva.

APENDICE D

**CARTA DE AUTORIZACION DE LA DRA. NOLA PENDER
PARA LA UTILIZACION DEL INSTRUMENTO:
PERFIL DE ESTILOS DE VIDA (H.P.L.P)**

HEALTH-PROMOTING LIFESTYLE PROFILE

Dear Colleague:

We are pleased to reply to your request for information about our Health-Promoting Lifestyle Profile. In order to respond promptly to the large volume of correspondence we receive, we have found it necessary to prepare this standard letter containing information that is commonly sought. We hope that you will feel free to write or call as necessary to obtain any further information that you may need.

The Health-Promoting Lifestyle Profile measures health-promoting behavior, conceptualized as a multidimensional pattern of self-initiated actions and perceptions that serve to maintain or enhance the level of wellness, self-actualization and fulfillment of the individual. The 48-item summated behavior rating scale employs a 4-point response format to measure the frequency of self-reported health-promoting behaviors in the domains of self-actualization, health responsibility, exercise, nutrition, interpersonal support and stress management. It was developed for use in research within the framework of the Health Promotion Model (Pender, 1987), but has subsequently been employed for a variety of other purposes as well. The development and psychometric evaluation of the English language versions were described by Walker, Sechrist and Pender (1987) and scores among the initial study sample were reported by Walker, Volkan, Sechrist and Pender (1988). The translation and psychometric evaluation of the Spanish language version as well as scores among a Hispanic sample were reported by Walker, Kerr, Pender and Sechrist (1990).

Copyright of both English and Spanish language versions of the instrument is held by Susan Noble Walker, EdD, RN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN and Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN. You have our permission to copy and use the enclosed Health-Promoting Lifestyle Profile for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument also may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal without further permission. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited without specific permission from the authors.

There is no charge for such authorized use, but we would appreciate receiving notification of your intent to use the instrument and a report of your completed study/project for our files. It is particularly useful to know of any publications reporting use of the instrument so that we can maintain an accurate complete listing. To facilitate record keeping, all information should be sent to:

Susan Noble Walker, Ed.D., R.N.
Associate Professor
University of Nebraska Medical Center
College of Nursing
600 South 42nd Street
Omaha, Nebraska 68198-5330
(402) 559-6561

We thank you for your interest in using the Health-Promoting Lifestyle Profile and wish you much success with your efforts.

Sincerely,

Susan Noble Walker

Karen R. Sechrist

Nola J. Pender

APENDICE E

CUESTIONARIO DE PERFIL DE ESTILOS DE VIDA (HPLP)

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en frases que corresponden al modo en que usted vive actualmente, o a los hábitos personales. Favor de responder a cada frase en la manera mas exacta posible, y tratar de no dejar ningún artículo. Indique la frecuencia con que usted lleva a cabo cada acto mencionado, circundando la letra que mejor corresponde: N=nunca; V= a veces; F= Frecuentemente; R= Rutinariamente.

- | | |
|--|---------|
| 1.-Comer al levantarse en la mañana | N V F R |
| 2.-Relatar a un medico cualquier síntoma extraño | N V F R |
| 3.-Querer a mi mismo/misma | N V F R |
| 4.-Hacer ejercicios para estirar los músculos al menos 3 veces por semana | N V F R |
| 5.-Escoger comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida | N V F R |
| 6.-Tomar tiempo cada día para el relajamiento | N V F R |
| 7.-Saber el nivel de colesterol en mi sangre | N V F R |
| 8.-Ser entusiasta y optimista con referencia a la vida | N V F R |
| 9.-Creer que estoy creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas | N V F R |
| 10.-Discutir con personas intimas mis preocupaciones y problemas personales | N V F R |
| 11.-Ser consciente de las fuentes de tensión en mi vida | N V F R |
| 12.-Sentirme feliz y contento/a | N V F R |
| 13.-Hacer ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos 3 veces por semana | N V F R |
| 14.-Comer tres comidas buenas al día | N V F R |
| 15.-Leer libros o artículos sobre promoción de la salud. | N V F R |
| 16.-Ser consciente de mis capacidades y debilidades personales | N V F R |
| 17.-Trabajar en apoyo de metas a largo plazo en mi vida | N V F R |
| 18.-Elogiar fácilmente a otra gente por sus éxitos | N V F R |
| 19.-Leer las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrimentos | N V F R |
| 20.-Interrogar a mi doctor o buscar otra opción cuando no este de acuerdo con lo que el mio recomiende | N V F R |
| 21.-Mirar hacia el futuro | N V F R |
| 22.-Participar en programas o actividades de ejercicios físicos bajo supervisión | N V F R |
| 23.-Ser Consciente de lo que importa en esta vida | N V F R |
| 24.-Gustar de tocar y ser tocado por personas intimas. | N V F R |
| 25.- Mantener relaciones interpersonales que dan satisfacción. | N V F R |
| 26.- Incluir en mi dieta alimentos que contienen fibra (ej, granos enteros, frutas crudas, verduras crudas) | N V F R |

