

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



ESTILO DE VIDA SALUDABLE DEL ANCIANO Y  
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

Por

LIC. en ENF. LIDIA BEATRIZ COLLI NOVELO

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

Julio, 1996







1080072422

# UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA



ESTILO DE VIDA, CALIDAD DE VIDA DEL ASESORADO Y  
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

Por

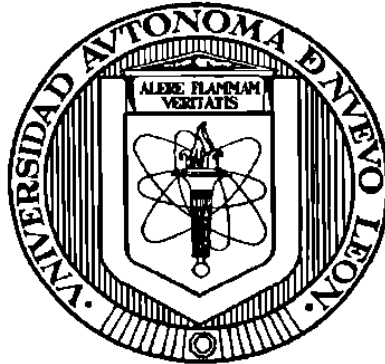
LIC. en ENF. LIDIA BEATRIZ COLTIHOVITZ

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

Julio, 1996

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DEL ANCIANO Y  
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO.

Por:

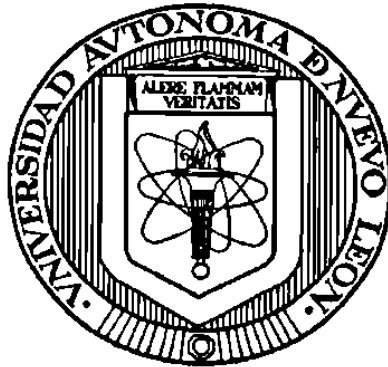
LIC. En ENF. LIDIA BEATRIZ COLLI NOVELO

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

Julio, 1996.

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



ESTILO DE VIDA SALUDABLE DEL ANCIANO Y  
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO.

Por:

LIC. en ENF. LIDIA BEATRIZ COLLI NOVELO

ASESOR:

LIC. en ENF. BERTHA C. SALAZAR. M. E.

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

Julio, 1996.



ESTILO DE VIDA SALUDABLE DEL ANCIANO Y ESTADO DE SALUD  
PERCIBIDO

Aprobación de la tesis \_\_\_\_\_

*B. Cecilia Salazar g.*

Lic. Bertha Cecilia Salazar ME.  
Presidente

*Ma del Refugio Durán L.*

Lic. Ma. del Refugio Durán López  
Secretario

*Charlotte Rappsilber*

Dra. Charlotte Rappsilber  
Vocal

*M. Alonso*

Lic. Ma. Magdalena Alonso Castillo  
Secretario de Postgrado



## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Sr. Rector de la Universidad Autónoma de Yucatán Carlos Pasos Novelo por el apoyo proporcionado a lo largo de este camino y por las palabras de aliento para lograr la superación profesional.**

**A la Lic. Bertha Cecilia Salazar por el asesoramiento y apoyo proporcionado para terminar las actividades propias de la maestría, con profunda Admiración y Respeto.**

## TABLA DE CONTENIDO

Capítulo	Página
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Hipótesis	7
1.3 Objetivos	9
1.4 Importancia del estudio	10
1.5 Limitaciones del estudio	11
1.6 Definición de términos	11
<b>2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL</b>	
2.1 Introducción	14
2.2 Modelo de promoción de la salud	14
2.3 Estudios relacionados	25
<b>3. METODOLOGÍA</b>	
3.1 <i>Diseño de estudio</i>	29
3.2 Sujetos	29
3.3 Muestra	30
3.4 Material	30
3.5 Procedimiento	32
3.6 Método de Análisis	33
3.7 Etica de Estudio	34
<b>4. RESULTADOS</b>	
4.1 Descripción de resultados	35
4.2 Análisis de resultados	50
4.3 Contrastación de las hipótesis	61

Capítulo	Página
5. DISCUSION	
Discusión	64
5.1 Conclusion	68
5.2 Recomendaciones	69
6. REFERENCIAS	72
7. APENDICES	75

Apendice A. Datos sociodemográficas y estado de salud percibido.

Apendice B. Escala de Concepción de Salud

Apendice C. Instrumento Perfil de Estilo de Vida

Apendice D. Autorización para el uso del instrumento Perfil Estilo de Vida.

Apendice E. Autorización para el uso del instrumento Escala de Concepción de Salud.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1. Edad de los sujetos de acuerdo al género	36
2. La proporción de género de la población estudiada	37
3. El estado civil de la muestra	38
4. La escolaridad de la población estudiada	39
5. El tipo de calificativo de salud de la población estudiada	40
6. La proporción y frecuencia de la población que trabaja	41
7. La proporción y frecuencia de sujetos jubilados	42
8. La distribución de los puntajes de la variable auto-actualización	44
9. La distribución de los puntajes de la variable responsabilidad de salud	45
10. La distribución de los puntajes de la variable ejercicio	46
11. La distribución de los puntajes de la variable nutrición	47



<b>12. La distribución de los puntajes de la variable apoyo interpersonal</b>	<b>48</b>
<b>13. La distribución de los puntajes de la variable estrés</b>	<b>49</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1. Promedios y desviaciones estándar de las subescalas del perfil de estilos de vida	43
2. Promedios y desviaciones estándar de las dimensiones del concepto de salud	50
3. Variables sociodemográficas, estado de salud percibido y la subescala autoactualización	51
4. Variables sociodemográficas, estado de salud percibido y la subescala responsabilidad de la salud	52
5. Variables sociodemográficas, estado de salud percibido y subescala de ejercicio	53
6. Variables sociodemográficas, estado de salud percibido y subescala de nutrición	55
7. Variables sociodemográficas, estado de salud percibido y subescala de apoyo interpersonal	56
8. Variables sociodemográficas, estado de salud percibido y la subescala de estrés	57
9. Concepción de salud y las subescalas del perfil de estilos de vida	58

10. Correlación de las subescalas del perfil estilos de vida con la variable percepción de buena salud	60
11. Variable concepción de salud, estado de salud percibido y las subescalas del perfil de estilos de vida	62
12. Variable género y subescalas del perfil de estilos de vida	63

## RESUMEN

Lic. en Enf. Lidia Beatriz Colli Novelo

Fecha de Graduación: Julio, 1996

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Titulo: ESTILO DE VIDA SALUDABLE DEL ANCIANO Y ESTADO DE SALUD PERCIBIDO

No. de página 83

Candidato para el grado de Maestría en Enfermería con  
Especialidad en Salud Comunitaria.

Area de estudio: Enfermería Comunitaria

**Propósito y método del estudio:** El objetivo del presente estudio fué determinar la relación entre el concepto de salud y la autopercepción con la práctica de estilos de vida promotor de salud e identificar diferencias de acuerdo a variables demográficas. Al aplicar el modelo de promoción de salud se puede conocer qué variable influye para motivar al hombre a realizar la conducta de promoción y que variable modificador la determina. Se utilizó el método aleatorio simple para obtener el número de participantes. Se aplicó el instrumento Escala de Concepción de Salud de Laffrey ( 1986), Perfil Estilos de Vida de Walker et al ( 1985) y uno diseñado para los datos sociodemográficos y para estado de salud percibido. Se utilizó el estadístico análisis de varianza, t de Student, r de Pearson y rho de Spearman biserial.

**Contribuciones y conclusiones:** El presente trabajo aporta a la disciplina, que en la población estudiada no existe la prevalencia de un sólo concepto de salud. La calificación más alta fue para el concepto de salud funcional con una media de 30.54 y la mínima para el concepto de salud clínica con una media de 27.73 y la percepción de "buena" salud únicamente se correlaciono con la subescala de ejercicio. No obstante al relacionar el concepto de salud con los estilos de vida se encontró que sí existe variación en la práctica de ellos de acuerdo al concepto de salud que se tenga. El concepto adaptativo reportó el máximo número de estilos de vida saludable, a continuación se enlistan con su valor r y la significancia estadística: autoactualización,  $r=.2794$ ; ejercicio,  $r= 0.1783$ ; manejo de estrés,  $r=.2057$ ; nutrición,  $r =.2377$  y apoyo interpersonal,  $r=0.1945$ , todos con un valor  $p<0.05$ . Al igual se encontró que la edad, sexo, estado civil y jubilación son factores que explican en parte las variaciones de los estilos de vida. Se aceptó la hipótesis de investigación de que los hombres obtienen mayores puntuaciones que las mujeres, en la subescala autoactualización y responsabilidad de la salud.

Firma del Asesor

  
Lic. Bertha Cecilia Salazar González



## **CAPITULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

En México en las últimas dos décadas, se han puesto en práctica dos programas específicos de salud, el control de la natalidad y el control de las enfermedades transmisibles e infecciosas. El propósito de estos programas es reducir la tasa de natalidad y mortalidad. Se pretende reducir a uno por ciento la tasa de natalidad para el año 2000, actualmente es de 2.5 por ciento. La tasa de mortalidad general se redujo a 4.63 en el año 1990, siendo ésta de 8 en 1960 (Instituto Nacional de Geografía e informática INEGI, 1993 ; Plan Nacional de Desarrollo, 1995).

Lo anterior puede observarse en la estructura de la pirámide poblacional la cuál tiende a mostrar cambios en la distribución de los grupos de edad, observándose un ligero ensanchamiento de la cúspide y una reducción en su base. El cambio se percibe en los segmentos de personas de edades avanzadas, quienes tienen un ritmo de crecimiento acelerado. Cifras reportadas en el censo de 1990 permiten comprender éste fenómeno, la población de 60 años y más ascendió a casi 5 millones de personas, representando el 6.1 por

ciento de la población total del país. Proporción que supera la alcanzada en 1970 de 5.6 por ciento, y se prevé que para el año 2000 existan aproximadamente 7 millones de personas mayores de 60 años (INEGI, 1993).

El fenómeno de crecimiento demográfico de éste grupo poblacional se observa a nivel mundial por el aumento de la esperanza de vida al nacer. En *México éste aumento de la esperanza de vida puede deberse en parte a los programas de salud y a los adelantos médicos, tecnológicos y científicos* (INEGI, 1993; Plan Nacional de Desarrollo, 1995), actualmente es de 72 años comparado al de 1990 que fue de 69 años.

En la ciudad de Mérida, capital del Estado de Yucatán existen 106 mil personas de la tercera edad representando el 7.81 por ciento de toda la población. En el Estado existen clubes de la tercera edad formados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), así como la existencia del Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) quienes se encargan de los programas de atención de éste grupo, especialmente del desarrollo de actividades recreativas y culturales.

Por otra parte, de acuerdo a los datos reportados por la Secretaría de salud (1990) la población de la tercera edad padece con mayor frecuencia enfermedades crónico degenerativas. Dichas enfermedades son responsables en su mayoría de las 10 principales causas de muerte en éste grupo poblacional. De acuerdo a lo señalado por Wolpert y Robles (1993) la

existencia de padecimientos crónico-degenerativos, son causados en parte por estilos de vida nocivos. El estilo de vida se puede modificar cuando la persona acepta su responsabilidad de salud, de tal manera que los padecimientos crónico degenerativos pueden reducirse o retrasar su aparición (Pender, 1987). Esto ocurre si la persona adopta, realiza y mantiene estilos de vida saludables, esta adopción de conductas saludables puede ser emprendida a cualquier edad (Skeet, 1992).

Walker, Volkan, Sechrist & Pender (1988) han descrito que una conducta saludable puede ser tan simple como evitar malos hábitos de salud, tales como el fumar o la sobrealimentación y otras veces más ampliamente como todas aquellas conductas sobre las que el hombre tiene control. Galein citado por Walker et al (1988) mencionó que se conoce poco sobre la salud de los adultos mayores o sobre las prácticas en la que se involucran para mejorar su salud.

La literatura medica sugiere que la adopción de estilos de vida en los individuos influye tanto en su salud como en su longevidad. Diversos estudios realizados en México por Alcántara, Amancio, González, Hernández y Carrillo (1993) y Correa, Mendoza, Vargas y Barrios (1993) estimaron que las principales causas de mortalidad en la población son atribuibles a estilos de vida insalubres. De tal manera que una de las metas de los programas nacionales de salud se centran en evitar la persistencia de estilos de vida nocivos. El disfrutar de la calidad de vida influye en la salud óptima y funcional durante los años posteriores, la cuál depende en gran medida en la

responsabilidad del individuo de aceptar iniciarlos y mantenerlos en el transcurso de su vida.

Por lo tanto la Enfermería Comunitaria debe estudiar los factores que inciden en la adopción de conductas promotoras de salud. Esto es pertinente, debido a que uno de los objetivos de la enfermería comunitaria es estimular y propiciar el bienestar individual, familiar y comunidad tomando como punto de partida el estilo de vida.

Los profesionales de enfermería comunitaria desempeñan diversos roles en su que hacer, uno de los cuales es el de educador, a través del cuál puede proporcionar al pueblo el elemento necesario para conservar, restaurar o mejorar su salud. Con las actividades de educación el pueblo puede tener un mayor control sobre sus conductas promotoras y así cumplir con lo recomendado en la Carta de Ottawa (OPS, 1987).

Diversos factores tales como el concepto y la autopercepción que tenga la persona sobre la salud pueden influir en la decisión de modificar el estilo de vida. Existe evidencia de que el concepto que tenga la persona sobre la salud y la autopercepción influyen para la realización de conductas saludables (Laffrey, uno 1986, Speake, Cowart & Pellet, 1989; Martínez, 1994).

El conocimiento de estas variables puede ayudar a la enfermería comunitaria a definir estrategias para que el hombre modifique o adopte estilos de vida saludable (Pender, 1987; Stousk, 1992). En el presente estudio se utilizó como marco conceptual el Modelo de Promoción de la Salud propuesto



por Pender (1987), en el que identificó factores cognitivos-perceptuales y modificadores que influyen en la persona para realizar conductas saludables. El estudio fue descriptivo, correlacional y retrospectivo, para identificar la relación que existe entre el concepto de salud que tenga el anciano y la realización de conductas promotoras de salud.

### **1.1 Planteamiento del Problema**

La existencia de ciertas conductas nocivas han dado lugar al aumento progresivo de la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas responsables en su mayoría de las 10 primeras causas de muerte en la población anciana (González, Pérez, Vázquez y Gaytan, 1986). Entre dichas conductas puede mencionarse: consumo de alimentos ricos en grasa y sal, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y otros cambios en el modo de vida, condicionados en parte por la urbanización y la industrialización.

