

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



**FACTORES CULTURALES Y SOCIALES DE LA
MUJER PARA PROMOVER LA SALUD
FAMILIAR Y LA PROPIA**

Por:

CATALINA MAGALY SALAZAR AGUILAR

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRIA EN ENFERMERIA

Con Especialidad en Salud Comunitaria

Enero, 1996

TM

RA778

S2

c.1



1080072457

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



ACTIVIDADES CULTURALES Y SOCIALES DE LA
UNIVERSIDAD PARA PROMOVER LA UNIÓN
FAMILIAR Y LA PAZ

Por:

CATEDRÁTICA MAGALY SALAZAR AQUILAR

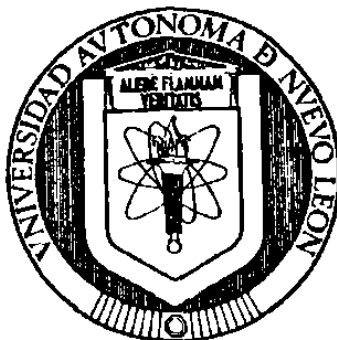
Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Con Especialidad en Salud Comunitaria

Enero, 1996

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



FACTORES CULTURALES Y SOCIALES DE LA
MUJER PARA PROMOVER LA SALUD
FAMILIAR Y LA PROPIA

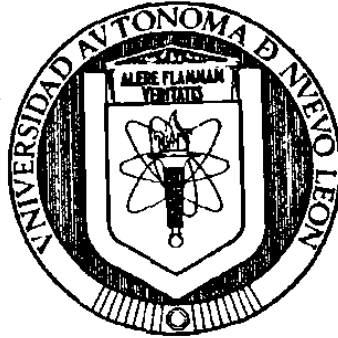
Por

CATALINA MAGALY SALAZAR AGUILAR

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

Enero, 1996

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA



FACTORES CULTURALES Y SOCIALES DE LA
MUJER PARA PROMOVER LA SALUD
FAMILIAR Y LA PROPIA

Presenta

CATALINA MAGALY SALAZAR AGUILAR

Asesor

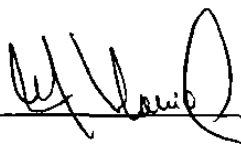
LIC. MAGDALENA ALONSO CASTILLO M.S.P.

Enero, 1996

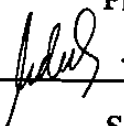


**FACTORES CULTURALES Y SOCIALES DE LA MUJER
PARA POMOVER LA SALUD FAMILIAR
Y LA PROPIA**

Aprobación de la Tesis:



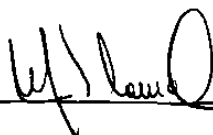
Presidente



Secretario



Vocal



Secretario de Postgrado

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Rosa Otilia Guemez Medina ex-directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Yucatán por su apoyo intrañable.

A La Lic. Ma. Teresa López Avila por su confianza y fé en mi

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la oportunidad brindada para la realización de la maestría.

A mis maestros de postgrado por sus conocimientos y experiencias transmitidas

En especial a la Lic. Magdalena Alonso Castillo, mas que una asesora una amiga, una gran mujer y el mas digno ejemplo a seguir como maestra, investigadora y enfermera.

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

A las mujeres madres de familia del municipio de Guadalupe, N.L. por su cooperación y participación en el presente estudio.

- A la familia Gasca Rodríguez por haberme aceptado como un miembro mas de su familia.

A todos ellos muchas gracias

DEDICATORIA

A Dios por concederme el milagro de la vida y por colocarme en el lugar y tiempo preciso

A mi madre Catalina cuya ausencia ha acelerado mi crecimiento como mujer y como persona

A mi padre Gaspar y a mis hermanos: Luciano, Leonor, Norma y Selene por su paciencia y cariño.

A Sergio por alentarme a seguir adelante, por todo su amor y apoyo incondicional

A un ser que permaneció bajo el anonimato

INDICE

Capítulo	Página
1. INTRODUCCION	1
1.1 Planteamiento del problema . . . . .	.2
1.2 Hipótesis . . . . .	.6
1.3 Objetivos . . . . .	.7
1.4 Importancia del estudio . . . . .	.7
1.5 Limitaciones del estudio . . . . .	.8
1.6 Definición de términos . . . . .	.9
2. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	
2.1 Papel de la mujer en la salud familiar e individual y la cultura . . . . .	.13
2.2 Papel de la enfermera en la promoción de la salud . . . . .	.18
2.3 Conductas promotoras de salud . . . . .	.21
2.4 Modelo de Promoción de la Salud . . . . .	.26
3. METODOLOGÍA . . . . .	.34
3.1 Sujetos . . . . .	.34
3.2 Material . . . . .	.35
3.3 Procedimiento . . . . .	.37
3.4 Etica del estudio . . . . .	.38
4. RESULTADOS . . . . .	.40
5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS . . . . .	.65

5.1 Interpretación de los resultados	65
5.1 Conclusiones	73
5.2 Recomendaciones	74
REFERENCIAS	76
APENDICES	81
APENDICE A.- ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DIRIGIDO A MADRES DE FAMILIA	82
APENDICE B. ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DE LA FAMILIA DIRIGIDO A LA MADRE.	86
APENDICE C. CEDULA DE ENTREVISTA DE CREENCIAS MATERNAS EN ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD	89
APENDICE D. INSTRUCTIVO DE LA CEDULA DE ENTREVISTA DE CREENCIAS MATERNAS EN ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD.	95
ESQUEMA I	33

LISTA DE FIGURAS

No.	TITULO	HOJA
1.	Indice de masa corporal y percepción del peso de las mujeres	41
2.	Concepción de salud y beneficios percibidos de las mujeres	42
3.	Valores de importancia en las mujeres	43
4.	Estado de salud percibido por la mujeres	44
5.	Responsabilidad en salud de las mujeres	45
6.	Barreras percibidas por las mujeres	46
7.	Personas de quienes aprendieron cuidados de salud las mujeres	47
8.	Acciones de salud para el cuidado de los hijos y tipo de seguridad social de las mujeres	48
9.	Participación en programas de salud de las mujeres y sus familias	49
10.	Opinión sobre la utilidad de los mensajes de salud televisivos y de radio para las mujeres	50
11.	Indice promedio de los estilos de vida de las mujeres de clase social alta y marginal.	51
12.	Indice promedio de los estilos de vida de las familias de las mujeres de clase social alta y marginal	52

LISTA DE CUADROS

No.	TITULO	HOJA
1.	Características demográficas de las mujeres	40
2.	Congruencia interna de las escalas del estilo de vida de la mujer y la familia	53
3.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida autoactualización de las mujeres	54
4.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida responsabilidad en salud de las mujeres	54
5.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida ejercicio en las mujeres	55
6.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida nutrición de las mujeres	56
7.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida soporte interpersonal de las mujeres	56
8.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida manejo del estrés de las mujeres	57
9.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida autoactualización de la familia de las mujeres	58
10.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida responsabilidad en salud de la familia de las mujeres	58
11.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida ejercicio de la familia de las mujeres	59
12.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida nutrición de la familia de las mujeres	59
13.	Correlación de Pearson entre los indicadores del estilo de vida soporte interpersonal de la familia de las mujeres	60

14.	Análisis de varianza del índice del estilo de vida de la madre con los elementos del modelo de promoción de la salud	61
15.	Análisis de varianza del índice del estilo de vida de la familia con los elementos del modelo de promoción d e la salud	62
16.	Chi cuadrada entre el índice del estilo de vida de la madre y los elementos del modelo de promoción de la salud	63
17.	Chi cuadrada entre el índice del estilo de vida de la familia y los elementos del modelo de promoción de la salud.	64

RESUMEN

Catalina Magaly Salazar Aguilar

Fecha de Graduación: Febrero, 1996.

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del estudio: FACTORES CULTURALES Y SOCIALES DE LA MUJER PARA PROMOVER LA SALUD FAMILIAR Y LA PROPIA

Número de páginas: 102

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

Area de estudio: Enfermería Comunitaria

Propósito y Método del Estudio: En un estudio realizado en México (1990) se registra que la tendencia de mortalidad por enfermedades crónico degenerativos, ha sido ascendente en la segunda mitad de este siglo, estos problemas de salud se encuentran asociados directa o indirectamente con modos de vida perjudiciales, las cuales pueden ser influidas favorablemente a través de acciones o programas de promoción de la salud. Tomando en cuenta que la mujer ha estado estrechamente ligada a la atención de la salud principalmente por sus funciones de madre, dando prioridad al cuidado de sus hijos, el presente estudio se realizó con el propósito de identificar los factores culturales y sociales que influyen en la mujer para promover la salud familiar y la propia. La muestra se obtuvo de manera probabilística y estuvo compuesta por 255 mujeres madres de familia de 15 a 50 años del municipio de Guadalupe, N.L. provenientes de clase social alta (45) y clase social marginal (210).