- | | |
|---|---------|
| 27.- Pasar 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación | N V F R |
| 28.- Discutir con profesionales calificados mis inquietudes respecto al cuidado de mi salud | N V F R |
| 29.- Respetar mis propios éxitos. | N V F R |
| 30.- Evaluar mi pulso durante el ejercicio físico. | N V F R |
| 31.- Pasar tiempo con amigos íntimos. | N V F R |
| 32.- Hacer evaluar mi presión de sangre y saber el resultado | N V F R |
| 33.- Asistir a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vivimos. | N V F R |
| 34.- Ver cada día como interesante y desafiante | |
| 35.- Planear o escoger comidas que incluyen los cuatro grupos básicos de comida cada día | N V F R |
| 36.- Relajar conscientemente los músculos antes de dormir. | N V F R |
| 37.- Encontrar agradable y satisfecho el ambiente de mi vida | N V F R |
| 38.- Hacer actividades físicas de recreo, como caminar, nadar, jugar fútbol, montar en bicicleta. | N V F R |
| 39.- Expresar fácilmente interés, el amor y el calor humano hacia otros. | N V F R |
| 40.- Concentrarme en pensamientos agradables a la hora de dormir | N V F R |
| 41.- Encontrar maneras positivas para expresar mis sentimientos. | N V F R |
| 42.- Pedir información a los profesionales de salud sobre como cuidarme bien | N V F R |
| 43.- Observar al menos cada mes mi cuerpo para cambios físicos o senas de peligro | N V F R |
| 44.- Ser realista en las metas que me pongo. | N V F R |
| 45.- Usar métodos específicos para controlar la tensión | N V F R |
| 46.- Asistir a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal. | N V F R |
| 47.- Tocar y ser tocado por las personas que me importan | N V F R |
| 48.- Creer que mi vida tiene un propósito. | N V F R |

PROMOCION DE SALUD. PERFIL DE ESTILOS DE VIDA

Escala Total	Preguntas
Estilo de vida Promoción de la Salud	01 a 48
Subescala	Preguntas
Parte A. Auto actualización	3, 8, 9, 12, 16 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 y 48
Parte B. Responsabilidad en Salud	2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46
Parte C. Ejercicio	4, 13, 22, 30, 38
Parte D. Nutrición	1, 5, 14, 19, 26, 35
Parte E. Soporte Interpersonal	10, 18, 24, 25, 31, 39, 47
Parte F. Manejo del estrés	6, 11, 27, 36, 40 41, 45

Conteo

Nunca(N)	1
Algunas veces (A)	2
Frecuentemente (F)	3
Rutinariamente (R)	4

APENDICE F

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO: CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DE LOS ADULTOS JOVENES EN RELACION CON SUS ESTILO DE VIDA.

VAR. INDEPENDIENTE	INDICADOR	ITEM
CONOCIMIENTOS Son las concepciones que el joven tiene acerca de su salud	Definición de salud	En mi manera de pensar SALUD significa No presentar síntomas de enfermedad
	Es el significado	Sentirse bien consigo mismo.
	ha asignado a su	Poder cumplir con mis responsabilidades
	salud. Smith (1983)	personales y de trabajo
	identifica cuatro modelos de concepción	Poder realizar mis actividades en forma normal.
	de salud:	Sentirme en armonía con los demás
	Modelo clínico	estar en paz con Dios
	Modelo de ejecución papeles sociales o el	Estar en armonía con fuerzas positivas y de negativas
	proceso de ejecución	Tener seguridad económica y familiar
	Modelo adaptativo	Tener seguridad económica y familiar
Modelo eudemonístico	Para mantenerme sano es necesario evitar fumar evitar las bebidas alcohólicas mantener mi peso ideal hacer ejercicio sistemáticamente	
		Conozco cuáles son las vacunas que deben de aplicar
		Conozco que los daños que provocan los estilos de vida inadecuados son:
		fumar aumenta riesgo de enfermarse del corazón