En México se reconoce como un problema de salud pública la persistencia de estos estilos de vida nocivos, a pesar de los programas de promoción de la salud (Plan Nacional de Desarrollo, 1995). Un estudio realizado por Svamborg y Selker, (1993) observaron que los fumadores y los que abusan del alcohol así como los que no realizan ejercicio o no consumen una dieta adecuada tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas.

Algunos estudios epidemiológicos realizados en México (Alcántara, et al.;

1993; Correa, et al., 1993) han demostrado que ciertas enfermedades crónico-degenerativas responsables de las principales causas de muerte en la población de ancianos están asociados a ciertos estilos de vida nocivos.

Los estilos de vida promotores de salud son acciones iniciadas por uno mismo y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, la auto-actualización y realización del individuo. Es un proceso inconsciente, iniciado durante la infancia y practicada en la edad adulta y la vejez (Pender, 1987).

Pender (1987) señaló que muchos de los problemas físicos y fisiológicos a los que se enfrenta el anciano puede prevenirse o retrasarse con la adquisición de estilos de vida promotores de salud. Por lo anterior se puede decir que las enfermedades crónico-degenerativas causadas por conductas inadecuadas de salud pueden prevenirse a través de las acciones de promoción de la salud y con la utilización oportuna de los servicios preventivos (Cunningham, 1992; Garrel, 1994; Stousk, 1992; Vaiz, 1991).

De aquí la importancia del papel de la enfermería comunitaria en la atención del adulto mayor. Realizar acciones regulatorias de promoción de la salud capaces de aumentar el bienestar e influir en la persona para modificar comportamientos y condiciones de riesgo causalmente asociados con la incidencia de las enfermedades crónicas.

Sin embargo la adopción de las conductas depende de la voluntad de la persona de aceptar la responsabilidad de iniciar y mantenerlos en el transcurso

de su vida. Con ésta voluntad puede llegar a disfrutar de una salud óptima y funcional durante los años posteriores ( Pender, 1987).

Laffrey uno (1986) y Pender, Walker, Sechrist, & Frank-Stromborg (1990) encontraron que el definir la salud como alto bienestar y el percibirla como buena se relaciona con estilos de vida promotores de salud tales como realizar: ejercicio, seleccionar alimentos balanceados, y manejar bien el estrés.

Es importante que en la enfermería comunitaria se estudien los factores que pueden influir en el adulto mayor para realizar estilos de vida promotores de salud y así contribuir de algún modo en el conocimiento de variables cognitiva-perceptuales.

Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación:

**¿Como se relaciona el concepto y la autopercepción de salud del anciano con la realización de estilos de vida promotores de salud?**

De lo anterior se desprende la siguiente pregunta de investigación

**¿Que variaciones existen entre la concepción de salud, los estilos de vida y la autopercepción del estado de salud de acuerdo a características demográficas?.**

## **1.2 Hipótesis**

**Hi: Existe relación positiva en la concepción de salud, la autopercepción de**

salud "buena" y los estilos de vida.

Variable independiente: Concepción de salud, autopercepción de salud "buena".

Variable dependiente: Estilos de vida.

Hi: Los hombres obtienen puntuaciones más altas en la subescala responsabilidad de salud que las mujeres.

Variable independiente: Hombres.

Variable dependiente: Responsabilidad de salud.

Hi: Los hombres obtienen puntuaciones más altas en la subescala de auto-actualización que las mujeres.

Variable independiente: Hombres.

Variable dependiente: Auto-actualización.

Hi: Los hombres obtienen puntuaciones más altas en la subescala de manejo de estrés que las mujeres.

Variable independiente: Hombres.

Variable dependiente: Manejo de estrés.

Hi: Los hombres obtienen puntuaciones más altas en la subescala de ejercicio que las mujeres.

Variable independiente: Hombres.

Variable dependiente: Ejercicio.

Hi: Los hombres obtienen puntuaciones más altas en la subescala de nutrición que las mujeres.

Variable independiente: Hombres.

Variable dependiente: Nutrición.

Hi: Los hombres obtienen puntuaciones más altas en la subescala de apoyo interpersonal que las mujeres.

Variable independiente: Hombres.

Variable dependiente: Apoyo interpersonal.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la relación entre la concepción de salud y el perfil de estilos de vida que tenga el adulto mayor.

### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

1. Identificar el perfil de estilo de vida promotor de salud en una muestra de

ancianos.

2. Determinar el concepto y la autopercepción de salud en una muestra de ancianos.

### **1.4 Importancia del Estudio**

En enfermería no existe un concepto de salud que ayude a determinar el tipo de acciones tendientes a lograr el máximo desarrollo del hombre, así como no hay evidencia de los estilos de vida saludable del adulto mayor. Al igual es importante señalar que las características demográficas de la población han impedido dar prioridad al grupo de la tercera edad en los programas educativos y preventivos por lo que hace importante la realización del presente estudio (Plan Nacional de Desarrollo, 1995).

El aplicar el modelo de promoción de la salud de Pender (1987) proporciona conocimiento científico sobre variables que influyen en el adulto mayor para realizar conductas promotoras, con ello se podrá dar un marco de referencia a la práctica de enfermería en el diseño de programas de salud específicos de éste grupo de población.

Los resultados dan pauta para futuras investigaciones, puesto que el campo de la geriatría y la gerontología es relativamente reciente, especialmente en los abordajes multidisciplinarios y específicamente en enfermería.

## **1.5 Limitaciones del Estudio**

El estudio se efectuó en la ciudad de Mérida, Yucatán, en el área urbana, con adultos mayores de 60 años y más, pertenecientes a los clubes de la tercera edad, por lo que los resultados solo pueden ser generalizados a estos tres grupos poblacionales.

## **1.6 Definición de términos**

Adulto mayor: Se refiere a la persona del sexo femenino o masculino de 60 años y más.

El concepto de salud abarca cuatro dimensiones, la clínica, adaptativa, funcional y eudemonística. Estas dimensiones corresponden a posturas de la gente respecto al concepto salud.

Concepto de salud adaptativa: Se refiere a la sensación o idea de sentirse bien o cómodo con su medio ambiente. Ser capaz de hacer ajustes en su vida debido a los cambios que en él ocurren.

Concepto de salud clínica: Es la idea que tienen las personas de que salud es la ausencia de signos o síntomas de enfermedad.

Concepto de salud eudemonística: Idea que tiene la persona de estar en armonía con seres queridos, con un ser supremo, gozar de tranquilidad y tener

*cumplidas sus más altas aspiraciones.*

**Concepto de salud funcional:** Se refiere a la idea que tiene la persona de que salud es poder hacer sus actividades físicas y sociales.

En el presente estudio se determinará el concepto de salud que tenga el adulto mayor a través de la escala Concepción de Salud elaborado por Laffrey dos (1986).

**Estilos de vida promotores de salud:** Son acciones positivas que realiza el adulto mayor todos los días para conservar, mantener o adquirir el más alto bienestar como: autoactualización, responsabilidad por la salud, ejercicio, nutrición, apoyo interpersonal, manejo del estrés. Conceptualizadas de la siguiente manera por Pender (1987): a) Autoactualización: Tener un propósito en la vida y buscar el desarrollo profesional, b) Responsabilidad por la salud: Tener y aceptar el control de su bienestar, c) Ejercicio: Adherirse a un patrón regular de actividad, d) Nutrición: Establecer patrones de alimentación y selección de alimentos, e) Apoyo interpersonal: Mantener relaciones positivas con otras personas incluyendo en un sentido de intimidad y f) Manejo de estrés: Reconocer fuentes de estrés y acciones contra él.

El estilo de vida saludable en el presente estudio se medirá con el instrumento Perfil de estilos de vida (PEVS) diseñado por Walker, Sechrist y Pender (1985).

**Percepción de salud:** Se refiere a una idea general que tiene la persona sobre como está al momento de la entrevista su salud, implica una concepto



## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1 Introducción**

El marco teórico conceptual se basó en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender ( 1987) del que se seleccionaron cuatro variables, dos variables de los Factores cognoscitivo-perceptuales que son definición de salud y percepción del estado de salud, una variable de los Factores modificantes que es, características demográficas y por último las Conductas promotoras de salud. El trabajo de Laffrey ( 1986) sobre concepción de salud sirvió para analizar la definición de salud.

#### **2.2. Modelo de Promoción de la Salud**

Pender extendió el Modelo de Creencias de Rosenstock ( 1988) que postula la importancia del proceso cognoscitivo en la modificación de conductas de salud. Pender no se limitó a explicar las conductas preventivas de la enfermedad, sino que lo amplió a las conductas que favorecen o promueven la

salud.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender ( 1987) es descrito como un modelo exploratorio para explicar los patrones de conductas específicos de promoción de la salud. Refiere que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo de vida promotor de salud dependen de la combinación de factores cognoscitivo perceptuales, factores modificadores y de indicaciones para actuar ( Esquema 1)

Los factores cognoscitivo-perceptuales son descritos como los principales mecanismos que motivan al hombre para adquirir y mantener conductas promotoras de la salud. Pender ( 1987) identificó siete factores que son: (1) Importancia de la salud, (2) Control percibido de la salud, ( 3) Autoeficacia percibida, (4) Definición de salud, (5) Estado percibido de salud, (6) Percepción de los beneficios de las conductas de promoción de la salud y (7) Percepción de las barreras para la realización de las conductas de promoción de la salud.

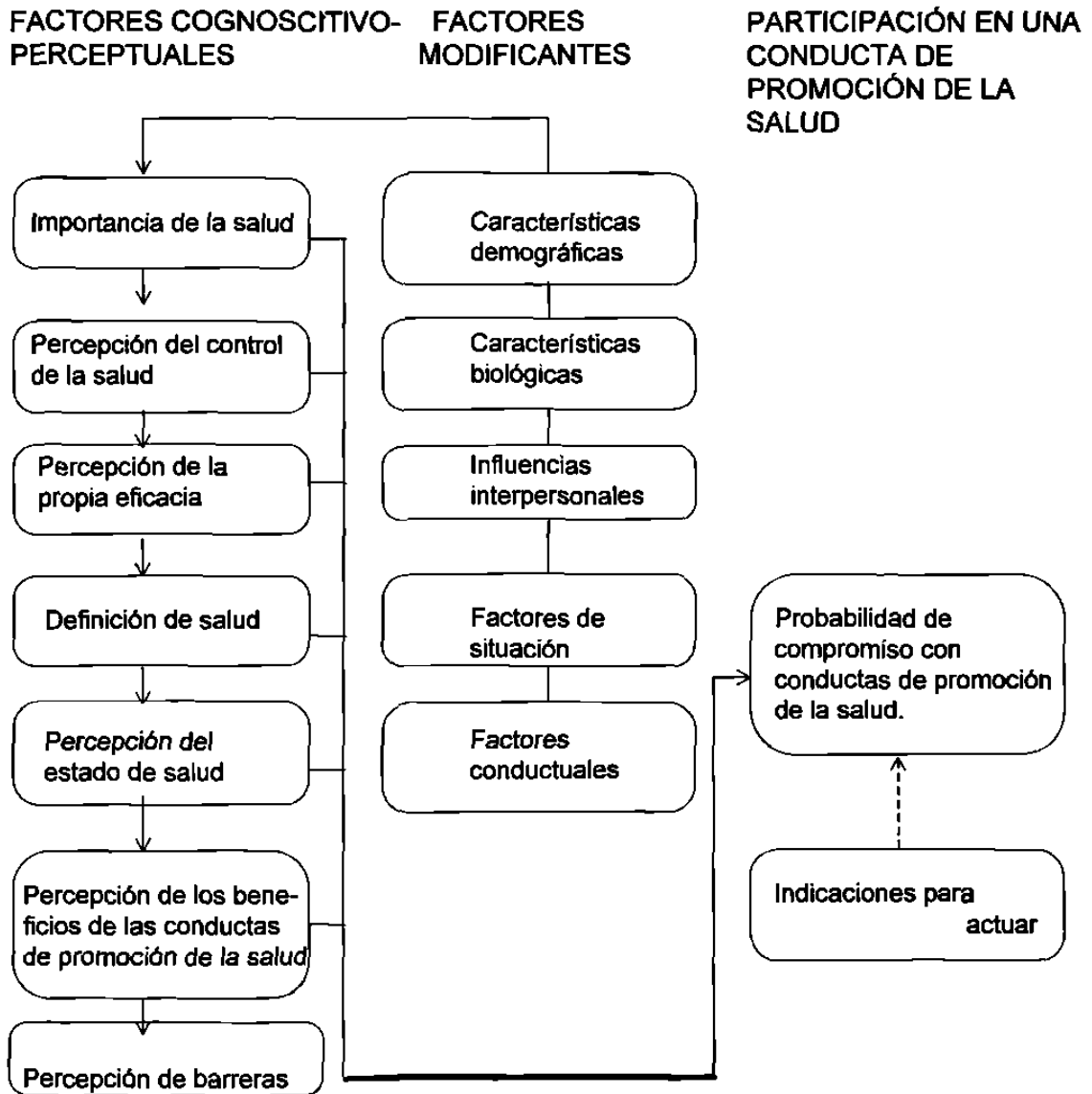
Los factores modificadores son descritos como aquellos que permiten o limitan la decisión de una persona de involucrarse en una conducta promotora. El modelo contiene los siguientes factores modificadores: (1) Demográficos, (2) Biológicos, (3) Interpersonales, (4) Situacionales y (5) Conductas.

La resultante es la participación en conductas promotoras de promoción de la salud, misma que es determinado por la persona y su medio ambiente que a su vez, incluye la percepción de la persona, el consejo de otros y los

medios masivos de difusión. Las conductas promotoras se han denominado estilos de vida.

## ESQUEMA 1

### MODELO PROMOCIÓN DE LA SALUD



Pender (1987)

## Factores cognoscitivo-perceptuales

Los dos factores seleccionados fueron la definición de salud y la percepción del estado de salud.

Según Pender ( 1987) la definición de salud a la que se suscriben los individuos puede influir en el grado de ejecución de las conductas promotoras de salud.

De acuerdo a la autora la salud es la “realización del potencial humano inherente y adquirido a través de conductas dirigidas a metas, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con los demás, mientras que se hacen ajustes cuando sea necesario para mantener la integridad estructural y la armonía con el medio ambiente”.