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran que los factores cognoscitivos perceptuales (factores culturales) y los factores modificantes e indicios de acción (factores sociales) de la mujer influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia con una $P = .00$ a $.05$. Las conductas promotoras de salud de las familias de clase social alta fueron mejores que las de clase marginal, la misma situación se encontró en el caso de las madres de familia. La contribución de este estudio es que retroalimenta el modelo de promoción de la salud (MPS) de Pender al encontrar relación entre los elementos que propone y la práctica de conductas promotoras de salud.

FIRMA DEL ASESOR:



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En 1989 estudios epidemiológicos, reportados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), revelaron que la mitad de las muertes ocurridas clasificadas dentro de las 10 principales causas, tienen alguna relación con comportamientos individuales perjudiciales para la salud, situación que ha provocado un interés a nivel de los gobiernos para enfocar sus políticas en favor de estimular conductas positivas de salud y bienestar.

En un estudio realizado en México (Lozano y cols., 1990) han registrado que las tendencias de mortalidad por enfermedades crónico degenerativas en particular, las del corazón y tumores malignos, han sido ascendentes en la segunda mitad de este siglo, siguiendo un patrón de crecimiento logarítmico. De igual forma se conoce que estos problemas de salud se encuentran asociados directa o indirectamente con modos de vida perjudiciales, las cuales pueden ser influidas o modificadas favorablemente a través de acciones o programas de promoción de la salud (Holland y Breeze, 1986).

En concordancia con lo anterior, el Programa Nacional de Salud de 1990-1994, señaló como problema prioritario de salud pública, la presencia de conductas nocivas a la salud, situación que se relaciona con el aumento de enfermedades crónico degenerativas y que ha motivado a la formulación de estrategias dirigidas a fomentar y promocionar estilos de vida que favorezcan el bienestar de la comunidad (Spellbring, 1991).

La salud y la promoción de la misma han sido objetivos fundamentales en la práctica de enfermería. La primera influencia histórica en cuanto a promoción de la salud se le puede atribuir a Florencia Nightingale, quien creía en la instauración de un ambiente para

el enfermo en el cual fuera posible tanto restablecer y preservar la salud como prevenir las enfermedades.

La enfermera comunitaria ha definido como meta promover el bienestar de la población utilizando diversas estrategias entre las que se encuentran la educación y fomento del autocuidado para el desarrollo de conductas saludables que les ayude a tener una mejor calidad de vida. Es importante considerar para esto la indagación de los procesos que ocurren en las personas para tomar decisiones con respecto a sus modos de vida y la forma en que éstos promueven la salud.

En todas las sociedades la mujer ha estado estrechamente ligada a la atención de la salud principalmente por sus funciones de madre. En el ámbito de la familia ella es la proveedora de la salud (Valdés, 1993). Se ha observado que la mujer mexicana de cualquier estrato social, primero juega su rol de madre que compañera de su esposo y da prioridad al cuidado de sus hijos, mostrando escaso interés en la atención de su salud (Terán, 1993).

El propósito de este estudio fue identificar los factores culturales y sociales que influyen en la mujer para promover su salud y la de su familia.

El estudio se clasificó como descriptivo, transversal, retrospectivo. La muestra estuvo integrada por mujeres de 15 a 50 años, provenientes de nivel socio económico marginal y alto. Los sujetos de estudio se seleccionaron de manera probabilística a través del muestreo estratificado irrestricto aleatorio, tomando como base las manzanas de los AGEBS del municipio de Guadalupe, N.L.

1.1 Planteamiento del problema

En todas las sociedades la mujer ha estado estrechamente ligada a la atención de la salud, principalmente por sus funciones de madre, éste ha sido el caso de México desde tiempos prehispánicos (Martínez, 1993). De acuerdo al último censo de población,

llevado a cabo en 1990, por el Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (I.N.E.G.I.) , las mujeres constituyen el 50.9 por ciento de la población total mexicana, de ahí la importancia de aprovechar el rol que juega la mujer en la salud familiar; en éste ámbito, la mujer es la proveedora de la salud de los miembros del hogar , relegando generalmente la atención de su propia salud, no sólo en detrimento de ella sino en el de la familia ya que primero cuida a sus hijos y a su compañero antes de cuidarse a ella misma (Martínez, 1993), lo que en su ausencia o incapacidad trae como consecuencia una alteración de roles dentro del hogar, ya que el rol central de la madre es decisivo en el buen funcionamiento de la dinámica familiar.

Actualmente las transformaciones económicas y sociales que enfrenta México, ha suscitado, y en algunos casos consolidado, la incorporación de un número creciente de mujeres al sector de los servicios y de otros trabajos formales e informales sobre todo aquellos "propios de la mujer" (Uribe y cols., 1991). Participando activamente de esta forma como un proveedor más del sostenimiento familiar y desde luego combinando el trabajo salarial con el trabajo doméstico, lo que repercute en un cambio en la dinámica familiar interna.

En una encuesta de salud en 1990, realizada en el centro de salud de Pueblo Nuevo de Apodaca N.L., se observó que la madre en un 64 por ciento es la autoridad en la familia cuando alguien enferma, decidiendo la conducta a seguir (citado por Terán, 1993) . Elegir una conducta positiva de salud, está condicionada por el ambiente socio-cultural donde se desenvuelve el individuo ya que la cultura imprime en cada persona, normas distintas y recurrentes de comportamiento, por tanto, la forma en que la gente percibe, experimenta y se enfrenta a la salud, depende de sus creencias, valores, intereses y metas (Michel, 1988). La conducta de la población regida por la forma en que conceptualizan la salud es reflejo del ambiente de tipo cultural, el cual penetra tocando todos los aspectos de la vida y provee el contexto en donde tiene lugar la acción y reacción individual (Vega y García, 1984).

La promoción de la salud, busca contribuir a la creación de condiciones que sustenten el bienestar, constituye un proceso de fortalecimiento de la capacidad de la población para verificar, acrecentar y mejorar su salud, ya que los comportamientos tienen determinantes culturales y porque las enfermedades y traumas tienen condicionantes sociales (de Roux, 1994). Estos condicionantes sociales determinan los componentes del comportamiento; en la organización social se forman las relaciones interpersonales y de grupo, y la familia es una organización social que actúa en forma interdependiente con la cultura. La sociedad agrupa a los individuos en estratos, los resultados de éstos penetran hasta los detalles de la vida diaria y la interacción social en multitud de formas. .

Reforzando lo anterior, Benavides (1986), en sus "Breves consideraciones acerca de nutrición y salud" identificó que los grupos más afectados en cuanto a nutrición son los de menos ingresos, por su parte Coello y cols. (1986) en su estudio de la relación de los hábitos de alimentación y el estado nutricional de los niños pre-escolares en una comunidad rural, identificó que las madres con niños bien nutridos gozaban de un nivel socioeconómico alto . Las clases sociales varían grandemente en sus condiciones de vida y trabajo, lo mismo que en su ingreso, educación y otros factores generales relacionados con la salud (Terris, 1992)

Terán (1993) en su estudio de "Creencias maternas en el uso de programas preventivos materno-infantiles", observó que las madres consideran más severas las patologías de sus hijos que en su propia persona y la necesidad de una guía externa educativa en relación a las actividades de promoción y prevención de la salud.

La tendencia creciente de la magnitud de los problemas de salud hace imperativa la búsqueda de nuevas opciones de operación, con mayor potencial para la población y apropiadas para lograr cambios saludables de comportamiento; por esta razón, en las estrategias en que se basa la atención primaria, se hace un énfasis importante a la promoción de la salud ya que trata de vincular las condiciones de salud de un momento

dado con los factores que favorezcan el crecimiento y desarrollo normales, la calidad de vida y el bienestar (Ruiz, 1989).

La promoción y protección de la salud según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) representa un movimiento renovador de la salud pública que implica acciones educativas, regulatorias y cambios ambientales capaces de fomentar el bienestar y modificar positivamente estilos de vida, los cuales estén asociados causalmente con la incidencia de enfermedades crónicas (Alonso, 1993). En México, la Ley General de Salud (1993) en su título séptimo abarca la promoción de la salud que tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva y abarca entre otros puntos la educación para la salud y la nutrición. El Sub-programa de prevención y control de enfermedades plantea como estrategias de acción: la educación a la sociedad para evitar factores de riesgo y reorientar en los estilos de vida, la detección clínica y valoración de riesgos, y el seguimiento de las personas en riesgo, son ejemplos de cómo México se interesa en este nuevo enfoque de la promoción de estilos de vida saludables. En particular se puede decir que en la Secretaría de Salud existe un programa de salud denominado La Salud Empieza en Casa, orientado primordialmente hacia la educación de la mujer ya que es ella la procuradora tradicional de la salud.