		fumar aumenta el riesgo del cáncer de pulmón y enfisemas
		el consumo del alcohol aumenta el riesgo de enfermarse del hígado, y trastornos de la conducta
		el consumo de una dieta alta en sodio aumenta el riesgo de la hipertensión arterial
		el consumo de dieta alta en grasas saturadas aumenta el riesgo de enfermedades de las arterias coronarias
		el ejercicio mejora la capacidad de los pulmones y estimula la digestión
		el stress aumenta el riesgo de enfermarse del corazón.
	Importancia de salud	Mi salud es lo más importante en mi vida
	Es el valor que el joven asigna a su estado de salud	La salud es lo más importante en mi vida. Lo mas importante para mi felicidad es: Tener casa propia trabajo seguro tener salud tener fé en Dios tener suficiente dinero para vivir tener una familia que me quiera Antes que mi salud está primero mi seguridad económica
PERCEPCIONES DE SALUD	Estado de salud percibido	Para estar completamente sano necesito:
	Se refiere a la concepción que el joven tiene acerca de su estado de salud	Estar es paz con Dios Tranquilidad económica Tranquilidad familiar Curarme de la enfermedad actual Hacerme una limpia

	Dejar hábitos perjudiciales a mi salud
	Armonía con mis estudios
	Armonía con compañeros y amigos
	Nada.
Autoeficacia	La conservación de mi salud depende de:
percibida	Las acciones del personal de salud en mi
Es la convicción	beneficio.
que el joven tiene	Los cuidados que mis padres me otorgan
acerca de sus capa	Mis propias acciones
cidades para ejecu-	Cuando realizo una acción en beneficio de
tar conductas promo	salud :
toras de salud, con	La inicio y la termino con éxito
buenos resultados	La inicio, haciendo dos o tres intentos antes de abandonarla
	Si es este momento yo tuviera estilos de vida inadecuados intentaría modificarlos para mejorar mi salud, y tendría éxito en mi intento al :
	dejar de fumar
	iniciar un programa de ejercicio
	consumir una dieta balanceada
	dejar de beber
	relajarme y meditar para disminuir el estress
Beneficios percibidos	Cuando realizo algún cuidado en beneficio de
Es la tendencia o in-	mi salud:
clinación que el joven	Disminuyo el riesgo de enfermarse
tiene para iniciar o –	Me curo de la enfermedad que padezco
mantener conductas	Me permite realizar una vida libre de riesgos.
promotoras de salud	Me siento tranquilo y satisfecho

	Busco mantenerme sano.
Barreras percibidas	Cuando quiero realizar algún cuidado de mi salud, no lo realizo debido a:
Son los obstáculos	
que el joven utiliza	falta de tiempo
para realizar una	falta de conocimiento
conducta de salud	falta de recursos económicos (dinero).
	no tengo ninguna barrera.
	Cuando necesito acudir al servicio medico no asisto por:
	falta de tiempo
	el horario de consulta no va de acuerdo con el tiempo que dispongo
	perdo mucho tiempo esperando a que me atiendan
	la consulta es muy cara
	el trato que recibo no es agradable
	no tengo servicio médico
	no tengo apoyo de mi familia para asistir al médico.
	El motivo por el que no asisto a la consulta preventivo es por:
	no conozco cuales servicios debo adquirir
	mi horario disponible no está de acuerdo con el del servicio
	de medicina preventiva
	no pertenezco a alguna institución de salud
	No tengo dinero para pagar las vacunas
	temor a las inyecciones
	no necesito este tipo de atención

APÉNDICE G

**Resumen de los Análisis de Varianza considerando un factorial mixto
2 x 3 x 2 (Sexo, Peso, Área) para las variables asociadas al Modelo
de Promoción Salud de los adultos jóvenes de Ciencias de
la Salud e Ingeniería y Ciencias**