Laffrey dos ( 1986) extendió el concepto de salud trabajado por Smith (1981) mediante la construcción de un instrumento que mide la concepción de salud a la que se suscriben las personas. El concepto de salud de acuerdo a ambas autoras posee cuatro dimensiones que son: 1) clínico, 2) funcional, 3) adaptativo y 4) eudemonístico o de bienestar. La caracterización de éstas dimensiones no son mutuamente excluyentes forman una escala progresiva, donde los conceptos incluyen características del anterior. Esos conceptos se definieron luego de una amplia revisión de la literatura y su importancia radica en que son ideas directivas en la preservación y restauración de la salud (Smith, 1981).

fisiológicamente sanas y desempeñar sus papeles en forma adecuada, sino *que además tienen que mostrar una conducta adaptativa –el ajuste creativo para cambiar circunstancias a través del conocimiento, expansión y creatividad.*

Las personas se ven como sistemas adaptativos en relación a su ambiente social y natural, por lo tanto la salud es la condición del organismo en que *puede comprometerse en interacción efectiva con su ambiente físico y social.* La enfermedad entonces representa, un fracaso en la capacidad de la persona para enfrentarse a ciertos cambios en su ambiente.

El enfoque adaptativo deja entrever que la persona se compromete con su ambiente físico y social, lo que *conlleva una connotación de responsabilidad y describe a una persona que opera con su ambiente.* Según Pender ( 1987) el hecho de suscribirse a este enfoque o concepción pudiera predisponer a los individuos hacia las conductas protectoras de la salud dirigidas a evitar la *enfermedad.*

Por último el enfoque eudemonístico es el más inclusivo. Abarca la capacidad y actividades de carácter cultural. Representa el ideal de la persona civilizada y culta quien tiene la capacidad del crecimiento continuo, el *refinamiento de sensibilizarse y la creatividad.* En síntesis es la autorrealización personal. Este enfoque es congruente con la dimensión de autoactualización de Walker et al ( 1988). Bajo este enfoque las fallas en la ejecución y autorrealización son vistas como amenaza a la salud. El suscribirse

a este enfoque conduce a actividades autoiniciadas dirigidas al logro de niveles más altos de salud y bienestar.

En síntesis, Pender ( 1987) señala que la forma en que se definan las metas de vida y de salud con frecuencia determinan los medios empleados para alcanzarlas. Las diferencias entonces, deben dar como resultado patrones diferentes de conductas de salud representadas por los estilos de vida.

La segunda variable seleccionada fue percepción del estado de salud. Según Walker et al. ( 1988) el estado de salud percibido es un concepto integrador que refleja una valoración y evaluación individual de la salud en general. De acuerdo a la autora parece jugar un papel en la frecuencia e intensidad de las conductas promotoras de la salud.

Según Sindey y Shepard, en Pender ( 1987) al estudiar un grupo de adultos mayores dentro un entrenamiento físico de 14 semanas, encontraron que los adultos que reportaron más dolencias o síntomas físicos mostraron una frecuencia e intensidad menores de participación en el programa de ejercicios respecto a los adultos que reportaron menos síntomas. La paradoja fue de que todos los participantes fueron examinados por un médico antes de entrar al entrenamiento y se excluyó cualquier síntoma clínico evidente de enfermedad. El padecimiento prolongado de síntomas molestos, aún en la ausencia de enfermedad identificable puede representar una amenaza, inducir temor y evasión y reducir la capacidad personal de realizar conductas positivas de salud. Por lo anterior cobra importancia la percepción personal de salud.

### **Factores modificantes:**

La tercer variable seleccionada corresponde a las características demográficas, que de acuerdo al Modelo de Pender ( 1987) actúan como factores que pueden modificar los patrones o conductas de acción. La edad, sexo, escolaridad, empleo, entre otras pueden contribuir a la variación de los patrones o conductas de acción, promotores de salud. Dean, citado por Martínez ( 1994), mencionó que las mujeres tienden a realizar mayores actividades de promoción para la salud.

### **Conductas Promotoras de Salud:**

La cuarta variable se constituyó por las conductas o estilos de vida promotores de salud. Las conductas promotoras de salud según Pender (1987), *representan al hombre en acción sobre su ambiente a medida que se mueve hacia niveles más altos de salud.*

Las conductas o estilos de vida saludable son : ( 1) ejercicio, (2) nutrición, (3) manejo de estrés, (4) apoyo interpersonal, ( 5) autoactualización y (6) responsabilidad de la salud

Pender (1987) señaló en cuanto a ejercicio que la escasa actividad física se relaciona estrechamente con un número mayor de enfermedades. El realizar ejercicio, como trotar; acerca al individuo a un estado de valencia positiva, de mayor resistencia física, mayor competencia psicomotora, mayor energía y mejor apariencia personal.

La misma autora ha descrito que realizar ejercicio como factor para evitar ciertas enfermedades cardíacas suele suceder con los adultos de mediana edad o ancianos y dicha conducta iniciada como preventiva se convierte posteriormente en promotora cuando se asume un mayor dominio en la conducta de motivación.

De acuerdo a Svamborg y Selker (1993) conductas como realizar ejercicio, seleccionar alimentos balanceados y el tener responsabilidad de la salud son elementos básicos de estilos de vida sanos, que en cualquier momento puede el hombre modificar. De tal manera que padecimientos como cardiopatías, hipertensión, enfermedad vascular cerebral pueden prevenirse o retrasarse. En cambio hay factores que condicionan la aparición de enfermedades como edad, sexo, herencia que no pueden ser modificables por el hombre. Los beneficios del ejercicio incluyen mantener el equilibrio calórico y evitar el exceso de peso y fatiga, fortalecer el sistema óseo y muscular, mejorar el apetito e impedir el deterioro físico, incluso después de los 70 años inclusive en una enfermedad aguda la actividad física ofrece buenas perspectivas de rehabilitación, pero no debe olvidarse que debe ser planeada de acuerdo a las necesidades personales.

**Nutrición:** Puesto que con el envejecimiento se producen alteraciones de la mucosa gástrica y disminución de las secreciones, la persona anciana debe seleccionar los alimentos que debe ingerir. Un problema común que se



presenta es el estreñimiento asociado a la disminución de la actividad física y a la pérdida de las piezas dentarias.

Es indispensable que evite el consumo de grasa saturada puesto que la hipercolesterolemia es considerada como factor de riesgo de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, cardiovascular, vascular cerebral asociados al igual al tabaquismo (Svamborg y Selker, 1993). La nutrición adecuada puede minimizar los síntomas desconcertantes y molestos así como aumentar la resistencia a las enfermedades infecciosas y crónicas.

El apoyo interpersonal en el adulto mayor va disminuyendo a causa de la pérdida del compañero, amigos, los cambios en la composición familiar y la migración de éstos por los problemas económicos. La disminución del apoyo social incrementa la inactividad física del adulto mayor con los consiguientes problemas fisiológicos, de tal forma que debe promoverse el apoyo interpersonal a través de los clubes de la tercera edad u otra asociación, así como también involucrar la participación familiar. La jubilación es otro factor que condiciona la disminución de los apoyos sociales (Holland y Breeze, 1986).

**Manejo de estrés:** El estrés es una situación física o reacción fisiológica. Representa una respuesta a la adaptación. Cierta grado de ella promueve el crecimiento y la supervivencia; sin embargo una situación estresante por sus acciones vasoconstrictivas que tiene, afecta al sistema cardiovascular dando por resultado una enfermedad crónica y degenerativa. No debe olvidarse que el anciano esta sujeto continuamente a agentes estresantes por los cambios

físicos, psicológicos y sociales producto del envejecimiento (Kozzier, 1993), por lo que el manejo adecuado de éste favorece al mantenimiento de la salud.

Responsabilidad de la salud. en el adulto mayor el hecho de que participe en actividades como caminata, ir de compras, a su control médico periódico lo hacen sentirse responsables por su salud. Las actividades de promoción y protección de la salud para los ancianos se centran en las visitas regulares para el mantenimiento de la salud, vacunación, prevención de accidentes, fomento de ejercicio, reposo , entre otras.

Autoactualización según Walker et al, ( 1988) es la búsqueda constante de la superación personal, tener un propósito en la vida. El adulto mayor cada día demanda más aceptación social y necesidad de seguir desempeñando alguna actividad física, en los Estados Unidos se está empleando a los adultos mayores para el cuidado de los niños. ( Kozzier, 1993).

En síntesis del Modelo de promoción de la Salud de Pender ( 1987) se seleccionaron cuatro variables, se tomaron dos de los factores cognoscitivo-perceptuales que son definición de salud y percepción del estado de salud, de los factores modificantes se seleccionó características demográficas y finalmente de las conductas promotoras de salud o estilos de vida ( Esquema 2). Se encontró que la definición de salud de Pender es congruente con la concepción de Salud de Laffrey dos (1986) de la que se obtuvo un instrumento.

## ESQUEMA 2

### MODELO PROMOCIÓN DE LA SALUD

FACTORES COGNOSCITIVO  
PERCEPTUALES

FACTORES  
MODIFICANTES

CONDUCTAS  
DE  
PROMOCIÓN  
DE LA SALUD



Fuente: Adoptado del Modelo de Promoción de la Salud de Pender ( 1987). Se esquematizan solamente las variables investigadas.

### 2.3 Estudios Relacionados

Laffrey uno (1986) en estudio realizado para medir la concepción de salud que tienen los adultos de peso normal y de sobrepeso encontró que quienes tuvieron una concepción eudemonística de la salud, practicaban principalmente actividades promotoras de la misma, ( $r = .55$   $p < .001$ ), en tanto que aquellos que poseían una concepción clínica realizaban un mayor número de conductas preventivas ( $r = .39$   $p < 0.05$ ).

Pender et al, (1990) en un estudio realizado para predecir estilos de vida promotor de salud encontraron que el definir la salud como bienestar aumentaba la probabilidad de realizar conductas promotoras de salud ( $r = .300$   $p < .001$ ), el concepto clínico reportó  $r = .066$   $p < .374$ . Por lo tanto el concepto de salud como bienestar puede ser una fuente más efectiva de motivación para una vida sana entre los trabajadores jóvenes y de mediana edad que el temor por la amenaza de enfermedad.

Un estudio realizado por Speake, Cowart & Stephens (1992) en una muestra de 343 ancianos voluntarios reclutados en una feria de salud, en centros de ancianos, grupos de jubilados y en granjas del norte de Florida con el propósito de explorar las relaciones entre los estilos de vida y el lugar de residencia, los resultados fueron que el percibir la salud como buena tiene efectos directos en la subescala de ejercicio ( $r = .188$   $p < .05$ ), autoactualización ( $r = 0.216$   $p < .01$ ) y en la subescala de apoyo interpersonal ( $r = 0.233$   $p < 0.01$ ) más que el lugar de residencia. Este resultado de percibir la salud como buena y su influencia en las subescalas anteriores concuerdan con los hallazgos de Foster (1992), mientras que Speake, Cowart & Pellet (1989) encontraron que las percepciones de buena salud estaban asociadas a puntuaciones altas en las subescala de nutrición, apoyo interpersonal y autoactualización.

Martínez (1994) en un estudio realizado en adultos de la comunidad de Guadalupe, N. L. encontró asociación débil entre el percibir la salud como buena y realizar ejercicio ( $X^2_{12} C 6.07$ .  $XI_2 T 12.59$   $P < .23$ ).

Walker, et al. (1988) al estudiar una población voluntaria con edades que fluctuaban de 18 a 88 años, con el propósito de explorar la relación entre variables sociodemográficas y los estilos de vida saludable, encontraron que las personas de mayor edad obtuvieron mayores puntuaciones en las subescalas de responsabilidad de su salud, nutrición y manejo de estrés. La edad no fue un componente importante para la explicación del cambio en las subescalas de ejercicio y apoyo interpersonal. Estos hallazgos concuerdan con Lechlitrner, Kell & Ronis (1995) en un estudio realizado en tres grupos de trabajadores con edades que fluctuaron de 18 a 64 años, en tanto Speake et al. (1989) encontraron que la edad sólo se correlacionó con la subescala de autoactualización.

En relación al género Walker et al (1988) encontraron que tiene influencia para realizar prácticas promotoras de responsabilidad de la salud ( $r = .176$   $p < .001$ ), ejercicio ( $r = .100$   $p < .006$ ), nutrición ( $r = .105$   $p < .001$ ) y apoyo interpersonal ( $r = .280$   $p < .001$ ). Las mujeres obtuvieron mayores calificaciones que los hombres, sólo en la subescala de autoactualización obtuvieron resultados más altos que las mujeres. También encontraron que el estado civil se relacionó con la subescala de nutrición. Speake et al. (1989) no encontraron que el sexo influya en alguna de estas variables, así como tampoco el estado civil. Sin embargo Ahijevych y Bernhard (1994); Foster (1992); Kusifr y Bong (1993); Speake et al. (1992); Lechlitrner et al. (1995) han reportado que el género se correlacionó con puntuaciones altas en la subescala de

responsabilidad de salud, nutrición, manejo de estrés y baja en ejercicio.

Walker et al. ( 1988) refirieron que muchas de las investigaciones realizadas sobre estilos de vida sanos se han enfocado en las prácticas de salud recomendadas por los profesionales, que usan como fuente de motivación la reducción de riesgos, pero consideran que para el adulto mayor la fuente de motivación debe ser la búsqueda del máximo potencial de función o bienestar.

## **CAPITULO 3**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño del estudio**

Este fue de tipo descriptivo, correlacional y retrospectivo de acuerdo a lo señalado por Polit (1994). El estudio se llevó a cabo en los clubes de la tercera edad de varias instituciones gubernamentales de la ciudad de Mérida Yucatán, durante los meses de septiembre a diciembre de 1995.

#### **3.2 Sujetos**

El estudio se realizó en población de la tercera edad de los clubes participantes.