Se han identificado como conceptos básicos del ejercicio de enfermería , tanto la salud como la promoción de la misma (Spellbring, 1991), la enfermera comunitaria extiende su atención a los individuos y familias para abarcar el impacto sobre la salud de la comunidad total (Anderson y McFarland, 1988), debe profundizar en el conocimiento de los factores que determinan las conductas promotoras de salud para poder intervenir con mayor eficiencia y colaborar en la meta de disminuir riesgos y enfermedades a nivel familiar, estos factores son múltiples sin embargo el modelo de promoción de la salud (MPS) de Pender (1987) permite ubicar sus elementos en factores culturales (factores

cognoscitivos y perceptuales) y sociales (factores modificantes e indicios de acción). El estudio de los factores sociales pueden hacerse desde la óptica de las características demográficas e influencias interpersonales entre otros; los factores culturales se refieren a la percepción y conocimientos que le permite al individuo explicarse sus conductas, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿QUE FACTORES CULTURALES Y SOCIALES INFLUYEN EN LA MUJER PARA PROMOVER LA SALUD DE SU FAMILIA Y LA PROPIA?

1.2 Hipótesis

La hipótesis del presente estudio es la siguiente:

Hi: Los factores cognoscitivos, perceptuales, modificantes y los indicios de acción de las mujeres influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia.

Ho: Los factores cognoscitivos, perceptuales, modificantes y los indicios de acción de las mujeres, no influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia.

Variables Independientes:

- Factores cognoscitivos y perceptuales
- Factores modificantes
- Indicios de acción

Variables Dependientes:

Conductas promotoras de salud de la familia

Conductas promotoras de salud de la mujer

1.3 Objetivos

Los objetivos del presente estudio son:

General.

Identificar los factores culturales y sociales que influyen en la mujer para promocionar la salud de su familia y la propia.

Objetivos Específicos.

1. Perfilar los factores cognoscitivos y perceptuales de las mujeres para promocionar la salud familiar y la propia.
2. Perfilar los factores modificantes de las mujeres para promocionar la salud familiar y la propia.
3. Perfilar los indicios de acción de las mujeres para promocionar la salud familiar y la propia.
4. Identificar las conductas promotoras de salud que realizan las familias según la opinión de las mujeres.
5. Identificar las conductas promotoras de salud que realizan las mujeres para sí mismas.

1.4 Importancia del Estudio

Se consideró importante determinar los factores culturales y sociales que influyen en la mujer para promover la salud de su familia y la propia, por las siguientes razones:

- La contribución científica a la disciplina con el presente estudio, se da al aplicar el Modelo de Promoción de Salud (MPS), que permite conocer las explicaciones científicas

para enfermería, relacionado con las conductas promotoras de salud que realizan los individuos especialmente en mujeres, así como aportar información que retroalimente el modelo.

- El instrumento escala de perfil de estilos de vida en español de Pender, Walker y Sechrist (1985) se ha aplicado en sociedades norteamericanas y con latinos que residen en Norteamérica, por lo que al aplicarlo en la sociedad mexicana, se dió la posibilidad de valorar la consistencia interna a fin de que pueda seguir utilizándose en otros estudios.

- La escala utilizada en el presente estudio, el cual valora los estilos de vida sirven como base y punto de partida para la estructuración e implementación de programas de salud, representa una herramienta metodológica para la enfermera comunitaria, a fin de que lo utilice durante su práctica profesional.

- Para la enfermera comunitaria es importante saber los riesgos de salud de la población y para esto necesita conocer los factores culturales y sociales que influyen en las personas para tomar decisiones con respecto a su salud, para definir programas de promoción de salud con enfoque de riesgo donde se estimule la participación activa de la población en la responsabilidad de su propia salud.

- En un futuro, el presente estudio, podrá ser una contribución al desarrollo de temáticas de investigación realizadas por enfermeras comunitarias en esta línea.

1.5 Limitaciones del Estudio

La presente investigación se realizó en el municipio de Guadalupe, N. L., en mujeres de 15 a 50 años de edad provenientes de un nivel socio económico marginal y alto.

Algunos elementos del modelo de promoción de la salud (MPS) de Pender (1987) se han aplicado en sociedades norteamericanas, por lo que algunos conceptos del modelo, pueden no corresponder a la cultura mexicana.^o

El instrumento escala de perfil de estilos de vida de Pender, Walker y Sechrist (1985) no se ha aplicado en sociedades mexicanas y se desconoce su consistencia interna. Lo que pudiera no corresponder a los conceptos, percepciones e influencias de la cultura a la desarrollada en él.

La validez predictiva de la escala de perfil de estilos de vida no fue estudiada por lo que únicamente se indagaron los estilos de vida de la mujer correspondientes al momento del estudio.

Los resultados únicamente podrán generalizarse a las mujeres de 15 a 50 años del municipio de Guadalupe. N.L: provenientes de los niveles socio economicos marginal y alto.

Los datos en relación a las conductas promotoras de la familia, se obtuvieron desde el punto de vista de la madre de familia.

1.6 Definición de Términos

Las siguientes definiciones de términos, representan una adaptación del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender, y del test de Profile Lifestyle realizado por Walker, Sechrist y Pender (1985).

Para fines del estudio, se entenderá por factores culturales todos los valores, conceptos, creencias e ideas que tengan la mujer con respecto a la salud. Para lo cual se tomará como factores culturales, los factores cognoscitivos y perceptuales, citados en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

Factores cognoscitivos y perceptuales: Son las concepciones e ideas subjetivas que la mujer tiene acerca de la salud.

Se entenderá por factores sociales, los referentes a ocupación, educación, estrato socioeconómico, características demográficas y las relaciones interpersonales de la mujer con otras personas e instituciones. Para lo cual se tomará como factores sociales, los factores modificantes e indicios de acción citados en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

Factores modificantes: Son las influencias interpersonales, los factores situacionales y de la conducta de la mujer para realizar acciones de salud.

Indicios de acción: Es la influencia de los medios masivos de comunicación en la mujer con respecto a la salud

Conductas promotoras de salud de la mujer: Son los estilos de vida promotores de salud, que son patrones de acciones y percepciones de la propia mujer, que sirven para conservar o fomentar su nivel de bienestar. Incluyen autoactualización, responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, soporte interpersonal y manejo del estrés:

Autoactualización: Que la mujer tenga un sentido de propósito, desarrollo de búsqueda personal y experiencias de auto conciencia y satisfacción.

Responsabilidad en salud: Que la mujer atienda y acepte el compromiso de su propia salud, y busca asistencia profesional cuando es necesario.

Ejercicio: Adherencia de la mujer a patrones regulares de actividades físicas.

Nutrición: Establecimiento por parte de la mujer de patrones alimenticios y el hecho de escoger alimentos.

Soporte Interpersonal: Que la mujer mantenga relaciones involucrando un sentido de familiaridad y proximidad con las personas cercanas a ella.

Manejo del Estrés: Reconocimiento por parte de la mujer de las fuentes de estrés, acciones de control del estrés, logrando relajación.

Conductas promotoras de salud de la familia: Son los estilos de vida promotores de la salud de la familia, que son aquellas acciones y percepciones que la madre identifica en su familia que sirven para conservar o fomentar el nivel de bienestar de la familia. Incluyen autoactualización de la familia, responsabilidad en salud de la familia, ejercicio de la familia, nutrición de la familia y soporte interpersonal de la familia.

Autoactualización de la familia: Que la familia tenga un sentido de propósito, desarrollo de búsqueda familiar y experiencias de satisfacción.

Responsabilidad en salud de la familia. Que la familia atienda y acepte el compromiso de su propia salud, buscando asistencia profesional cuando sea necesario.

Ejercicio de la familia: Adherencia por parte de la familia a las actividades físicas recreativas.

Nutrición de la familia: Adherencia por parte de la familia a patrones de alimentación.

Soporte interpersonal de la familia. Que la familia mantenga relaciones con otras personas involucrando un sentido de familiaridad.

Familia Nuclear. Compuesta por padre, madre e hijos que vivan bajo un mismo techo y aquellas que aunque compartan el mismo techo con otras familias cada una cumplen sus funciones por separado.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Papel de la mujer en la salud familiar e individual y la cultura

Desde la prehistoria hasta la actualidad, la mujer ha participado en las acciones de salud en forma directa; esta actividad ha evolucionado de la forma tradicional a la práctica formal de atención a la salud.(López y cols., 1984).

La atención de la salud está principalmente a cargo de las mujeres, ya sea en forma particular, a título de madres, abuelas, esposas, hijas en caso de las personas de edad, o simples vecinas; o de una manera más oficial en el Sector Salud, en el que las mujeres constituyen el grueso del personal y sin embargo paradójicamente, pese a que la sociedad depende tanto de la mujer para la atención de la salud, las necesidades de las propias mujeres se descuidan con frecuencia, se infravalora su contribución al desarrollo sanitario y se ignora sus condiciones de trabajo (Crónica de la OMS, 1983).

La ocupación de la mujer fuera del hogar ha seguido un ritmo acelerado y constante durante las dos últimas décadas. En México la población femenina económicamente activa se ha triplicado en los últimos cuarenta años. Esta tendencia ha repercutido de manera importante en los papeles femeninos y en la organización de la familia, sobre todo en el cuidado de los niños (Lara y cols., 1993).