Area Metropolitana de Monterrey 1996

Fuente de variación	Gds. de libertad	Concepto de salud	Valor de P.	Importancia	Valor de P.	Estado de Salud.	Valor de P.
<i>Sexo</i>	<i>1</i>	<i>1.02</i>	<i>0.3135</i>	<i>0.00</i>	<i>0.9784</i>	<i>4.26</i>	<i>0.0397</i>
<i>Procedencia</i>	<i>2</i>	<i>2.57</i>	<i>0.0779</i>	<i>0.82</i>	<i>0.4424</i>	<i>0.19</i>	<i>0.8257</i>
<i>Área *</i>	<i>1</i>	<i>0.02</i>	<i>0.9794</i>	<i>1.11</i>	<i>0.3316</i>	<i>1.80</i>	<i>0.1663</i>
<i>Sexo/Proc.</i>	<i>2</i>	<i>0.71</i>	<i>0.4015</i>	<i>0.32</i>	<i>0.5692</i>	<i>0.06</i>	<i>0.8055</i>
<i>Sexo/Área</i>	<i>1</i>	<i>0.02</i>	<i>0.8965</i>	<i>0.00</i>	<i>0.9662</i>	<i>0.42</i>	<i>0.5152</i>
<i>Proc/Área</i>	<i>2</i>	<i>1.09</i>	<i>0.3365</i>	<i>1.32</i>	<i>0.2696</i>	<i>1.00</i>	<i>0.3685</i>
<i>Media</i>		<i>75.17</i>		<i>71.39</i>		<i>59.85</i>	
Fuente de variación		Autoeficacia		Barreras		Beneficios	
<i>Sexo (V3)</i>	<i>1</i>	<i>1.02</i>	<i>0.3135</i>	<i>0.00</i>	<i>0.4051</i>	<i>0.54</i>	<i>0.5822</i>
<i>Procedencia</i>	<i>2</i>	<i>0.63</i>	<i>0.5341</i>	<i>0.91</i>	<i>0.6812</i>	<i>0.93</i>	<i>0.3960</i>
<i>Área</i>	<i>1</i>	<i>0.70</i>	<i>0.4971</i>	<i>0.38</i>	<i>0.0613</i>	<i>0.17</i>	<i>0.6824</i>
<i>Sexo/Proc.</i>	<i>2</i>	<i>0.19</i>	<i>0.6639</i>	<i>0.52</i>	<i>0.0478</i>	<i>0.54</i>	<i>0.4626</i>
<i>Sexo/Área</i>	<i>1</i>	<i>0.46</i>	<i>0.4981</i>	<i>3.94</i>	<i>0.7580</i>	<i>0.66</i>	<i>0.5161</i>
<i>Proc/Área</i>	<i>2</i>	<i>3.78</i>	<i>0.0237</i>	<i>0.28</i>		<i>79.05</i>	
<i>Media</i>		<i>73.71</i>		<i>40.95</i>			

Fuente; E.P. E.V.

N= 381

F. Teórica 1/371, .05=3.84

F. Teórica: 2/371, .05=3.00

(*) : Ciencias de la Salud o
Ingeniería y Ciencias

APENDICE H

Resumen de análisis de varianza considerando un factorial mixto 2 x 3 x 2 (sexo, peso. area) para las conductas de estilos de vida de los adultos jóvenes de Ciencias de la Salud e Ingeniería y Ciencias de la Salud.

Area Metropolitana de Monterrey 1996

Fuente de variación	Grados de libertad	Autoactu alización	Valor de F.	Respo en salud	Valor de F.	Ejercicio	Valor de F.	Nutri ción	Valor de F.	Apoyo interper sonal	Valor de F.	Manejo del Stres	Valor de F.
Sexo (V3)	1	10.02	0.8910	0.25	0.6157	1.03	0.3113	0.55	0.4569	3.62	0.0580	0.05	0.8311
Procedencia (V6)	2	21.29	0.2752	0.44	0.6438	0.28	0.7586	0.26	0.7706	1.88	0.1543	4.56	0.0110
Area (*)	1	10.20	0.8216	0.58	0.5605	1.09	0.3379	0.44	0.6420	0.01	0.9865	0.05	0.9472
Sexo/Procedencia	2	25.34	0.0214	3.89	0.0492	2.66	0.1037	0.00	0.9981	0.21	0.6490	0.27	0.6052
Sexo/Area	1	10.74	0.3909	0.49	0.4866	0.88	0.3492	1.94	0.1648	0.33	0.5655	0.72	0.3981
Procedencia/Area	2	20.166	0.6508	0.90	0.1511	0.87	0.4196	2.98	0.0518	0.58	0.5608	0.28	0.7558
Media.		67087		35.07		45.26		43072		54.90		44.81	

Fuente : E.P.E.V.

N=381.

* Area de estudio: Ciencias de la salud o Ingeniería y Ciencias

F Teórica : 1, 371, .05 = 3.84

F Teórica , 2,371,.05, = 3.00

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

ELMY LUCELLY RODRIGUEZ ALONZO

**Candidato al Grado de Maestria en Enfermeria
con Especialidad en Salud Comunitaria**

**Tesis: CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES DE SALUD DE ADULTOS
JOVENES EN RELACION CON SU ESTILO DE VIDA**

Area de estudio: Enfermería Comunitaria

Biografía:

Datos personales: Nacida en Mérida Yucatán el 7 de Junio de 1959, hija de Francisco Rodríguez Novelo y Dolores Aurora Alonzo Ramirez.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Yucatan, estudios realizados; Licenciatura en Enfermeria en 1984, Especialidad en Docencia en 1987, Especialidad en Administración y Docencia en los Servicios de Enfermeria en 1993.

Experiencia Profesional: Profesor de Carrera de Tiempo Completo de la Universidad Autónoma de Yucatán desde 1985, Titular de la Asignatura Enfermeria en Salud Pública desde 1987.