Se seleccionó al adulto mayor que estuviera inscrito a alguno de los clubes y que reuniera lo siguiente:

*Criterios de inclusión:*

1. Estar inscrito en uno de los clubes

2. **Ambos sexos**
2. **Tener 60 años o más.**
3. **Saber leer y escribir.**
4. **Aceptar participar**

### **3.3 Muestra**

El muestreo fue de tipo no probabilístico y por conveniencia ( Polit, 1994). El marco muestral lo constituye el número de personas comprendidas en cada institución: 60 del IMSS, 250 del ISSSTE y 30 del DIF. Se utilizó el muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional para integrar la muestra de cada institución con un nivel de significancia de 0.05 y confiabilidad de 95 por ciento. Después de aplicar la fórmula de muestreo proporcional se obtuvo el número de sujetos por institución, 12 del DIF, 30 del IMSS y 111 del ISSSTE, por lo tanto la muestra quedo integrada con 153 sujetos, posterior a ello a través de un aleatorio simple se obtuvo el nombre de las personas a entrevistar. Se contó con una lista de todos los que están inscritos a los clubes.

### **3.4 Material**

Dos factores cognoscitivo-perceptuales: el concepto de salud y el estado percibido; el perfil de estilos de vida saludable y variables sociodemográficas



fueron examinados.

La concepción de salud fue definida como la opinión que tiene las personas de acuerdo al modelo de salud propuesto por Smith (1981), operacionalmente se midió con la Escala de concepción de salud ( ECS) desarrollada por Laffrey dos (1986). La ECS es un instrumento de 28 preguntas que mide la opinión que *ser saludable es no tener signos o síntomas de enfermedad, poder realizar sus actividades físicas y sociales, ajustarse a los cambios que en el ocurren o lograr sus mas altas aspiraciones*. El acuerdo o desacuerdo con los enunciados de ser saludable se calificó en una escala Likert de seis puntos ( ver apéndice b). El alfa reportada por Laffrey dos ( 1986) para los conceptos fue el siguiente: clínico .88, adaptativo .87, funcional .88 y eudemonístico .87.

El estado de salud percibido es un concepto que refleja una valoración y evaluación individual de su salud general. Operacionalmente el estado de salud fue medido con un pregunta : *¿generalmente hablando como califica su salud actualmente?: buena (3), regular (2) y mala (1)*.

*El estilo de vida saludable fue definido operacionalmente con las calificaciones del sujeto en las seis subescalas del Perfil de estilos de vida promotores de salud ( PEPS) desarrollada por Walker, et al.( 1985). El instrumento ( ver apéndice c) se divide en seis subescalas enunciadas a continuación:*

(1) Autoactualización con 13 ítems, (2) Responsabilidad por la salud, 10 ítems, (3) ejercicio, 5 ítems, (4) Nutrición, 6 ítems, (5) Apoyo interpersonal, 7 ítems, y

(6) Manejo de estrés, 7 ítems. Se usó un formato tipo Likert para que los sujetos indiquen la frecuencia en la que participan, 1= nunca, 2= a veces, 3= frecuentemente, 4= rutinariamente.

El instrumento ha sido traducido al español y utilizado en poblaciones mexico-americanas con un alfa para toda la escala de .93 y para las subescalas de .70 a .87, (Walker et al, 1990). se contó con la autorización de las autoras para usar éste instrumento

Se elaboró una ficha de identificación para los datos sociodemográficos

### **3.5 Procedimiento**

Se asistió diariamente al club del ISSSTE durante los cuatro meses que tardó la recolección de datos en la cuál se entrevistó a los participantes en una sola ocasión.

En el ISSSTE, con la lista de participantes seleccionados aleatoriamente se pasó lista diariamente para aplicar el instrumento a los que estaban en ese momento siendo hasta cinco personas por día en un horario de 7:30 a 10:30 a.m., previa autorización de su participación, después de entrevistar a los que asistían regularmente se comenzó a citar a los demás a través del responsable de la institución para aplicarles el instrumento.

En la institución del IMSS se aplicó el instrumento a las personas que acudían los martes de cada semana para control médico periódico y a los que

no asistían se les citó para un día específico.

En el DIF se acudió por las tardes a aplicar los instrumentos.

A cada persona se le asignó un código para respetar la confidencialidad.

El instrumento se aplicó en el lugar de la institución y en un salón de clase o en un espacio delimitado con biombos, se empleó un tiempo de 35 a 60 minutos de llenado. Los dos instrumentos autocontestables fueron aplicados al mismo tiempo y de manera individual. Previo a la recolección de datos se aplicó una prueba piloto a un grupo de 10 personas para verificar la comprensión de los ítems y medir el tiempo de llenado, éste grupo no participó en la investigación

Los datos fueron recopilados por dos pasantes de licenciatura en enfermería. Previo a la aplicación, se capacitó a los pasantes sobre el llenado de los instrumentos y los conceptos utilizados en el mismo. Se monitoreó la aplicación de los instrumentos por la responsable de la investigación.

Se informó a los sujetos el propósito del estudio y dieron su consentimiento de manera verbal. Se les dió los instrumentos escritos y se les leyeron las instrucciones para que comprendieran la escala de calificación. Se utilizó como puente para la recolección de datos la medición de presión arterial y realización de destroxitis a los adultos diabéticos.

### **3.6 Método de análisis**

Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico S.P.S.S

. ( Statistical Package for the Social Sciences). A los resultados del PEVS se aplicó la estadística inferencial Anova, buscando la influencia de las variables demográficas para la realización de las seis conductas estudiadas y para concepción de salud la r de Pearson para encontrar la relación entre la concepción de salud y la práctica de estilos de vida. La percepción de salud que originalmente se preguntó si es buena, regular o mala, al momento del análisis se dicotomizó en buena o mala y se aplicó el estadístico punto biserial, para buscar significancia estadística con las variables de estilos de vida.

### **3.7. Ética del estudio**

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en su título segundo, capítulo 1 se respetó lo siguiente:

Artículo 13.- La dignidad y la protección de los derechos.

Artículo 14 fracción 5 .- El consentimiento de participar en el presente estudio.

Artículo 16.- La privacidad.

Artículo 21.- Se informo del objetivo del estudio y la libertad de retirarse en cualquier momento.

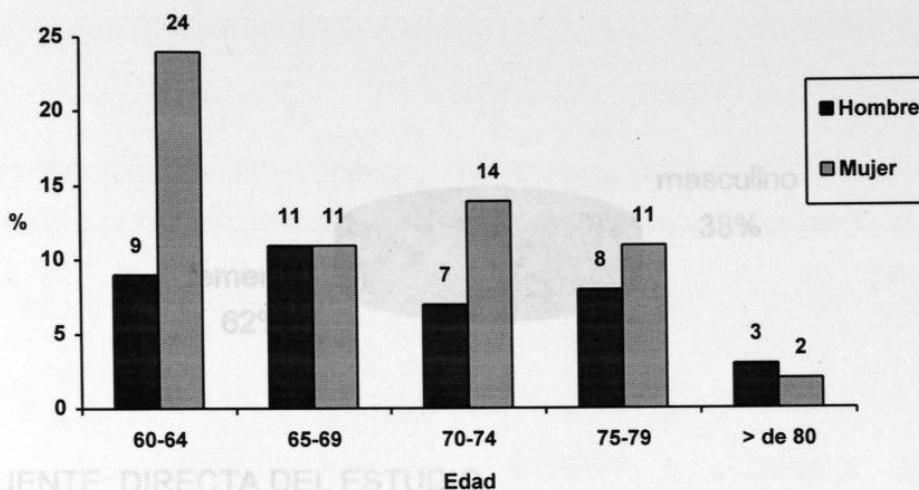
## **CAPÍTULO 4**

### **RESULTADOS**

Para la presentación de los resultados se siguió el orden con que se recolectó la información. En primer término se describen los aspectos **sociodemográficos, la percepción y el concepto de salud** así como las seis subescalas que conforman el perfil de estilos de vida saludable. Posteriormente se presenta el análisis de resultados a través de las correlaciones de las variables del estudio y significancia estadística. Por último, se contrastan los datos obtenidos a la luz de la hipótesis nula y la pregunta de investigación.

#### **4.1 Descripción de resultados**

En esta sección se presentan los resultados descriptivos que caracterizan a la población estudiada, en relación a los datos demográficos, percepción y concepto de salud, y estilo de vida saludable.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO n= 153

Figura 1. La edad de los sujetos de acuerdo al género en la ciudad de Mérida, Yucatán.

Como se observa del total de sujetos que integran la muestra, el 24 por ciento (37 / 153) de las mujeres está básicamente entre los 60 y los 64 años, y el 11 por ciento (17 / 153) de los hombres entre los 65 y los 69 años. El 38 por ciento de la muestra son hombres y el 62 por ciento mujeres.

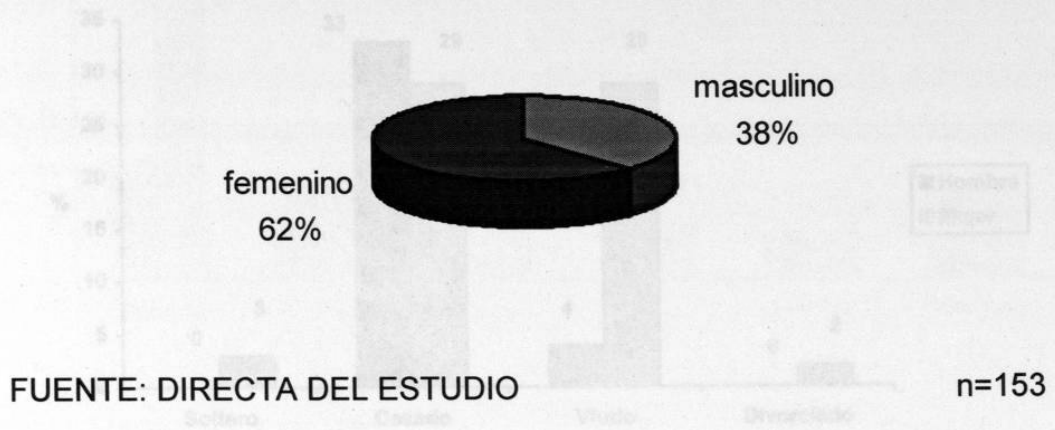
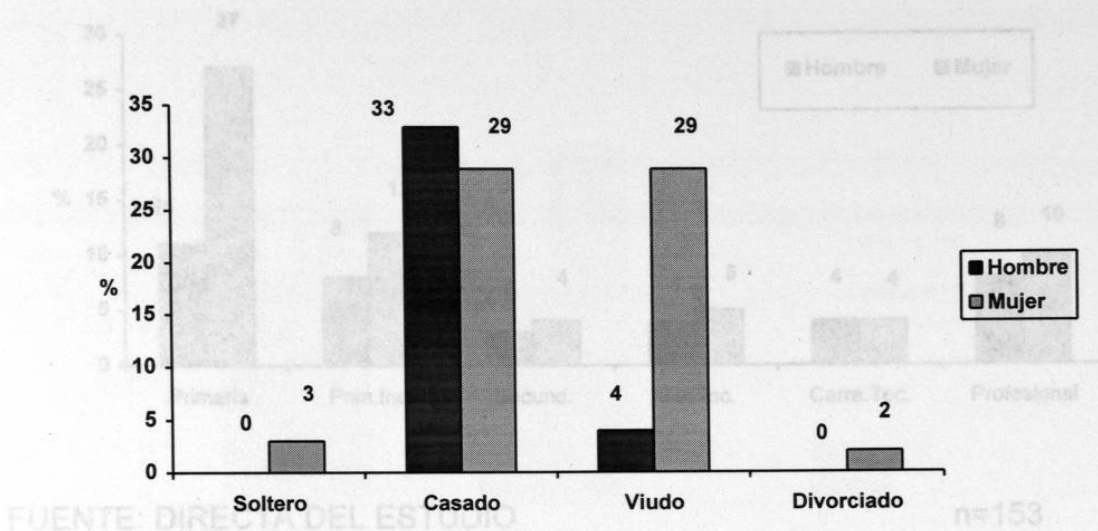


Figura 2. La proporción de género de la población estudiada en Mérida Yucatán

En relación con el sexo se encontró que el 62 por ciento es del sexo femenino y el 38 por ciento es masculino.

La figura 3 muestra proporciones semejantes en las frecuencias del estado civil en que se encuentran los hombres con respecto a los mujeres. Del total de mujeres un 44 por ciento (44 / 95) resultaron ser viudas, en relación al 7 por ciento (7 / 58) de los hombres.



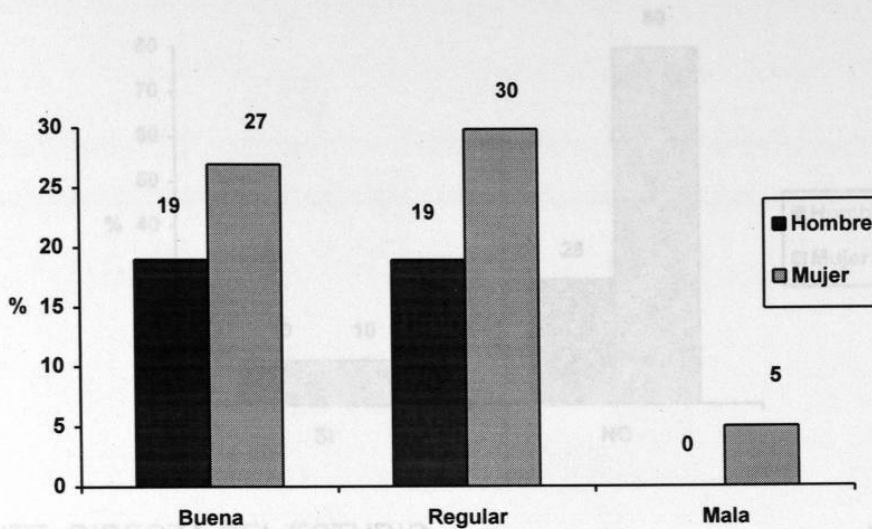
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 3. El estado civil de la muestra estudiada en Mérida Yucatán.

La figura 3 muestra proporciones semejantes en las frecuencias del estado civil en que se encuentran los hombres con respecto a los mujeres. Del total de mujeres un 44 por ciento (44 / 95) resultaron ser viudas, en relación al 7 por ciento (7 / 58) de los hombres.





FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 5 La proporción y frecuencia de la población que trabaja, de la ciudad

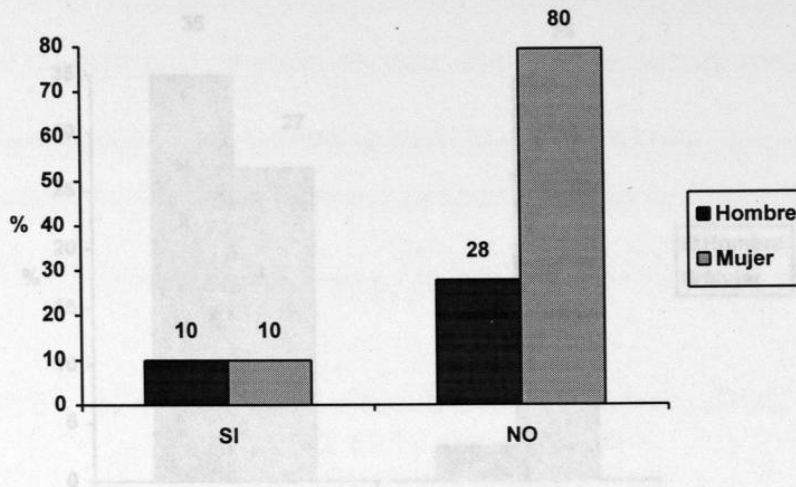
FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 5 .El tipo de calificativo de salud de la población estudiada en Mérida Yucatán.

ciento de los sujetos labora.

En la opinión de cómo los ancianos percibían su salud, se aprecia que el 30 por ciento del total de mujeres opinó tener una salud regular; y el 19 por ciento de hombres se calificaron como buena y regular salud, respectivamente.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

n= 153

Figura 6 La proporción y frecuencia de la población que trabaja, de la ciudad de Mérida Yucatán.

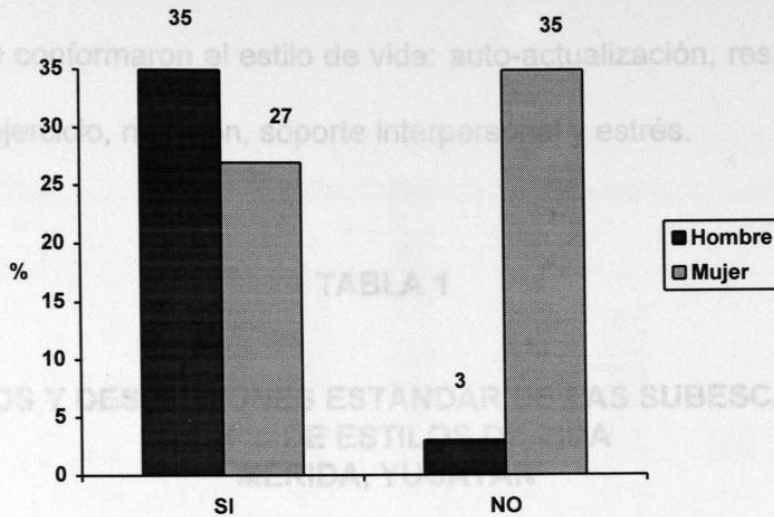
Figura 7. La proporción y frecuencia de sujetos jubilados en Mérida Yucatán.

Con respecto a si se encuentran laborando actualmente, sólo el 20 por ciento de los sujetos labora.

un 38 por ciento no.

Perfil de estilos de vida saludable del anciano

En la Tabla 1 se muestra el resumen de la estadística descriptiva de las variables que conformaron el estilo de vida: auto-actualización, responsabilidad de la salud, ejercicio, nutrición, soporte interpersonal y estrés.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

n= 153

	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Auto-actualización	39.24	37	38	6.29	19	52
Responsabilidad	21.22	21	17	5.58	11	37
Ejercicio	12.42	13	11	4.02	5	20
Nutrición	17.25	17	16	3.10	10	24
Apoyo Interpersonal	18.35	19	19	3.25	8	25
Estrés	19.63	23	23	4.45	10	28

Figura 7. La proporción y frecuencia de sujetos jubilados en Mérida Yucatán.

Respecto a si están o no jubilados, el 62 por ciento lo está, mientras que un 38 por ciento no.

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

A continuación se presentan los resultados específicos de cada una de las subescalas que conforman el perfil de estilos de vida. Cada subescala fue agrupada en intervalos para su representación gráfica

## Perfil de estilos de vida saludable del anciano

En la Tabla 1 se muestra el resumen de la estadística descriptiva de las variables que conformaron el estilo de vida: auto-actualización, responsabilidad de la salud, ejercicio, nutrición, soporte interpersonal y estrés.

**TABLA 1**

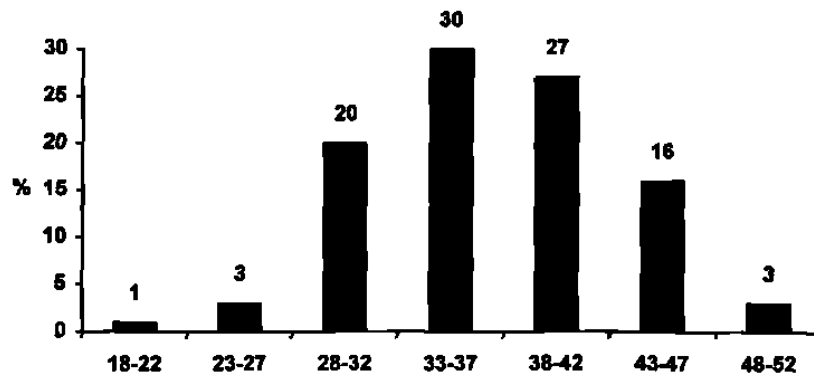
**PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LAS SUBESCALAS DEL  
PERFIL DE ESTILOS DE VIDA  
MERIDA, YUCATAN**

N= 153	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Auto-actualización	39.24	37	38	6.29	19	52
Responsabilidad	21.22	21	17	5.56	11	37
Ejercicio	12.42	13	11	4.02	5	20
Nutrición	17.25	17	16	3.10	10	24
Apoyo Interpersonal	18.35	19	19	3.25	8	28
Estrés	19.63	23	23	4.45	10	28

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

A continuación se presentan los resultados específicos de cada una de las subescalas que conforman el perfil de estilos de vida. Cada subescala fué agrupada en intervalos para su representación gráfica.

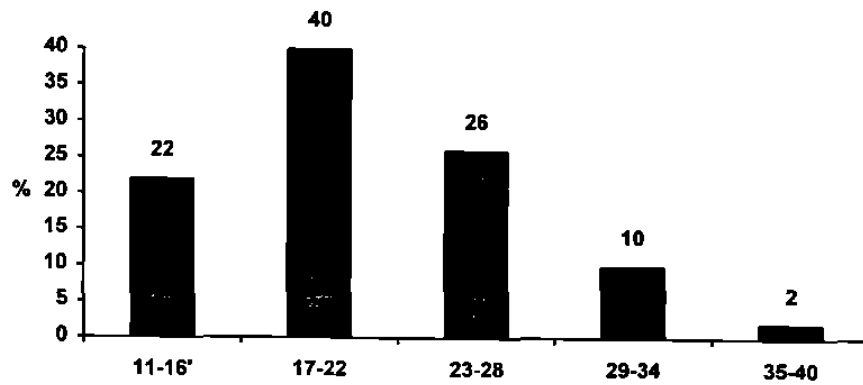


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 8. La distribución de los puntajes de la variable autoactualización. Mérida Yucatán.

Como se puede observar en la figura 8, la variable de actualización se distribuye normalmente. El 30 por ciento de los sujetos obtuvo puntajes entre 33 y 37 en una escala estimativa de 19 a 52 puntos. Seguidamente, el 27 por ciento entre 38 y 42 puntos.

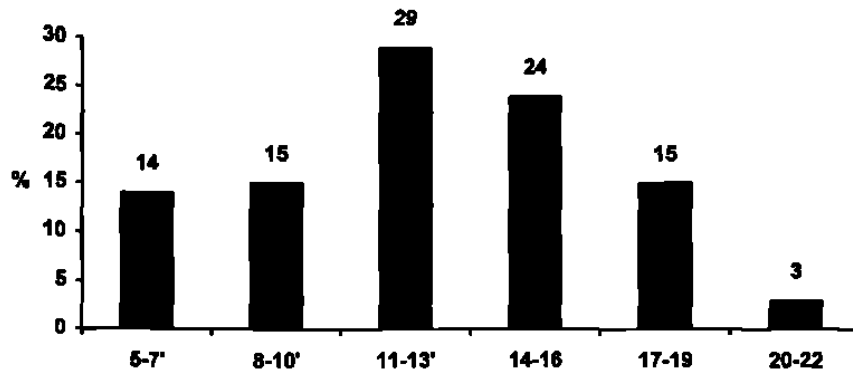


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 9. La distribución de los puntajes de la variable responsabilidad de salud. Mérida Yucatán.

Con base en los resultados puede observarse que el 40 por ciento de los sujetos obtuvo puntajes entre 17 y 22 y el 26 por ciento entre 23 y 28 puntos.

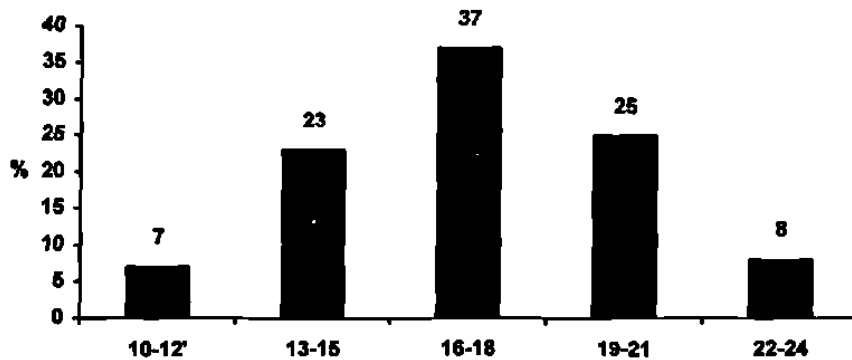


FUENTE : DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

**Figura 10** La distribución de los puntajes de la variable ejercicio. Mérida Yucatán

Según los resultados, el 29 por ciento dijo no realizar ésta conducta, mientras que el 53 por ciento dijo si realiza con una puntuación entre 11 y 16 puntos (de 20 como máximo).



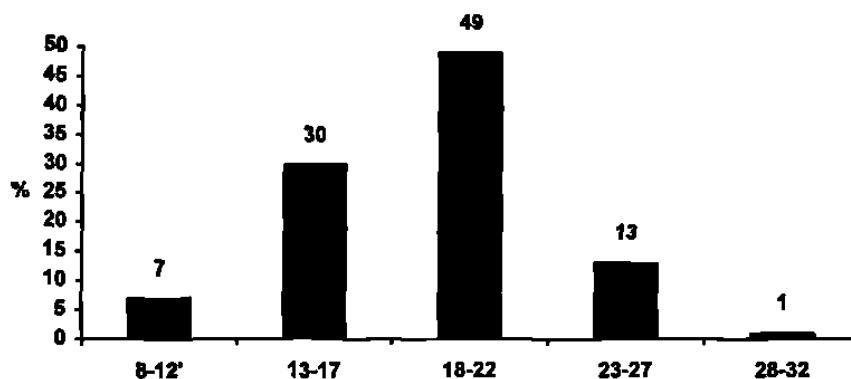
FUENTE : DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 11. La distribución de los puntajes de la variable nutrición. Mérida Yucatán.

De igual forma que la variable actualización y ejercicio, la nutrición parece ser una variable que se distribuye normalmente, es decir, de manera regular y/o aceptable. El 37 por ciento se ubicó en el punto medio de la escala.



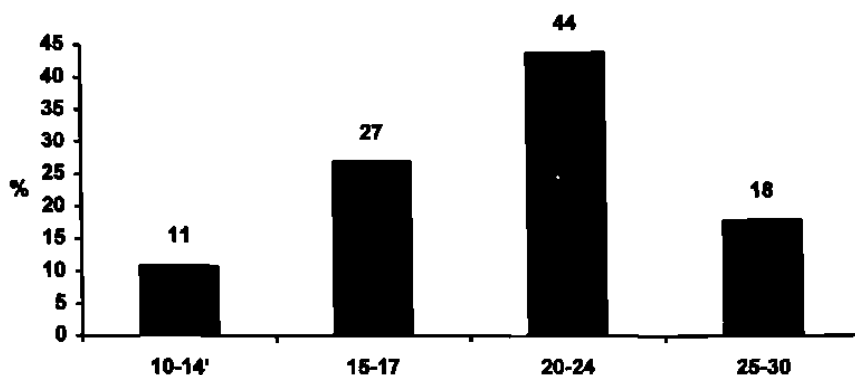


FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 12. La distribución de los puntajes de la variable apoyo interpersonal. Mérida Yucatán.

El 49 por ciento de la muestra se ubicó en el punto medio, es decir, probablemente, a veces los sujetos mantienen relaciones positivas. El 14 por ciento obtuvo puntuaciones máximas que reflejan que frecuentemente buscan esta conducta.



FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Figura 13. La distribución de los puntajes en la variable estrés. Mérida Yucatán.

Al parecer, con base en los resultados, el 67 por ciento de los sujetos obtuvo puntuaciones entre 20 y 24 del total de 32 puntos. El 18 por ciento obtuvo puntuaciones máximas que indica que frecuentemente manejan bien el estrés.

## 4.2 Análisis de resultados

A continuación se describen los resultados obtenidos de la concepción de la salud que poseen los sujetos de la muestra.

**TABLA 2**

**PROMEDIOS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LAS DIMENSIONES DEL CONCEPTO DE SALUD MERIDA, YUCATAN**

N= 153	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
Clinico	27.73	28	27	6.66	12	42
Funcional	30.54	29	28	5.12	16	42
Adaptativo	28.52	28	28	5.10	14	42
Eudemonístico	29.71	29	28	5.95	8	42

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Como se observa, las cuatro concepciones de salud tienen un promedio semejante. Evidencia de esto lo refleja también la similitud de las medidas de tendencia central y la desviación estándar.