Los cambios unidos a la urbanización acelerada de los países de América Latina y México no es la excepción, están condicionando demandas y tensiones nuevas en la mujer trabajadora urbana, consumo y hábitos que aumentan los riesgos por enfermedades de

diversas índole, como las afecciones cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades reumáticas y sobre todo los trastornos psicosociales. Todos estos problemas catalogados genéricamente como "crónicos" requieren de estudios mas precisos de caracterización por genero en cada estrato socioeconómico y de propuestas de acción específica de promoción de la salud, prevención y control, orientadas a la mujer pertenecientes a dichos estratos. (Restrepo. 1993).

Las mujeres que se emplean fuera del hogar han tenido que adaptar sus horarios a las demandas del trabajo intra y extra doméstico, debido a la resistencia de los esposos para efectuar una revisión de los roles familiares tradicionales (Shelton, 1990). Esto ha llevado a que sigan dedicándole mucho más horas a las tareas domésticas que sus compañeros (Uribe y cols., 1991).

Generalmente la madre es el primer punto de contacto cuando alguien enferma en la familia. Es ella la que suele decidir en qué momento conviene recurrir al sistema oficial de salud (Crónica de la OMS, 1983);; ella ha sido el elemento imprescindible en la organización de la unidad familiar. El sexo femenino posee dentro de la familia funciones de concepción, gestación, parto, crianza y socialización del niño, así como de su salud física y mental. Desde la gestación la madre puede observar la evolución del producto y colaborar en su adecuado desarrollo, vigilar estrechamente el período perinatal de sus hijos, su crecimiento y desarrollo, detectando tempranamente cualquier alteración de la salud y en caso necesario administrar el tratamiento adecuado y seguir la evolución del padecimiento, otros aspectos no menos importantes que las anteriores son: mantener relación estrecha con sus hijos en la juventud y encargarse de sus padres en la etapa de senectud.

Las actividades de la mujer en la administración del hogar son también acciones de salud, como la limpieza en la preparación de los alimentos, las normas de higiene que inculque a los hijos y la educación en la prevención de enfermedades y accidentes. La mujer no solo interviene en las actividades propias del hogar sino que en gran número de

casos participa en el logro de los ingresos necesarios para el sustento familiar y su administración.

Aunque al principio la producción social global de la mujer era de escasa importancia, ésta se ha venido incrementando (López y cols., 1984). Tomando en cuenta el rol que juega la mujer dentro del hogar, Reeves y cols. (1989) llevaron a cabo entre los profesores de la Escuela de Enfermería y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Illinois, un curso interprofesional: "La salud de la mujer: un método de atención primaria de salud", basado en el criterio de atención primaria de salud de la OMS. El objetivo más importante del curso fué elaborar un modelo para satisfacer las necesidades de salud de las mujeres residentes en medios urbanos de países industrializados y se demostró que el equipo de salud y el grupo de la comunidad podrían emplear este método para trabajar conjuntamente en una actividad de salud de la comunidad.

De igual manera Bender (1984) propone una estrategia para lograr la participación comunitaria en una población rural en el Altiplano de Bolivia, como una estrategia de la Atención Primaria de Salud, en donde sugiere incluir a las madres de familia ya que ellas son los agentes principales de la atención de salud y las protectoras de salud y el bienestar de sus familias, pareciendo una estrategia lógica, razonable, costo-efectiva y sostenible, para prestar una atención de salud accesible y aceptable. Con estos dos ejemplos se demuestra que la mujer tanto en el área urbana como en la rural sigue teniendo un papel importante y principal en la atención de la salud familiar.

En épocas anteriores, la salud femenina se concebía casi exclusivamente en términos gineco-obstétricos y se limitaba a los procesos de embarazo, parto, puerperio y otros aspectos de la reproducción. La atención de la salud recibida, giraba en torno a la maternidad y era principalmente de carácter curativo. Actualmente las transformaciones económicas y sociales que afectan a México, han suscitado, la incorporación de un número creciente de mujeres del sector de los servicios y de otros trabajos formales e

informales, sobre todo aquellos "propios de la mujer" que se percibe como una extensión del rol femenino en el hogar y Uribe y cols. (1991) en su estudio sobre el trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, observó que existe diferencia en los riesgos de salud ocupacional y el índice de morbilidad asociados con las distintas actividades femeninas.

Hartweg (1993) estudió las acciones de autocuidado en la mujer adulta para promover su bienestar, basada en la teoría de Orem y obtuvo que la mayoría de las acciones se relacionaban con los requisitos universales de autocuidado, actividad e interacción social y observó una correlación significativa entre los tipos de acciones de autocuidado y la educación, así como edad y número de hijos. Ordoñez (1985) menciona que la salud de la mujer está condicionada por hechos biológicos y físicos, y en gran medida por la influencia del medio social. Los factores sociales adquieren una gran relevancia y pueden determinar el estado de salud de las mujeres, de igual manera el medio en que se desarrolla, la posición que ocupa en la sociedad y los aspectos culturales pueden afectarle más que su propio estado físico.

El nivel de salud de una comunidad está condicionada por varios factores entre los cuales se encuentra los factores sociales y culturales. El comportamiento del ser humano está encaminado a satisfacer sus propias necesidades biológicas, pero el ambiente socio-cultural en realidad condiciona ese comportamiento (Sánchez, 1983), en este sentido es fundamental comprender los procesos socio-culturales subyacentes a la vida de una población ya que determinan su estado de salud-enfermedad.

Díaz (1982) percibe la socio-cultura como un sistema de premisas socio-culturales interdependientes que norman o gobiernan los sentimientos, ideas, creencias, y valores entre otros, por tanto la forma en que la gente percibe, experimenta y se enfrenta a la salud, depende de sus creencias, valores y metas (Michel, 1988).

La actitud de una sociedad ante la salud y la enfermedad está estrechamente relacionada con su cultura. Se dice que la cultura de una sociedad, denota rasgos que

comparten muchos individuos y que se transmiten en el seno de esa sociedad de una generación a otra y por medio de la enseñanza y aprendizaje. En cualquier sociedad, los hábitos fomentados por la cultura podrían exponer directamente a los miembros de esa sociedad al riesgo de enfermedades graves (Parry, 1984).

En la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la prolongación de la vida, intervienen factores directamente relacionados con el ambiente físico y biológico así como en las creencias y las formas de conducta del individuo en la comunidad. La decisión que tome el individuo respecto a su salud depende de la información que tenga sobre el problema de salud, las actitudes que mantiene hacia el mismo y las motivaciones o barreras que percibe para tomar la acción indicada (Terán, 1993).

El mundo físico que rodea al ser humano es interpretado por éste con base en las premisas de su propia cultura. El ambiente socio-cultural permite observar e interpretar el mundo desde este enfoque, el cual influye en el valor y la conducta ante la enfermedad. El ambiente de tipo cultural tiene un reflejo en la conducta de la población respecto a sus conceptos sobre salud y sobre los problemas de enfermedad que la aquejan, los cuales pueden consistir tanto en ideas erróneas como conocimientos apropiados (Vega y García, 1984).

Estos condicionantes sociales influyen en el comportamiento; en la organización social se forman las relaciones interpersonales y de grupo, y la familia es una organización social que actúa en forma interdependiente con la cultura.

Las clases sociales varían grandemente en sus condiciones de vida y trabajo, lo mismo que en su ingreso, educación y otros factores generales relacionados con la salud (Terris, 1992).

El medio ambiente social de un grupo humano incluye diversos tipos de relaciones, las posiciones relativas de cada individuo con respecto a los demás, las organizaciones primarias o secundarias a los cuales pertenece y toda una red de mutua interacción con otros seres humanos, de hecho la necesidad de vivir con otros seres humanos obliga al

hombre a aceptar y adoptar aquellas formas de conducta que se consideran apropiadas en el grupo. Este proceso se inicia en el seno familiar y continúa durante gran parte de la vida del individuo.

En términos de estructura social, es ineludible la existencia de diversos niveles o estratos en determinada población., así la estructura social de México, muestra la existencia de una considerable proporción de grupos humanos que carecen de recursos económicos y ventajas sociales; su nivel de educación es mínimo a diferencia del sector alto donde los niveles de educación son superiores. Los factores del ambiente social según Volkart son todos aquellos hechos sociales que son capaces de ejercer control sobre el individuo (citado por Vega y García, 1984).

Las estrategias de prevención y promoción destinadas a individuos o grupos, deben fundamentarse sobre el conocimiento de la etiología y racionalidad de los comportamientos. Con frecuencia se combinan causas sociales y culturales para fijar una conducta particular. El hecho es que los comportamientos son en buena medida producto del ambiente, de la cultura y de las condiciones sociales. El componente socio-cultural en la etiología de muchos comportamientos que ponen en riesgo la salud, exige intervenciones variadas en las conductas que demanden ser modificadas en base a sus determinantes sociales y culturales (de Roux, 1994).