### **Diferencias en los estilos de vida de acuerdo a las variables socio-demográficas del estudio**

Al realizar el análisis estadístico de las variables sociodemográficas con cada una de las subescalas que conforman el perfil de estilos de vida saludable se encontró lo siguiente:

TABLA 3

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y  
LA SUBESCALA AUTOACTUALIZACION  
MERIDA, YUCATAN**

	Categorías	Casos	Media	Desviación Estándar	valor teórico	valor calculado
Sexo	Hombre	58	40.47	5.60	$t = 1.96$	$t = 2.40$ gl 151 ( $p = 0.017$ )
	Mujer	95	38.29	6.52		
Jubilación	Si	95	39.47	6.56	$t = 1.96$	$t = 0.60$ gl 151 ( $p = 0.550$ )
	No	58	38.84	5.86		
Empleo	Si	30	40.63	4.70	$t = 1.96$	$t = 0.77$ gl 151 ( $p = 0.440$ )
	No	123	39.04	6.62		
Edad	60-64	51	38.70	6.11	$F = 2.37$	$F = 1.923$ gl 4, 148 ( $p = 0.109$ )
	65-69	33	39.33	5.31		
	70-74	33	37.63	6.61		
	75-79	28	41.89	6.95		
	80 o más	8	39.50	5.87		
Estado Civil	Soltero	4	38.00	6.16	$F = 2.60$	$F = 1.4646$ gl 3, 149 ( $p = 0.226$ )
	Casado	94	40.07	5.99		
	Viudo	51	37.92	6.63		
	Divorciado	4	37.50	7.82		
Estado de salud percibido	bueno	69	40.28	5.62	$F = 2.60$	$F = 1.6089$ gl = 3, 149 $p = .1897$
	regular	74	6.79	6.79		
	mala	10	6.18	6.18		

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Se observa que existe diferencia significativa en la subescala de autoactualización según el sexo.

TABLA 4

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y  
SUBESCALA RESPONSABILIDAD DE LA SALUD  
MERIDA, YUCATAN**

	Categorías	Casos	Media	Desv. Est.	Valor teórico	Valor calculado
Sexo	Hombre	58	23.70	5.28	$t = 1.96$	$t = 4.59$ gl 151 ( $p=0.000$ )
	Mujer	95	19.70	5.19		
Jubilación	Si	95	22.20	5.52	$t = 1.96$	$t = 2.85$ gl 151 ( $p=0.005$ )
	No	58	19.62	5.29		
Empleo	Si	30	20.50	4.47	$t = 1.96$	$t = -0.89$ gl 151 ( $p=0.430$ )
	No	123	21.39	5.80		
Edad	60-64	51	20.52	4.84	$F = 2.37$	$F = 0.5225$ gl 4,148 ( $p=0.726$ )
	65-69	33	22.27	4.95		
	70-74	33	21.33	5.69		
	75-79	28	21.88	6.52		
	80 o más	8	20.62	8.41		
Escolaridad	Primaria	58	19.94	5.50	$F = 2.21$	$F = 1.6717$ gl 5, 147 ( $p=0.144$ )
	Prim.Inc.	31	21.19	5.49		
	Secundar.	11	23.36	5.46		
	Sec. Inc.	13	20.46	5.73		
	Carr. Tec. Profesion.	12 28	22.08 23.03	7.19 4.55		
Estado Civil	Soltero	4	22.00	4.54	$F = 2.60$	$F = 5.4978$ gl 3,149 ( $p=0.001$ )
	Casado	94	22.38	5.08		
	Viudo Divorciado	51 4	18.78 24.25	5.79 5.56		
Estado de salud percibido	bueno	69	21.28	5.68	$F = 2.60$	$F = 0.8103$ gl 3,149 $p = 0.4900$
	regular	74	21.5	5.6		
	mala	10	18.44	4.12		

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

La Tabla muestra que existe diferencia significativa según el sexo, la jubilación y el estado civil de los sujetos. Los hombres y los que están jubilados

obtuvieron un puntaje promedio mayor que las mujeres y los no jubilados.

**TABLA 5**

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y  
SUBESCALA DE EJERCICIO  
MERIDA, YUCATAN**

	Categorías	Casos	Media	Desv. Est.	Valor teórica	Valor calculada
Sexo	Hombre	58	13.15	3.7	$t=1.96$	$t=1.78$ gl 151 ( $p=0.076$ )
	Mujer	95	11.96	4.15		
Jubilación	Si	95	12.84	3.89	$t= 1.96$	$t = 1.68$ gl 151 ( $p=0.095$ )
	No	58	11.72	4.15		
Empleo	Si	30	12.63	3.38	$t= 1.96$	$t=0.33$ gl 151 ( $p=0.745$ )
	No	123	12.36	4.17		
Edad	60-64	51	11.29	3.64	$F=2.37$	$F =3.006$ gl 4,148 ( $p=0.020$ )
	65-69	33	13.57	3.82		
	70-74	33	11.69	4.03		
	75-79	28	13.85	4.3		
	80 ó más	8	12.75	4.13		
Escolaridad	Primaria	58	12.03	4.13	$F=2.21$	$F = 1.969$ gl 5,147 ( $p=0.086$ )
	Prim.Inc.	31	11.8	4.23		
	Secundaria	11	14.54	3.41		
	Sec. Inc.	13	12	3.16		
	Carrera tec.	12	11	3.83		
	profesional	28	13.85	3.8		

TABLA 5 (continua)

	categoria	casos	media	desv. est.	Valor teórico	Valor calculado
Estado Civil	Soltero	4	13	4.32	$F= 2.60$	$F = 0.4182$
	Casado	94	12.57	3.83		gl 3,149 ( $p=0.740$ )
	Viudo	51	11.98	4.47		
	Divorciado	4	13.75	2		
Estado de salud percibido	buena	69	13.23	3.57	$F= 2.60$	$F= 1.975$
	regular	74	11.85	4.15		gl= 3,149
	mala	10	10.77	5.44		$P= 0.1201$

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Se puede apreciar que existe diferencia significativa de acuerdo a la edad. Los sujetos entre 75 y 79 años de edad obtuvieron un promedio mayor en esta categoría. El promedio menor lo obtuvo entre los 60 y 64 años.

TABLA 6

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y  
SUBESCALA DE NUTRICIÓN  
MERIDA, YUCATAN**

	Categorías	Casos	Media	Desviación Estándar	Valor teórico	Valor calculado
Sexo	Hombre	58	17.82	2.99	$t = 1.96$	$t = 1.80$ gl 151 ( $p = 0.074$ )
	Mujer	95	16.90	3.12		
Jubilación	Si	95	17.54	3.14	$t = 1.96$	$t = 1.50$ gl 151 ( $p = 0.136$ )
	No	58	16.77	2.99		
Empleo	Si	30	16.93	2.21	$t = 1.96$	$t = -0.63$ gl 151 ( $p = 0.528$ )
	No	123	17.33	3.28		
Edad	60-64	51	17.32	3.07	$F = 2.37$	$F = 0.6611$ gl 4,148 ( $p = 0.620$ )
	65-69	33	17.54	2.53		
	70-74	33	16.51	3.42		
	75-79	28	17.64	3.10		
	80 o más	8	17.12	4.15		
Escolaridad	Primaria	58	17.08	3.26	$F = 2.21$	$F = 0.8463$ gl 5,147 ( $p = 0.519$ )
	Prim.Inc.	31	16.61	3.04		
	Secundaria	11	17.27	3.49		
	Sec. Inc.	13	17.07	2.13		
	Carrera Tec.	12	17.83	4.01		
	Profesional	28	18.14	2.59		
Estado Civil	Soltero	4	15.75	3.94	$F = 2.60$	$F = 0.9613$ gl 3,149 ( $p = 0.412$ )
	Casado	94	17.56	2.79		
	Viudo	51	16.82	3.51		
Estado de salud percibido	buena	79	17.44	3.04	$F = 2.60$	$F = 0.1903$ gl 3,149 $p = 0.9029$
	regular	74	17.08	3.21		
	mala	10	17.11	3.14		

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Puede observarse que no hay significancia estadística con las variables estudiadas.



TABLA 7

**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y  
SUBESCALA DE APOYO INTERPERSONAL  
MÉRIDA, YUCATÁN**

	Categorías	Casos	Media	Desviación Estándar	Valor teórico	Valor calculado
Sexo	Hombre	58	19.03	3.94	$t= 1.96$	$t=1.72$ gl 151 ( $p=0.088$ )
	Mujer	95	17.93	3.75		
Jubilación	Si	95	18.31	4.03	$t= 1.96$	$t= -0.15$ gl 151 ( $p=0.879$ )
	No	58	18.41	3.56		
Empleo	Si	30	17.90	2.83	$t= 1.96$	$t= -0.72$ gl 151 ( $p=0.475$ )
	No	123	18.46	4.06		
Edad	60-64	51	17.72	3.51	$F= 2.37$	$F =1.6201$ gl 4,148 ( $p=0.172$ )
	65-69	33	19.10	2.97		
	70-74	33	17.54	4.27		
	75-79	28	19.46	4.05		
	80 o más	8	19.12	5.76		
Escolaridad	Primaria	58	18.39	4.07	$F=2.21$	$F= 0.7731$ gl 5,147 ( $p=0.570$ )
	Prim. Inc.	31	18.16	4.22		
	Secundaria	11	17.36	4.56		
	Sec. Inc.	13	18.07	2.36		
	Carrera Tec.	12	17.33	4.31		
	Profesional	28	19.42	2.96		
Estado Civil	Soltero	4	15.00	4.54	$F= 2.60$	$F = 3.4755$ gl 3,149 ( $p=0.017$ )
	Casado	94	18.95	3.57		
	Viudo	51	17.78	4.08		
	divorciado	4	14.75	2.98		
percepción de salud	Buena	69	18.78	3.71	$F= 2.60$	$F= 0.5806$ gl 3,149 ( $p=0.628=$
	Regular	74	17.95	3.97		
	mala	10	18.44	4.15		

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Los resultados muestran que existe diferencia significativa de acuerdo al estado civil

**TABLA 8**  
**VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y**  
**LA SUBESCALA DE ESTRES**  
**MERIDA, YUCATAN**

	Categoría	Casos	Media	Desviación Estándar	Valor teórico	Valor calculado
Sexo	Hombre	58	19.86	4.16	$t= 1.96$	$t = -0.49$ gl 151 $p=0.622$
	Mujer	95	19.49	4.62		
Jubilación	Si	95	19.61	4.45	$t= 1.96$	$t = -0.08$ gl 151 $p=0.934$
	No	58	19.67	4.46		
Empleo	Si	30	19.70	3.86	$t= 1.96$	$t = -0.09$ gl 151 $(p=0.928)$
	No	123	16.61	4.59		
Edad	60-64	51	18.37	4.18	$F= 2.37$	$F = 3.4421$ gl 4,148 $p=0.010$
	65-69	33	20.12	3.95		
	70-74	33	18.93	4.65		
	75-79	28	21.89	4.34		
	80 o más	8	20.62	4.89		
Escolaridad	Primaria	58	19.46	4.67	$F= 2.21$	$F = 1.5066$ gl 5,147 $p= 0.191$
	Prim.Inc.	31	19.22	4.58		
	Secundaria	11	20.18	4.11		
	Sec. Inc.	13	18.38	4.13		
	Carrera Tec.	12	18.16	3.88		
	Profesional	28	21.42	4.04		
Estado Civil	Soltero	4	15.00	2.82	$F= 2.60$	$F = 1.5918$ gl 3,149 $p=0.193$
	Casado	94	18.84	4.15		
	Viudo	51	19.54	4.84		
	Divorciado	4	20.50	5.97		
Estado de salud percibido	Buena	69	19.95	4.73	$F=2.60$	$F= 0.6626$ gl 3,149 $(p= 0.576)$
	Regular	74	19.22	4.30		
	mala	10	20.00	3.27		

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

Puede observarse que existe diferencia significativa de acuerdo a la edad. Los sujetos entre 75 y 79 años de edad obtuvieron un promedio mayor en esta categoría.

## Concepción de salud y estilos de vida

Al correlacionar la variable concepción de salud y perfil de estilos de vida se encontró lo siguiente:

**TABLA 9**

### CONCEPCION DE SALUD Y LAS SUBESCALAS DE ESTILOS DE VIDA MERIDA, YUCATAN

Concepto de Salud	Autoactua- lización	Responsabilidad de salud	Ejercicio	Estrés	Nutrición	Apoyo inter- personal
<b>Clínico</b>	-0.0118 p.88	0.0460 p .57	0.0880 p..28	-0.0826 p .31	0.0823 p.31	-0.0022 p .97
<b>Funcional</b>	<b>0.2346</b> p=0.004	-0.0275 p=.73	0.1018 p=.21	<b>0.1687</b> p=0.03	0.0664 p=.41	0.1178 p=.14
<b>Adaptativo</b>	<b>0.3108</b> p=0.00	0.0615 p=.45	<b>0.1783</b> p=0.02	<b>0.2057</b> p=0.01	<b>0.2377</b> p=0.003	<b>0.1941</b> p=0.01
<b>Eudemonístico</b>	<b>0.2794</b> p=0.000	0.0246 p=.76	<b>0.1564</b> p=0.05	<b>0.1734</b> p=0.030	<b>0.1833</b> p=0.02	0.1135 p=.16

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

A continuación se comentan los resultados significativos de las correlaciones.

#### *Clínico*

Esta variable no está asociada con ninguna conducta promotora de salud. Con base en los resultados, se puede afirmar que la concepción clínica no promueve ningún estilo de vida en los ancianos.

### *Funcional*

Esta variable se correlacionó significativamente con la subescala de auto-actualización y manejo de estrés.

### *Adaptativo*

Esta variable se correlacionó significativamente con las subescalas de auto-actualización, ejercicio, nutrición, manejo de estrés y apoyo interpersonal.

### *Eudemonístico*

Esta variable tiene correlación con las subescalas de auto-actualización, ejercicio, manejo de estrés y nutrición.

## **Percepción de una buena salud y la realización de conductas promotoras**

Para encontrar significancia de la percepción de salud con los estilos de vida, la percepción de salud se agrupo en dos categorías convirtiendo la variable en dicotómica: (1) buena y (0) mala. La tabla 10 muestra los resultados de la correlación.

TABLA 10

**CORRELACION DE LAS SUBESCALAS DEL PERFIL ESTILOS DE VIDA  
CON LA VARIABLE PERCEPCION DE BUENA SALUD  
MERIDA, YUCATAN**

	Actualización	Responsabilidad de salud	Ejercicio	Nutrición	Apoyo interper personal.	Estrés
Percepción buena de salud	0.1458	0.0277	<b>0.1665</b>	-0.0165	0.0159	0.0006
	p=0.073	p=0.734	p=0.040	p= 0.840	p= 0.845	p=0.994

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Con base en los resultados, tener una percepción de buena salud, se relacionó significativamente con la subescala de ejercicio. La correlación fue débil.

**Confiabilidad del instrumento de perfil de estilos de vida y escalas de concepción de salud**

En el presente estudio el instrumento utilizado para medir estilos de vida saludable reportó un alpha Crombach de .81 para toda la escala y para las subescalas de .73 a .80 lo cuál significa que tiene consistencia interna. El instrumento concepción de salud reportó un alpha de .83 para todo el instrumento y para las subescalas de .71 a .81. ambos coeficientes son aceptables.

### 4.3 Contrastación de las hipótesis

De las correlaciones mostradas anteriormente se presentan en éste apartado aquellas que están asociadas directamente con la pregunta de investigación y las hipótesis de estudio.

Con respecto a la pregunta que variaciones existen entre las concepciones de salud, los estilos de vida y la autopercepción del estado de salud de acuerdo a las características demográficas se encontró que no existe *variación en la concepción de salud de acuerdo a los datos demográficos*, los sujetos no tienen un concepto de salud predominante, la desviación estándar reportada es mínima, en cuanto a los estilos de vida, se encontró *variación según género, estado civil, jubilación y edad con respecto a alguna de las siguientes variables autoactualización, ejercicio, manejo de estrés, nutrición y apoyo interpersonal*.

Con respecto a la autopercepción de buena salud y las variables demográficas *no se encontró variación*.

Con respecto a la primera hipótesis *¿ Existe relación positiva en la concepción de salud, la autopercepción de salud “ buena” y los estilos de vida?* se encontró lo siguiente:

TABLA 11

**VARIABLE CONCEPCION DE SALUD, ESTADO DE SALUD PERCIBIDO Y  
SUBESCALAS DEL PERFIL DE ESTILOS DE VIDA  
MERIDA, YUCATAN**

Concepto y autopercepción de salud	<i>Perfil de estilos de vida</i>					
	Autoactua- lización	Responsabili- dad de salud	Ejercicio	Estrés	Nutrición	Apoyo inter- personal
Clínico	-0.0118	0.0460	0.0880	-0.0826	0.0823	-0.0022
Funcional	<b>0.2346</b>	-0.0275	0.1018	<b>0.1687</b>	0.0664	0.1178
Adaptativo	<b>0.3108</b>	0.0615	<b>0.1783</b>	<b>0.2057</b>	<b>0.2377</b>	<b>0.1941</b>
Eudemonístico	<b>0.2794</b>	0.0246	<b>0.1564</b>	<b>0.1734</b>	<b>0.1833</b>	0.1135
Percepción de buena salud	r 0.1458	r 0.0277	r <b>0.1665</b>	r 0.0006	r - 0.0165	r 0.0159

p < 0.05

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n=153

Por los resultados se puede mencionar que si existe relación entre la concepción de salud que tenga el anciano con sus estilos de vida. Sin embargo la concepción de salud clínica no se relaciono con ninguna de las subescalas del estilo de vida. En relación a la percepción de buena salud sólo se encontró relación con la variable ejercicio. por lo que se acepta la hipótesis de investigación.

Con respecto a la hipótesis de si los hombres obtienen puntuaciones más altas que las mujeres en cada una de las seis subescalas de los estilos de vida se encontró lo siguiente:

TABLA 12

**VARIABLE GENERO Y SUBESCALAS DEL PERFIL DE ESTILOS DE VIDA  
MERIDA, YUCATAN**

variables	Valor teórico	Valor calculado	media	Valor de p
género y respon- sabilidad de salud	t= 1.96	t=4.59	H 23.70 M 19.70	.000
género y auto- actualización	t= 1.96	t=2.40	H 40.47 M 38.29	.017
género y estrés	t= 1.96	t=0.49	H 19.86 M 19.49	.62
género y ejercicio	t= 1.96	1.78	H 13.15 M 11.96	0.07
género y nutrición	t= 1.96	1.80	H 17.82 M 16.90	0.07
género y apoyo interpersonal	t= 1.96	1.72	H 19.03 M 17.93	0.088

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

n= 153

Se acepta que la hipótesis de investigación: los hombres obtienen mayores puntuaciones que las mujeres en la variable responsabilidad de la salud y autoactualización y se acepta la hipótesis nula en las variables: manejo de estrés, ejercicio, nutrición y apoyo interpersonal.



## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

El análisis de varianza aplicado a los resultados reveló que la edad, sexo, jubilación y estado civil explican alguna de las seis prácticas de estilos de vida examinadas en este estudio. Esto apoya los hallazgos de otras investigaciones (Speake, et al., 1989, Speake et al., 1992, Foster, 1992) acerca de que las diferencias en las prácticas de salud esta dada por la acción *indirecta de los factores modificadores sobre la realización de la conducta.*

El estadístico utilizado para ver la diferencia entre las medias muestrales de los datos sociodemográficos y el perfil de estilos de vida, señaló que los hombres difieren significativamente de las mujeres en la subescala de autoactualización y responsabilidad de la salud, se reportó  $t= 2.40$  y  $t= 4.59$  respectivamente con valor de  $p < 0.05$ . Al medir la magnitud de la diferencia entre los grupos, se encontró que las personas entre 75 - 79 años difieren significativamente del resto de menor edad en relación a la subescala de autoactualización ( $F=1.92$   $p < 0.10$ ). Estos resultados coinciden con lo reportado por Walker, et al. (1988) de que la edad y el sexo son variables explicativas de

las subescalas autoactualización y responsabilidad de la salud. El hecho de que los adultos de 75 a 80 años o más, reportaran mas altos puntajes en comparación con los de 60- 64 años en la subescala de ejercicio es consistente con los resultados de Walker et al. (1988) al comparar la búsqueda de la salud de adultos mayores y adultos jóvenes dentro de una estructura preventiva, los autores señalaron que si los adultos mayores tienen más conductas saludables, puede ser debido a que ellos se han hecho más conscientes y o responsables con la madurez o debido a que sólo aquellos con estilos de vida sanos han sobrevivido hasta una edad mayor. En estudios previos han encontrado que los adultos mayores reportan mayor frecuencia en realizar conductas saludables de manera no extenuante en comparación a los jóvenes. El resultado de estas investigaciones y la actual es contrario a lo reportado por Foster (1992), Speake (1992), Walker et al. (1988) en donde no encontraron que la edad fuera un factor explicativo para realizar ésta conducta.

Sin embargo este resultado concuerda con lo señalado por Pender (1987) quién afirmó que las personas de mediana edad o adultos mayores inician esta práctica para evitar ciertas enfermedades. El obtener beneficios en cuanto a apariencia física, y otros, aumenta el grado de motivación y con ello ésta conducta iniciada como preventiva se convierte en promotora. El modelo de promoción señala que los factores modificadores tienden a actuar sobre los cognitivos para que se realice o no la conducta.

En el presente estudio no puede decirse que la realización se efectúa como conducta preventiva puesto que la forma en que se midió determina únicamente la frecuencia de la realización. Por lo tanto se hace necesario la inclusión de otras variables para determinar el por qué se realizan conductas promotoras.

De acuerdo con lo señalado por Pender (1987) el hombre tiende a desempeñar conductas promotoras cuando esta consciente de sus capacidades de crecimiento y potencialidades.

Los resultados concuerdan con lo que reporta el INEGI (1993) se encontró un número considerable de ancianos jubilados. Estudios realizados por Ahijevych y Bernhard (1994), han reportado que las mujeres, las personas casadas y aquellos que son jubilados tienden a tener mayor responsabilidad de su salud, estos hallazgos difieren con el resultado de esta investigación en cuanto al sexo, los hombres obtuvieron un promedio mayor que las mujeres se reportó  $t=2.85$  con valor de  $p < 0.05$  pero coincide en los casados y jubilados quienes obtuvieron mayores promedios que los viudos y no jubilados, reportándose un valor  $F= 5.49$  con  $p < 0.001$ , valor  $t=2.85$  con  $p < 0.005$  respectivamente. Harris y Guten citado por Walker et al.(1990) reportaron que las mujeres obtienen puntajes mayores en ésta subescala.

Se encontró en el presente estudio que un número significativo de mujeres son las que acuden a los centros de la tercera edad. Esto concuerda con los datos del INEGI en cuanto a que la población femenina es mayor.

En el presente estudio al explorar el concepto de salud que tienen los ancianos y su relación con los estilos de vida, no se encontró la prevalencia de un solo concepto. Se reportó una media de 30.54 en la concepción de salud funcional, siguiendo en orden el concepto eudemonístico con media de 29.71, el adaptativo con media de 28.52 y clínico con una media de 27.73.

Al examinar la relación entre las variables cognitivas y los estilos de vida se encontró que el concepto funcional explicó sólo la ocurrencia de la conducta de autoactualización y manejo del estrés. La concepción eudemonística explicó cuatro conductas promotoras de las seis exploradas y la adaptativa cinco de las seis estudiadas. Ninguna de los cuatro conceptos tiene relación con la conducta de responsabilidad de la salud.

El hecho de que el concepto de salud eudemonística obtenga menor número de prácticas en relación al concepto adaptativo es contrario a lo señalado por Pender (1987) en donde refirió que el tener un concepto amplio de salud o bienestar tiende a relacionarse con mayores conductas promotoras.

El haberse utilizado un modelo de salud propuesto para la cultura americana (Smith, 1981) y haber utilizado un instrumento escala de concepción de salud (Laffrey dos, 1986) no diseñada para la cultura mexicana es un factor que pudo influir para la obtención del resultado.

El percibir la salud como buena se correlacionó positivamente con la práctica de ejercicio (0.1665  $p < 0.05$ ). Esto concuerda con Pender (1987) y Martínez (1994) que el percibir la salud como buena determina que la persona

*realice prácticas promotoras de salud.*

## 5.1. CONCLUSION

El estudio aceptó la  $H_0$  ( hipótesis nula) y rechazó la  $H_1$  ( hipótesis de *investigación*) *acerca de que los hombres obtienen puntuaciones más altas que las mujeres en la subescala de ejercicio, nutrición, manejo de estrés, y apoyo interpersonal.*

Se aceptó la  $H_1$  de que los hombres obtienen puntuaciones más altas *que las mujeres en la subescala de responsabilidad por la salud y autoactualización*

Con base a las seis prácticas de estilos de vida utilizados en el presente estudio, la concepción de salud funcional, adaptativa y eudemonística es un *factor cognoscitivo que influye en la obtención de mayores puntuaciones en algunas de las seis practicas exploradas tales como nutrición, manejo de estrés, autoactualización, responsabilidad de la salud y ejercicio.*

No se encontró relación entre el concepto de salud clínico y la realización *de conductas promotoras.*

Ningún concepto de salud en el presente estudio parece influir en la subescala de responsabilidad de la salud.

En cuanto al perfil de estilos de vida saludable del anciano se encontró que los de mayor edad realizan ejercicio, los hombres son más responsables de su salud, al igual que los casados y jubilados.

En cuanto al objetivo general. No existe el predominio de un solo concepto de salud. El hecho de que los resultados no muestren un predominio de concepto, pudiera pensarse que es debido a la falta de un instrumento adecuado a la cultura mexicana. Al correlacionar las variables que conforman el perfil de estilos de vida con la percepción de salud se encontró que percibirla como buena se relacionó únicamente con la subescala de ejercicio.

## 5.2 RECOMENDACIONES

El alpha de Crombach ( $\alpha = .8186$ ) fue aceptable pero se recomienda diseñar un instrumento para medir concepción de salud de acuerdo a la cultura mexicana, la propuesta por Laffrey dos (1986) no ha sido utilizada en poblaciones mexicanas.

Es importante realizar estudios que generen conocimiento sobre lo que

hace la gente para proteger su salud y promoverla, porque algunas adoptan y siguen estilos de vida sanos y otros llevan a cabo patrones de conducta que dañan la salud.

Realizar estudios longitudinales para identificar la evolución de los patrones adquiridos, el mantenimiento o la terminación de conductas de estilos de vida saludables, con el propósito de determinar si tales conductas sirven como promotoras o preventivas y así reforzar el MPS. Además de conocer si los estilos de vida se asocian con las respuestas en la salud definidos en el transcurso de la vida.

Fomentar la utilización del Modelo de Promoción de la Salud para identificar que factores individuales y ambientales facilitan o impiden la ocurrencia de estilos de vida saludables, en especial lo recomendado por los profesionales de la salud.

El hallazgo del estudio sobre la variables ejercicio sugiere la necesidad de que enfermería ponga una mayor prioridad en aumentar la participación de todos los adultos en una actividad física regular durante sus vidas. Se sabe de los beneficios a la salud del ejercicio para adultos mayores y la asociación del ejercicio regular durante la vida con la longevidad.

La práctica de enfermería es un área que se está expandiendo rápidamente y que busca reducir las probabilidades de muerte prematura y aumentar la calidad de vida de las personas de todas las edades. Al desarrollar programas de promoción de la salud es necesario el re- enfoque de los objetivos hacia la práctica de estilos de vida saludable para buscar expandir el potencial positivo de la salud más que la simple evasión de la enfermedad.

Conocer y usar el modelo de promoción de la salud a fin de que las intervenciones dirigidas a estimular la práctica de estilos de vida saludables se fundamente científicamente.



## REFERENCIAS

- Ahijevych, K y Bernhard. Health-promoting behaviors of african american women. Nursing research. 43 (2). 1994.
- Alcántara, Amancio, O, González, A, Hernández, M y Carrillo, H. Mortalidad en pacientes geriátricos del hospital general de México. Salud pública 35. (4). 1993.
- Correa, E, Mendoza, U, Vargas y L, Barrios, E. Atención primaria de salud para el anciano: Estudio de morbilidad geriátrica en una población del estado de México. Psicología y salud. 1993.
- Cunningham, S. Bases epidemiológicas de la prevención de coronariopatía. Clínicas de enfermería de Norteamérica. Interamericana. vol 4. 1992.
- Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Compendio histórico de estadísticas vitales 1893- 1993. 1994
- Foster, M. Promoción de la salud y satisfacción de vida de los ancianos negros. Western journal of nursing research. vol 14 (4), 1992.
- Fung, J, y Steel, K. Salud de las personas de edad. Protección de la salud en la edad avanzada. Foro mundial de la salud. vol 14, 1993.
- González, A, Pérez, Vázquez, A et al. Importancia de las enfermedades crónicas degenerativas dentro del panorama epidemiológico actual de México. Salud pública. vol 25, 1986.
- Garrel, M, Hazzard, W, Sherman, F. Geriatria: Diez claves contra las enfermedades crónicas. Atención médica, 1994.
- Holland, W y Breeze, E. Modos de vida sanos para una buena salud. Foro Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud, vol 18, 1986.
- Hamburg, D. Hábitos para la salud. Foro mundial para la salud. Organización mundial de la Salud, vol 18, 1987.