Por lo tanto las ideas que tengan las madres acerca de la salud constituye un determinante fundamental en la salud de toda la familia.

2.2 Papel de la Enfermera en la Promoción de la Salud

Debido a su expertés reconocida y a su contacto frecuente y continuo con los clientes, las enfermeras tiene la oportunidad única de proporcionar liderazgo en la promoción de una salud mejor entre individuos, familias y comunidades. Las enfermeras deben servir como modelos de rol de comportamientos que promuevan la salud. Los

resultados esperados de la atención de enfermería dirigidos a la prevención y promoción de la salud incluyen:

1. Mayores niveles de salud y bienestar entre los individuos, familias y comunidades.
2. Menor incidencia de la enfermedad o incapacidad para los individuos o familias
3. Mejorar la capacidad de los individuos, familias y comunidades para tomar decisiones relacionadas a la salud y bienestar.
4. Competencia por parte de los individuos y familias en el auto-cuidado.
5. Mayor capacidad de los individuos y las familias de valorar sus necesidades de atención profesional de la salud.
6. Mayor conveniencia de las opciones de conductas que promueven la salud en oposición a las que dañan la salud dentro de la comunidad.
7. Mayor predominio de los estilos de vida que promueven la salud dentro de la sociedad como un todo.

Proporcionar atención a la salud dentro del contexto de la sociedad, dá un énfasis principal a la promoción de la salud en lugar del tratamiento de la enfermedad, situación que hoy en día es un reto emocionante para la profesión de enfermería (Pender, 1987).

Se han identificado como conceptos básicos del ejercicio de enfermería, tanto la salud como la promoción de la asistencia de la misma. La primera influencia histórica en cuanto a la promoción de la salud para enfermeras se puede atribuir a la fundadora de la enfermería moderna, Florencia Nightingale, quien identificó los principios básicos que deben obedecer las enfermeras. En la actualidad, la enfermería sigue comprometida con la promoción de la salud, la cual consiste en actividades dirigidas hacia el incremento del nivel de bienestar y la actualización del potencial de salud de los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad (Pender, 1987).

La finalidad de la OMS para ofrecer asistencia de salud a todos los habitantes del mundo, ha iniciado la etapa de las enfermeras como prestadoras primarias de asistencia. Como finalidad primaria de la enfermería, la promoción de la salud necesita ir mas allá de

la prestación de la asistencia. Se ha propuesto para la asistencia mundial de la salud una estructura para el desarrollo de la enfermería, la cual se construye sobre las piedras angulares de la asistencia primaria de la salud, que son: equidad de la salud, participación comunitaria y mayor integración de los programas. Para poner en funcionamiento estas estructuras, las enfermeras necesitarán desarrollar nuevas capacidades y especializaciones con el objeto de habilitar y reforzar la capacidad de las personas para prestarse auto asistencia, valerse por si mismas y mejorar el ambiente (Pender, 1987).

En Estados Unidos la "Nurse Education Amendments", ha ofrecido apoyo federal para el establecimiento de 12 clínicas dirigidas por enfermeras en todo el país. La finalidad principal es identificar las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades con poblaciones diferentes y de alto riesgo, como las formadas por ancianos, personas carentes de hogar y minorías (Spellbring, 1991).

Durante más de un siglo, las enfermeras han sido un recurso importante para la promoción de la salud de los niños escolares, trabajadores industriales, las familias y crianza de los hijos, y los ancianos. En todas las culturas, la familia es un grupo primario importante responsable de la creación de un medio ambiente en donde se pueden adquirir y mantener estilos de vida que promueven la salud a través del apoyo mutuo de los miembros de la familia. Por esto, una mayor comprensión de lo que es la salud familiar y la manera de fomentar su desarrollo en diversas poblaciones raciales y étnicas es esencial para la promoción efectiva de la salud por parte de las enfermeras (Anderson y McFarland, 1988).

Las transiciones de vida, en las cuales las enfermeras están envueltas profesionalmente con frecuencia como asesoras, defensoras o proveedoras de atención, puede ser un ímpetu para el cambio en direcciones positivas que amplían la salud. La comprensión de enfermería en los cambios y transiciones del desarrollo y sus efectos sobre la salud y los estilos de vida saludables, y la integración de dicho conocimiento en intervenciones apropiadas orientadas a la salud, constituye, en parte, la contribución

incomparable de la enfermería para la promoción de la salud (Anderson y McFarland, 1988).

En México, a través de Secretaría de Salud, en su Programa Nacional de Organización participativa, se incluye la participación comunitaria para consolidar el Sistema Nacional de Salud a través de los promotores voluntarios de salud, los cuales son individuos de la misma comunidad, a quienes se les proporciona capacitación por parte del equipo de salud (médico, enfermera, trabajadora social) quienes realizan una serie de acciones en la comunidad con la finalidad de elevar el nivel de salud de la misma.

2.3 Conductas Promotoras de Salud

La conducta promotora de la salud, como entidad clave en el concepto de la promoción de la salud, ha recibido atención multidisciplinaria generalizada en el desarrollo de la investigación y programas. Desde el punto de vista histórico, la importancia de la conducta promotora de la salud ha evolucionado a partir de una investigación importante de las relaciones entre salud, ambiente y conducta. Un aspecto de carácter central para la conceptualización de conducta promotora de salud es la definición de ésta según el individuo. A partir del concepto dado por la OMS en 1974, han evolucionado las conductas que la promueven; así se definen como aquellas que inicia cualquier persona, en cualquier grupo de edad, para conservar e incrementar el bienestar, la auto-actualización y la satisfacción personal. Ejemplos de conductas promotoras de salud son ejercicio sistemático, actividades de placer, reposo, nutrición óptima, actividades reductoras del estrés y desarrollo de sistemas de apoyo social. Se ha definido un estilo promotor de salud como "patrón multidimensional de acciones y percepciones del propio individuo que sirven para conservar o fomentar el nivel de bienestar, auto actualización y satisfacciones de las necesidades personales. Los estudios más antiguos sobre las conductas de salud reconocidas como "protectoras" o

"preventivas" han abarcado definiciones y actividades similares las cuales se definen a manera de sinónimo como las conductas promotoras de salud (Palank,1991).

Las conductas individuales de promoción de la salud sirven para fomentar el estado de salud, con lo que se previene la ocurrencia de muchos problemas de salud frecuentes en una sociedad actual. Las prácticas y conductas más familiares de salud que la enfermera puede incluir cuando efectúa la valoración de la promoción individual de la salud son costumbres nutricionales, actividad física, asistencia del estres, auto actualización y responsabilidad en la salud (Wilhide, 1991).

Los hábitos nutricionales son un aspecto determinante de importancia de la salud óptima desde el momento de la concepción hasta la muerte. La Encuesta Nacional de Nutrición realizada en México en 1988 señala que el 14.6 por ciento de las mujeres en edad fértil (15-45 años) presentan sobrepeso . La región con más alta incidencia es la del norte con 18.3 por ciento y la más baja es la zona centro con 13.0 por ciento.

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

Puede recurrirse a la valoración de los hábitos nutricionales para que la enfermera ayude al paciente a cambiar sus hábitos y, de esta manera, se fomente su salud. Existen diversas formas para efectuar la valoración nutricional como el diario dietético. Para determinar el estado nutricional de los individuos puede utilizarse la fórmula del Índice de Masa Corporal (IMC) que resulta de la división del peso en kilogramos y la talla en

metros cuadrados. El peso ideal se puede calcular mediante la fórmula de Pemberton que toma en cuenta el sexo:

Peso ideal en hombres = (talla m)² por 22.4

Peso ideal en mujeres = (talla m)² por 20.9

La de Creff que considera la edad:
$$\text{Peso Ideal} = \frac{(\text{talla cm} - 100 \text{ edad})}{4} \text{ por } 0.9$$

- Normopeso: peso igual al ideal o superior en un 10 por ciento como máximo.
- Sobrepeso: aquel que supera el peso ideal en un 10-20 por ciento.
- Obesidad: situación en la que se supera el peso ideal en más de un 20 por ciento (Granollers y Montanoy, 1991).

La actividad física es un factor que contribuye a la condición física; además se sabe que fomenta la salud a la vez que contribuye a la prevención de enfermedades, es concebido que el ejercicio regular mejora la fuerza, el rendimiento y la flexibilidad musculares, al mismo tiempo que incrementa la capacidad muscular, reduce la ansiedad y la tensión muscular y ayuda a conservar el peso y la composición corporales normales. También resulta útil para prevenir y tratar cardiopatías, hipertensión, diabetes sacarina, osteoporosis y depresión.

En un estudio realizado en el lugar de trabajo de empleados norteamericanos en edad de 20 a 65 años por Pender (1990) encontró que al aplicar el programa promotor de salud para realizar el ejercicio físico este disminuyó durante los tres meses del desarrollo del programa a pesar del fácil acceso a las instalaciones de acondicionamiento físico dentro del lugar de trabajo. Según la OMS (1986) el ejercicio y el deporte, la nutrición y la auto responsabilidad son los tres elementos básicos del modo de vida sano.