- Instituto Nacional de Geografía e Informática. La tercera edad en México. XI Censo General de Población. 1993.
- Kossier, B. Enfermería fundamental. interamericana, México. 1993.
- Kusifr, A & Bong, C. Further psychometric evaluation of the spanish language health- promoting lifestyle profile. Nursing research. vol 42 (5 ). 1993.
- Laffrey, S.(uno) Normal and overweight adults: perceived weight and health behavior characteristics. Nursing Research. vol. 35 (3), 1986.
- Laffrey, S. (dos). Development of a health conception scale. Research in nursing & health. vol 9, 1986.
- Lechlitner, S, Kell, M & Ronis, D. Health promoting lifestyles of blue collar, skilled trade, and white collar workers. Nursing Research. 44 1995
- Martínez, R. Concepto y autopercepción de salud en adultos. Tesis inédita de maestría en enfermería con especialidad en salud comunitaria. U.A.N.L., México. 1994.
- Pender, N. Un modelo propuesto para la conducta promotora de salud. promoción de la salud en la práctica de enfermería. Century appleton, 1987. Material traducido por Lic. Virginia López Casados.
- Pender, N, Walker, S, Sechrist, K, & Stromborg. Predicting health promoting lifestyles in the workplace. Nursing research, New York, 20 (6). 1990.
- Polit, D., Hungler, B. Investigación científica en ciencias de la salud. Interamericana, México, D.F. 1994.
- Promoción de la salud. La carta de Ottawa. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Organización Panamericana de la Salud. 103 ,1987.
- Plan Nacional de Desarrollo. 1995- 2000. México. D.F. 1995.
- Rosenstock, I, Strecher, V & Becker, M. La teoría del aprendizaje social y el modelo de creencias de la salud. Health education quarterly. vol. 15 (2). 1988. Material traducido por la Lic. Virginia López Casados.
- Secretaría de salud. Reporte de morbilidad y mortalidad del estado de Yucatán 1990.

- Skeet, M. La edad de la tercera edad: implicaciones para la enfermería. Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. 112. (4). 1992.
- Smith, J. La idea de salud: una investigación filosófica. Advances of nursing science. Material traducido en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. vol 3 (3). 1981
- Speake, D, Cowart, M & Stephens, R. Prácticas de estilos de vida saludable de ancianos rurales y urbanos. Nursing Research. Material traducido por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. 1992.
- Speake, D, Cowart & Pellet. Health perceptions and lifestyles of the elderly. Research in Nursing & health. vol. 12. 1989.
- Stousk, B. intervenciones de enfermería para disminuir factores de riesgo. Clínicas de norteamérica. 1992.
- Svamborg & Selker. Retrasar la discapacidad asociada al envejecimiento. Foro Mundial de la Salud. 14, 1993.
- Vaiz, R. Enfermería profesional en la prevención y control de la diabetes en el primer nivel de atención. Tesis inédita de maestría de enfermería. U.A.N.L. 1991.
- Walker, Sechrist & Pender. Cuestionario perfil de estilos de vida. Versión idioma español. 1985.
- Walker, S, Volkan, K, Sechrist, K & Pender, N. Health-promoting life styles of older adults: comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. Advances Nursing Sciencia. 11 : 76-90, 1988.
- Walker, Kerr, Pender & Sechrist. A spanish language version of the health promoting lifestyle profile. Nursing Research. 39 ( 5) 1990.
- Wolpert, E y Roblez, G. La transición epidemiológica de las enfermedades crónicas y degenerativas en México. Gaceta médica. 129 (3), 1993.

## ***APENDICES.***

**APENDICE A**  
**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y ESTADO DE SALUD PERCIBIDO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**SECRETARÍA DE POSGRADO**

Cuestionario para la investigación: *Estilos de vida saludable del anciano y su estado de salud percibido.*

**INSTRUCCIONES:** Por favor escriba sobre la línea de la derecha las respuestas de las siguientes preguntas.

**I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

1. ¿Cuántos años tiene? \_\_\_\_\_
2. Sexo \_\_\_\_\_  
 Escriba 1 si es hombre    2 si es mujer
3. Escolaridad \_\_\_\_\_  
 Escriba el número que corresponda al nivel de estudios que tenga:  
 1. primaria    2. primaria incompleta    3. secundaria  
 4. secundaria incompleta                      5. preparatoria  
 6. carrera técnica                                  7. profesional
4. Estado civil. \_\_\_\_\_  
 Anote el número que corresponda a su estado civil  
 1. soltero    2. casado  
 3. viudo    4. divorciado
5. Actualmente ¿es usted jubilado o pensionado? \_\_\_\_\_  
 Anote el número que corresponda:  
 1. Sí    2. No
6. Actualmente ¿realiza algún trabajo en donde reciba un pago por sus servicios? \_\_\_\_\_  
 Anote el número según sea el caso:  
 1. Sí    2. No
7. Actualmente ¿cómo califica su salud? \_\_\_\_\_  
 1. Buena            2. Regular            3. Mala

## APENDICE B

### INSTRUMENTO ESCALA DE CONCEPCION DE SALUD

A continuación hay 28 oraciones que describen el significado que para una persona tiene la expresión "salud" o "ser saludable". Dependiendo de su concepto personal sobre la salud, usted puede estar de acuerdo o no con cada oración. Al frente de cada una de ellas hay una escala que va desde "No estoy muy de acuerdo"(1) hasta "Estoy muy de acuerdo"(6). Por favor responda cada oración en un círculo el número que mejor representa su opinión, o sea, hasta qué punto está ud. de acuerdo o en desacuerdo. Entre mayor sea su desacuerdo, menor deberá ser el número que ud. encierre en el círculo. Por otra parte, entre mayor sea su acuerdo, mayor deberá ser el número que ud. seleccione. Por favor conteste cada oración y asegúrese de marcar solamente una respuesta por cada oración o afirmación. Esta escala es para medir únicamente su concepto u opinión personal sobre la "salud", por lo tanto no hay respuestas correctas o incorrectas.

	No estoy muy de acuerdo	Estoy un poco en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy muy de acuerdo
1. Sentirme muy bien. Sentirme en el cielo.	1	2	3	4	5	6
2. Poderme adaptar a cambios en mi ambiente.	1	2	3	4	5	6
3. Cumplir con mis responsabilidades diarias.	1	2	3	4	5	6
4. Estar libre de síntomas que indiquen enfermedad.	1	2	3	4	5	6
5. Poder hacer lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6
6. No necesitar servicios médicos.	1	2	3	4	5	6
7. Disfrutar de la vida al máximo, en forma creativa.	1	2	3	4	5	6
8. Adaptarme a cambios de vida.	1	2	3	4	5	6
9. No necesitar pastillas o píldoras por enfermedad.	1	2	3	4	5	6
10. Poder funcionar como se espera de mí.	1	2	3	4	5	6
11. No estar bajo cuidado médico debido a enfermedad.	1	2	3	4	5	6
12. Enfrentar cada día con alegría y entusiasmo.	1	2	3	4	5	6
13. Poder enfrentarme a eventos que producen tensión.	1	2	3	4	5	6
14. Poder cambiar y ajustar a las demandas hechas por el ambiente.	1	2	3	4	5	6

	No estoy muy de acuerdo	Estoy un poco en desacuerdo	Estoy en desacuerdo	Estoy de acuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Estoy muy de acuerdo
	1	2	3	4	5	6
15. No estar enfermo.	1	2	3	4	5	6
16. Realizar mis mejores y más altas aspiraciones o deseos.	1	2	3	4	5	6
17. Llevar a cabo mis responsabilidades diarias de manera adecuada.	1	2	3	4	5	6
18. Mantener un nivel de vida alto o elevado.	1	2	3	4	5	6
19. Adaptarme a las cosas como son realmente y no como yo quisiera que fueran.	1	2	3	4	5	6
20. No depender de medicamentos.	1	2	3	4	5	6
21. Llevar a cabo las funciones normales de la vida diaria.	1	2	3	4	5	6
22. Sobrellevar cambios en mi ambiente.	1	2	3	4	5	6
23. Desarrollar todo mi potencial.	1	2	3	4	5	6
24. Cumplir con mis responsabilidades como esposo o esposa / hijo o hija / amigo o amiga / trabajador o trabajadora, etc.	1	2	3	4	5	6
25. No tener impedimento o incapacidad mental o física.	1	2	3	4	5	6
26. Funcionar al nivel más alto esperado.	1	2	3	4	5	6
27. No derrumbarse bajo la presión diaria.	1	2	3	4	5	6
28. Mi mente y cuerpo funcionan al nivel más alto.	1	2	3	4	5	6

**APENDICE C**  
**INSTRUMENTO PERFIL DE ESTILO DE VIDA**

**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 más 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

	Nunca N	A veces V	Frecuentemente F	Rutinariamente R
1. Comer al levantarme en la mañana	N	V	F	R
2. Relatar a un médico cualquier síntoma extraño.	N	V	F	R
3. Querermé a mí 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 ingrediantes 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 íntimas 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 3 comidas buenas al día.	N	V	F	R
15. Leer libros o artículos sobre la promoción de la salud.	N	V	F	R
16. Ser consciente de mis capacidades y de mis debilidades personales.	N	V	F	R
17. Trabajar en apoyo de metas de 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 opinión cuando yo no esté de acuerdo con lo que el mío 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



	Nunca	A veces	Frecuentemente	Rutinariamente
	N	V	F	R
23. Ser consciente de lo que me importa a mí en esta vida.	N	V	F	R
24. Gustar de tocar y de ser tocado por personas íntimas.	N	V	F	R
25. Mantener relaciones interpersonales que dan satisfacción.	N	V	F	R
26. Incluir en mi dieta alimentos que contienen fibra, por ejemplo, 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 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.	N	V	F	R
35. Planear o escoger comidas que incluyen los 4 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 el 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 señas 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** Nunca  
**V** A veces  
**F** Frecuentemente  
**R** Rutinariamente

THE UNIVERSITY OF TEXAS AT AUSTIN

1700 Red River • Austin, Texas 78701-1499 • (512) 471-7311

FAX (512) 471-4910

April 12, 1995

B. Cecilia Salazar  
Universidad Autonoma de Nuevo Leon  
Facultad de Enfermeria  
Programa Desarrollo E Innovacion de Enfermeria  
Av Gonzalitos No. 1500, Col. Mitras Centro  
64460 Monterrey, N.L Mexico

Dear Ms. Salazar:

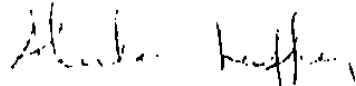
Enclosed is the copy of the Laffrey Health Conception Scale that you requested along with the scoring instructions and a form letter that I send out to all persons who request the instrument. You may be interested in a Spanish translation that we completed here a year ago. We had some good reliability with this translation and the back-translation was very accurate. However, I have some major concerns with the validity of the items for a non-American population.

You are welcome to use the translation and I would be grateful to discuss with you any changes you deem necessary to make it more valid for your population.

I can be reached at (512) 471-7311 (office telephone), or at fax number (512) 471-4910. My internet address is: [slaffrey@mail.utexas.edu](mailto:slaffrey@mail.utexas.edu)

I hope this instrument is useful to you and I look forward to hearing from you about the Spanish translation.

Sincerely,



Shirley Cloutier Laffrey, RN, MPH, PhD  
Associate Professor, Community Health Nursing

March 21, 1995

Lidia B. Colli-Novelo  
Facultad de Enfermeria  
Universidad Autonoma DeNuevo Leon  
Av. Gonzalitos 1500 Nte.  
Col. Mitras Centro 64460  
Monterrey, N.L. Mexico

Dear Lidia:

You have my permission to use and translate The Health Promoting Lifestyle Profile in your research with the condition that you supply me with a copy of the translation.

Cordially,

*Nola Pender*

Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN  
Associate Dean for Academic Affairs  
and Research

**UMONR**

CENTER FOR NURSING RESEARCH

400 North Ingalls Bldg. • Ann Arbor, Michigan 48109-0482  
(313) 764-9554 FAX: (313) 936-3644

## 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

## CUESTIONARIO DEL ESTILO DE VIDA

**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 más 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

	Nunca	A Veces	Frecuentemente	Rutinariamente
1. Comer al levantarme en la mañana.	N	V	F	R
2. Relatar a un médico cualquier síntoma extraño.	N	V	F	R
3. Querer a mí 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 íntimas 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 3 comidas buenas al día.	N	V	F	R
15. Leer libros o artículos sobre la promoción de la salud.	N	V	F	R
16. Ser consciente de mis capacidades y de mis debilidades personales.	N	V	F	R
17. Trabajar en apoyo de metas de largo plazo en mí 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 opinión cuando yo no esté de acuerdo con lo que el mío recomienda.	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 me importa a mí en esta vida.	N	V	F	R
24. Gustar de tocar y de ser tocado por personas íntimas.	N	V	F	R

## **RESUMEN AUTOBIOGRAFICO**

**Lidia Beatriz Collí Novelo**

**Candidato para el Grado de  
Maestra en Enfermería con especialidad en salud comunitaria**

**Tesis: ESTILO DE VIDA SALUDABLE DEL ANCIANO Y ESTADO DE SALUD  
PERCIBIDO**

**Campo de estudio: Ciencias de la Salud**

### **Biografía:**

**Datos personales: Nacida en Hunucma Yucatán el 18 de agosto de 1961, hija de Lorenzo Collí Tzuc y Aurora Novelo Canul.**

**Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Yucatán, grado obtenido de Licenciada de Enfermería en 1984 por unanimidad.**

**Diploma de especialista en docencia otorgada por la Facultad de Educación en 1989.**

**Diploma de Especialista en cuidados intensivos obtenido en 1992.**

**Experiencia profesional: Profesor de la asignatura de Enfermería Médico Quirúrgica en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán desde 1983 hasta la fecha.**