En México se reconoce en el decenio concluido, y dentro del Plan Nacional de Desarrollo (1990-1994) la necesidad de reforzar las prácticas de deporte y ejercicio físico por considerarse estilos de vida sanos. El ejercicio comprende desde la marcha a pie hasta

cualquier actividad recreativa y tiene influencia directa en la salud. El nivel óptimo de ejercicio según Sperry (1983) es de aproximadamente tres sesiones de 20 minutos cada uno; sin embargo la American College of Sports Medicine (ACSM) recomienda ejercicios dinámicos continuos o discontinuos durante 15 a 20 minutos para empezar hasta llegar a 60 minutos, con tres frecuencias a cinco por semana para considerarlo óptimo. Puede efectuarse la valoración de la actividad física, de manera semejante a como se realiza la valoración nutricional.

Es esencial la asistencia al estrés de la vida diaria con objeto de fomentar la salud en la sociedad. El estrés, que en muchas circunstancias no puede evitarse, interfiere con la promoción de la salud y precipita numerosas enfermedades. En algún punto de la vida, un individuo o familia pueden ser objetos de muchas fuentes de estrés potencial. Estrésores múltiples pueden combinarse sinérgicamente, resultante del acúmulo de estrés. La enfermera y el cliente juntos deben calcular el nivel de estrés y entonces determinar el o los puntos apropiados para la intervención y reducir el estrés (Pender, 1987).

Las puntos primarios para la intervención en el manejo del estrés son los siguientes:

1. Minimizar la frecuencia y situaciones que inducen al estrés
2. Preparación psicológica para incrementar la resistencia del estrés
3. Contracondiciones para frustrar el psicológico resultante del estrés.

Además se dispone de muchos instrumentos para valorar la exposición a los agentes productores de tensión. Se valoran estos agentes en relación con las conductas a las que recurre el individuo y su capacidad para adaptarse. Los resultados de estas valoraciones pueden emplearse para incrementar los conocimientos del paciente sobre sus encuentros con el estrés de la vida, así como la necesidad de recibir asistencia a este respecto para promover en él un estilo de vida saludable.

El soporte interpersonal es el sentimiento subjetivo de pertenecer, de ser aceptado, amado, estimado y necesitado por uno mismo, no por lo que uno puede hacer por los otros. El soporte se provee a cualquier individuo por un grupo específico quien constituye el soporte. Un sistema de soporte social es el conjunto de contactos personales por medio del cual un individuo mantiene su identidad social, recibe apoyo emocional, asistencia material, información, servicios y hace contactos sociales nuevos. Ellos proveen seguridad para los miembros involucrados en el grupo.

La familia constituye el grupo de soporte primario. Las familias, a fin de proporcionar el apoyo apropiado, deben ser sensibles a las necesidades de los miembros, establecer una comunicación efectiva, respetar las necesidades únicas de sus miembros y establecer expectativas de ayuda mutua y asistencia. Todos los sistemas de soporte de una familia o individuo determinado son sinérgicos

La auto responsabilidad y el auto cuidado son requerimientos universales para mantener y mejorar la vida y salud. La manera en que esta tarea se realiza determina la calidad de vida experimentada y tiene un impacto importante sobre la longevidad de la vida. La educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la gente para adoptar y mantener estilos de vida saludables. La enfermera y otros profesionales ayudan a los usuarios a responsabilizarse en su cuidado de salud.

Las enfermeras profesionales tienen una responsabilidad importante en mejorar las capacidades del auto cuidado. Orem describe requisitos propios del auto cuidado: universal, de desarrollo y desviación de la salud. Las interacciones con profesionales de salud como una variable interpersonal es importante para facilitar el auto cuidado de la promoción de la salud (Pender, 1987).

2.4. Modelo de Promoción de la Salud

La promoción y protección de la salud, representa un movimiento renovador de la salud pública que, en lo principal, implica acciones educativas y regulatorias y cambios ambientales capaces de aumentar el bienestar y de modificar comportamientos y condiciones de riesgo causalmente asociados con las incidencias de las enfermedades crónicas no transmisibles: cardio y cerebrovasculares, cáncer de pulmón, diabetes, cirrosis y cáncer hepático, injuria por violencias o accidentes, intoxicaciones por metales o químicos entre otros. El conjunto de actividades que dicho enfoque comprende están inmersas en el contexto de la atención primaria de salud (Ruiz, 1989).

En la Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud, realizada en Ottawa (1986), se adopta la Carta de Ottawa por 38 países (ninguno de Latinoamérica) y representa una síntesis de los enfoques orientados tanto a las causas generales como a las específicas para la promoción de la salud. La Carta declara que "las condiciones fundamentales y los recursos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, la conservación de los recursos, justicia social y la equidad. El mejoramiento de la salud requiere un fundamento asegurado en estas premisas básicas". Por otro lado, la Carta también enfatiza la necesidad de mejorar las oportunidades para que la gente pueda tomar decisiones sanas respecto a los factores específicos al suministrar información, educación para la salud y el reforzamiento de las propias capacidades.

La Carta de Ottawa define la promoción de la salud muy ampliamente como "el proceso de permitir a la gente aumentar su control sobre su salud y por lo tanto mejorarla" (1986)

2.4.1 Conceptos principales del Modelo de Promoción de la Salud de Pender

El modelo de Promoción de la Salud (MSP, 1987) es derivada de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1975), la cual enfatiza la importancia de los procesos cognoscitivos en la regulación de la conducta. Estructuralmente, el MPS está organizado similarmente al Modelo de Creencias de Salud de Rosenstock. El Modelo está basado en una síntesis de los resultados de estudios de investigaciones de la promoción de la salud y conductas de bienestar y posee tres importantes funciones:

1. Introducir orden entre los conceptos que podrían explicar la ocurrencia de una conducta promotora de salud.
2. Proveer un contexto para la derivación de hipótesis a ser probadas empíricamente.
3. Integrar los hallazgos de investigaciones desconectadas dentro de un patrón coherente.

Este modelo de promoción de la salud (MPS) de Pender (1987) aún es de tipo exploratorio, la extensión que posee para explicar los patrones de estilos de vida o las conductas específicas de promoción de la salud, aunque se cuenta con apoyo empírico para muchas de las variables. Según dicho modelo, la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo promotor de la salud depende de la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales del individuo, de factores modificantes y de indicios para la acción.

FACTORES COGNOSCITIVOS Y PERCEPTUALES.

a) DEFINICIÓN DE SALUD.

Se ha observado que la definición de salud que adoptan las personas influye en su participación en las prácticas comunes promotoras de salud. Smith (1983) identificó cuatro modelos de concepción de la salud característicos de las culturas populares. Cada modelo se define en función del continuum entre salud y enfermedad que representa: 1) modelo clínico, es decir, ausencia o presencia de enfermedad, 2) modelo de ejecución de

papeles, que es la ejecución de los papeles sociales o el fracaso a esta ejecución; 3) modelo adaptativo, relacionado con la adaptación al ambiente o el aislamiento del mismo y 4) modelo eudemonístico, esto es, de bienestar exuberante o debilidad y languidez.

Laffrey (1985) sometió a prueba un cuestionario para medir las concepciones de salud entre adultos de peso normal y pasados de peso. Los resultados indicaron que quienes tenían una concepción eudemonística de la salud practicaban principalmente actividades promotoras de la misma, en tanto que aquellos que poseían una concepción clínica realizaban un número mucho mayor de conductas preventivas de las enfermedades. Los "recidivistas" del tabaquismo han informado que consideran la salud sólo como ausencia de la enfermedad. Por tanto, sobre las conductas singulares influyen la concepción de la salud lo mismo que la importancia de ésta.

b) IMPORTANCIA DE LA SALUD.

El valor de la salud o la importancia de ésta para el individuo parece influir también sobre la iniciación y conservación de una conducta promotora de salud. Los investigadores del *Stanford Research Institute Study of Values and Lifestyles* informa que algunas personas practican una conducta promotora de salud porque, a su juicio, la importancia de ésta se relaciona con el aspecto externo o incluso con las ganancias materiales, en tanto que otros se preocupan más por los aspectos sociales y ambientales. Además se ha identificado la importancia de la salud como un factor que influye en la conducta preventiva protectora, en la utilización de los servicios de salud y en las conductas que buscan información sobre ésta. Las conductas específicas estudiadas en relación con el valor de la salud han demostrado con claridad que éste es un aspecto determinante para iniciar la conducta, entre las cuales se encuentran la actividad física, el manejo del estrés, la nutrición, la auto-actualización y la responsabilidad en la salud.

c) ESTADO DE SALUD PERCIBIDO.

La percepciones de la salud adecuada se han correlacionado de manera positiva con índices de estilo de vida promotores de la salud, intenciones para participar en las actividades en el sitio de trabajo y conductas singulares. Duffy (1988) demostró que el estado de salud actual era un aspecto de predicción de las subescalas de actividad de autoactualización, apoyo interpersonal y ejercicio. Las personas con salud adecuada, que además creen en su propia capacidad para conservar o mejorar su salud, pueden experimentar una combinación correcta de factores motivacionales para efectuar cambios dirigidos en su conducta.

d) CONTROL PERCIBIDO.

El locus (sitio) de control, según la teoría del aprendizaje social de Rotter, ha recibido la máxima atención en las investigaciones de la influencia del control percibido sobre la conducta promotora de la salud. Como resultado, la multidimensionalidad del concepto de locus se ha vuelto operativo en relación con la salud. El locus de control de la salud (HLC) representa un continuum, con el locus de salud interno (IHLC) en un extremo y, en el otro, el locus de control externo, el cual se divide en : 1) de otros poderosos (PHCL) y 2) al azar (CHCL). Estas percepciones representan las creencias de las personas de que los resultados o los refuerzos se encuentran bajo el control de los individuos o dependen de fuerzas exteriores. Sin embargo, el HCL sólo permite predecir la conducta de salud en quienes valoran mucho esta última, así en diversos estudios se concluye que el impacto del HLC es específico de actividad con respecto al valor y a las medidas de control.

e) AUTOEFICACIA PERCIBIDA.

La autoeficacia como factor personal que influye en la conducta, se refiere a la convicción de que la persona puede ejecutar con buenos resultados la conducta específica

necesaria para producir un resultado deseado. Por tanto, este concepto reconoce capacidades y fuerzas personales específicas.

f) BENEFICIOS PERCIBIDOS.

Son manifiestas las percepciones individuales de los beneficios de las conductas promotoras de salud; sin embargo, en la investigación del estilo de vida no es tan evidente la influencia directa de estos beneficios sobre la iniciación, la conservación o ambas, de tales conductas. Aunque conocer los beneficios directos de la conducta saludable puede influir en las actividades, las experiencias pasadas influyen a su vez en el incremento de las percepciones de los posibles beneficios.

g) BARRERAS PERCIBIDAS.

En el MPS las barreras percibidas para las conductas promotoras de la salud se ha identificado en común, el factor cognoscitivo y perceptual que influye en el intento de enfrascarse en dichas conductas. Tales barreras pueden ser imaginarias o reales, y consisten en percepciones sobre uno mismo o sobre factores situacionales y ambientales.

FACTORES MODIFICADORES

a) FACTORES DEMOGRÁFICOS.

En la investigación de la conducta de salud se han estudiado con amplitud características demográficas como edad, raza, género, etnicidad, educación e ingresos. Requiere atención la influencia de estas variables en la conducta promotora de la salud porque puede servir como enlace para comprender las diferencias de las conductas entre individuos y grupos. El estado socioeconómico y sus subescalas (educación, ingresos y trabajo) se han relacionado con la conducta promotora de salud independientemente de cada una. Cuanto más elevado resulta el nivel de educación y los ingresos del individuo, más probable será que participe en diferentes conductas de salud. Se ha informado

también que las diferencias de edad influyen en la conducta promotora de la salud.

Diversos estudios señalan relaciones positivas entre la edad y la conducta.

b) CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS.

Se han añadido recientemente las características biológicas en el modelo propuesto por Pender. Los factores biológicos, podrían incluir aquellos como peso, grasa corporal y estatura. Sin embargo dista mucho de ser concluyente el efecto de las características biológicas sobre la conducta.

c) INFLUENCIAS INTERPERSONALES.

Los factores interpersonales que se considera influyen en la conducta promotora de la salud son las esperanzas de otras personas importantes, los patrones familiares de cuidados de salud y las interacciones con los profesionales de la salud. Aunque todos estos factores reciben apoyo empírico como factores modificadores, el aspecto más manifiesto entre ellos parece ser el "apoyo social" percibido. Las distintas formas de esta variable, pueden ser 1) comunicación de las esperanzas y afecto positivo entre las personas 2) sensación de pertenencia y 3) reciprocidad(dar y recibir). Estos aspectos constituyen el aspecto funcional del apoyo social. Además este último incluye un componente estructural. Las características estructurales del apoyo social son 1) sitio en que vive la persona 2) frecuencia de los contactos sociales y 3) participaciones en las actividades de grupo con las estructuras sociales.

d) FACTORES SITUACIONALES.

Pender propuso que los factores situacionales o ambientales influyen en las decisiones relacionadas con la conducta promotora de la salud. Estos factores consisten en la disponibilidad de opciones o facilidad del acceso a las alternativas. Las opciones disponibles de mayor importancia son sitio de trabajo y programas de promoción de la

salud de la comunidad. Los factores situacionales pueden modificar de manera indirecta la conducta través de las percepciones individuales.

e) FACTORES DE LA CONDUCTA.

Se ha propuesto que los factores de la conducta, como experiencias pasadas con las opciones y establecimiento de capacidades, influyen en las elecciones por medio de mecanismos cognoscitivos y perceptuales que, a su vez, afectan directamente la acción. Se ha demostrado que las experiencias pasadas y la participación concurrente en otras prácticas de salud influyen en la participación en nuevas actividades.

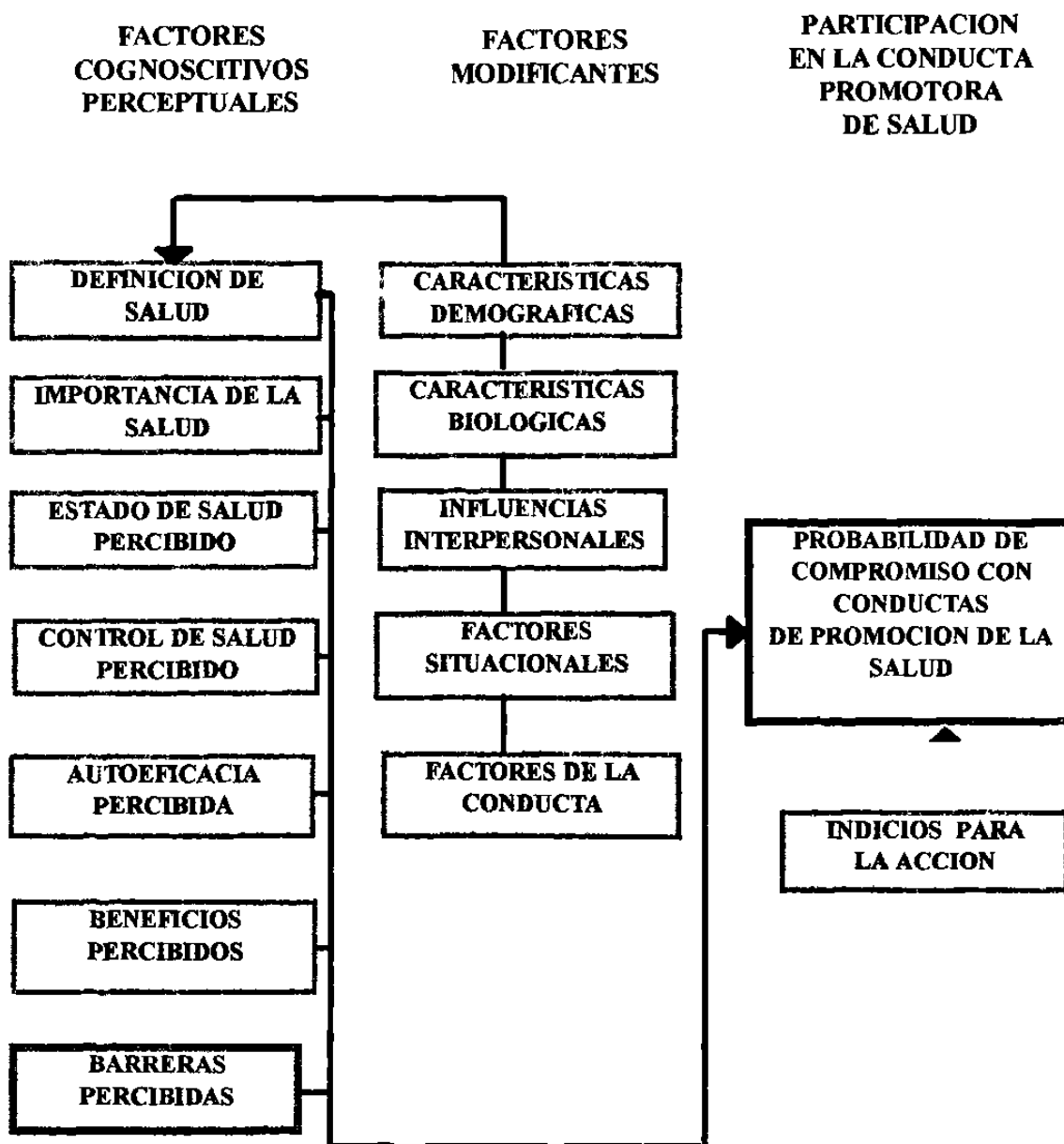
INDICIOS PARA LA ACCIÓN Y LA PROBABILIDAD DE LA CONDUCTA.

Pender identificó los indicios de acción como aspectos que influyen de manera directa sobre la probabilidad de participar en la conducta promotora de la salud. Estos indicios pueden medirse de modo interno o provenir del exterior y hacer que una persona pase desde la fase de toma de decisiones hasta la fase de acción. La intensidad del indicio necesario para desencadenar la acción depende del nivel de destreza del individuo. Estos indicios incluyen percepción de la persona, consejo de otros y medios masivos de difusión.

La influencia de los medios masivos de difusión que afecta las conductas de salud es mucho más penetrante de lo que parece. Aunque los tópicos sobre la salud en los medios de difusión pueden ser precisos, objetivos y oportunos, es dudoso el influjo de estos indicios en comparación con la cantidad de programas que reflejan mensajes negativos (Ver Esquema 1).

ESQUEMA I

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



CAPITULO III

METODOLOGÍA

El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo (Polit, 1994). Se utilizaron los instrumentos: Escala de perfil del estilo de vida elaborado por Pender, Walker y Sechrist (1985) en su versión en español, una Escala adaptada de los estilos de vida de la familia dirigida a madres y una cédula de entrevista acerca de las creencias maternas en acciones de promoción de la salud, los cuales fueron elaborados por el autor de la presente investigación. El tiempo estimado para la realización de la presente investigación fue de 12 meses.

3.1 Sujetos

El universo del estudio estuvo conformado por las madres de familia que pertenecen a la clase social marginal y a la clase social alta del municipio de Guadalupe, N.L. Para lo cual se seleccionaron los AGEBS ya clasificados por clase social marginal y alta según el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI). Los AGEBS de la clase social marginal son siete con 286 manzanas en total y el de la clase social alta es uno con 15 manzanas en total.

El muestreo fue estratificado irrestricto aleatorio, tomando como unidades de observación las manzanas correspondientes en cada AGEB (Polit, 1994),

Se seleccionó una muestra de 73 manzanas de la clase social marginal y 15 manzanas de la clase social alta, se seleccionaron 3 viviendas de cada manzana , y se aplicaron los

instrumentos correspondientes. La muestra total estuvo conformada por 45 mujeres de clase social alta y 210 mujeres de clase social marginal, ya que algunas manzanas de esta clase correspondieron a parques e iglesias.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Mujeres madres de familia
- Edad de 15 a 50 años
- Con compañero permanente
- Que tengan al menos un hijo
- Que sean familias nucleares
- Que sepan leer
- Que autorizen su participación voluntaria

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Mujeres que no sean madres de familia
- Mujeres menores de 15 años y mujeres mayores de 50 años
- Sin compañero permanente
- Que no tengan hijos
- Que no sean familias nucleares
- Que no sepan leer

3.2 Material

Recursos

Humanos:

- El investigador
- El asesor de investigación

- El asesor estadístico
- Dos pasantes de licenciatura en enfermería

Materiales:

- Material bibliográfico
- Material de oficina
- Material audiovisual
- Material de trabajo de campo
- Viáticos y pasajes
- Equipo de cómputo
- Equipo fotográfico

Se utilizó el instrumento Escala de perfil de estilos de vida (EPEVM) en su versión español, para lo cual se solicitó la autorización de los autores Pender, Walker y Sechrist (1985). El instrumento (ver Apéndice A) tiene una escala de 48 ítems; estos ítems están divididos en seis subescalas. La primera corresponde a autoactualización que tiene 13 ítems, los cuales son el 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 y 48. La segunda subescala es responsabilidad en salud y a ésta le corresponde 10 ítems los cuales son: 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43 y 46. La tercera subescala es ejercicio que tiene cinco ítems, los cuales son 4, 13, 22, 30 y 38. La cuarta subescala corresponde a nutrición que tiene seis ítems, los cuales son 1, 5, 14, 19, 26 y 35. La quinta subescala es soporte interpersonal que tiene siete ítems, los cuales son 10, 18, 24, 25, 31, 39 y 47. La sexta subescala es el manejo de estrés que tiene cinco ítems, los cuales son 6, 11, 27, 36 y 40.

El segundo instrumento (ver Apéndice B) a utilizado fue la escala de perfil de estilos de vida de la familia dirigido a las madres (EPEVF), el cual fue adaptado por la autora de la presente investigación, mediante la operacionalización de las variables, en base al modelo de promoción de la salud y al marco teórico utilizado. Este instrumento consta de

23 ítems, estos están divididos en cinco subescalas. La primera subescala es la auto actualización que le corresponde ocho ítems, los cuales son 3, 5, 8, 18, 19, 20, 21 y 22. La segunda subescala es responsabilidad en salud y a ésta le corresponde seis ítems los cuales son: 2, 4, 9, 13, 16 y 17. La tercera subescala es ejercicio que tiene tres ítems, los cuales son 10, 14 y 23. La cuarta subescala corresponde a nutrición que tiene tres ítems, los cuales son 1, 7 y 12. La quinta subescala es soporte interpersonal que tiene tres ítems, los cuales son 6, 11 y 15.

El tercer instrumento (ver Apéndice C) que se aplicó fue una cédula de entrevista acerca de las creencias maternas en acciones de promoción de la salud (CMAPS), realizado por la autora de la investigación, con su respectivo instructivo. Esta cédula contiene 32 ítems que indagan los factores cognoscitivos y perceptuales, factores modificantes e indicios de acción de las mujeres (Ver Apéndice D)

3.3 Procedimiento

Se llevó a cabo la prueba piloto el cual estuvo conformada por 10 mujeres de la clase social alta y 10 mujeres de la clase social marginal; se efectuó la reestructuración de los instrumentos adaptados por el autor. Se entrenaron a dos pasantes de licenciatura en enfermería las cuales tenían experiencia en la aplicación de entrevistas, estas aplicaron los instrumentos en las mujeres de clase social marginal. El investigador aplicó los instrumentos en las mujeres de la clase social alta, las cuales al principio se mostraron un poco resistentes a la entrevistas, en ocasiones se tuvo que regresar hasta dos veces para que aceptaran la entrevista, a las mujeres que no se encontraban se eliminaron del estudio después de tres visitas consecutivas.

Para la aplicación de las escalas de perfil de estilos de vida se llevó un tiempo aproximado de siete minutos para cada una de ellas y para la aplicación de la cédula de entrevista acerca de las creencias maternas en acciones de promoción de la salud se llevó

un tiempo aproximado de 25 minutos. En el primer contacto con las mujeres se estableció una relación de empatía para obtener una mejor disposición para cooperar en la contestación de los instrumentos.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SAS (Statistic Analysis System), el cual arrojó datos descriptivos, listados de frecuencias y tablas de correlación. Para el análisis se utilizaron los estadísticos, tales como correlación de Pearson para conocer el grado de asociación de las variables de los estilos de vida tanto de la mujer como de la familia, análisis de varianza, chi cuadrada y el coeficiente de Cronbach Alfa para conocer la congruencia interna de los instrumentos B y C. La presentación de los resultados se realizó por medio de figuras y cuadros utilizando el programa Microsoft Excel 4.0 y tablas de contingencia (Cañedo, 1987).

3.4 Ética del estudio

El presente proyecto de investigación se clasificó como de riesgo mínimo ya que se pesó y medió a los sujetos de estudio, como lo señala el título segundo, capítulo primero, artículo 17, fracción segunda del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

A los sujetos de estudio se les solicitó su participación voluntaria, explicándoles ampliamente el objetivo de la investigación; de igual forma se les garantizó el anonimato y se dejó en libertad de retirarse del estudio en el momento que lo deseen. Aplicando de esta forma el título segundo, capítulo I, artículo 21 fracción I, II, VI, VII y VIII de la Ley General de Salud en materia de Investigación, en donde se señala que para el consentimiento informado se considere, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos sobre los siguientes puntos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación

II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad.

Así mismo se les garantizó la confidencialidad de los datos. Al mismo tiempo se dio orientación a las mujeres de los Estilos de vida y se les dejaron trípticos alusivos a los estilos de vida a la familia.

CAPITULO IV

RESULTADOS

La presentación de los resultados se realiza según los datos obtenidos al aplicar los instrumentos de recolección a 210 mujeres madres de familia del estrato socioeconómico marginal y a 45 mujeres madres de familia del estrato socioeconómico alto.

Se presentan los datos descriptivos de Creencias Maternas en Acciones de Promoción de la Salud” y posteriormente del “Perfil de estilos de vida de la madre y de la Familia”. Así mismo se reportan los resultados de las correlaciones entre las variables estudiadas.

CUADRO 1

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES DE GUADALUPE N.L.

	MUJERES ESTRATO MARGINAL	MUJERES ESTRATO ALTO	TOTAL
EDAD			
15 a 30 años	107	18	125
31 a 50 años	103	27	130
ESCOLARIDAD			
< Primaria	68	0	68
Después de Primaria	142	0	142
Est. Superiores	0	45	45
OCUPACION			
Hogar	205	33	238
Comercio	5	2	7
Profesional	0	10	10

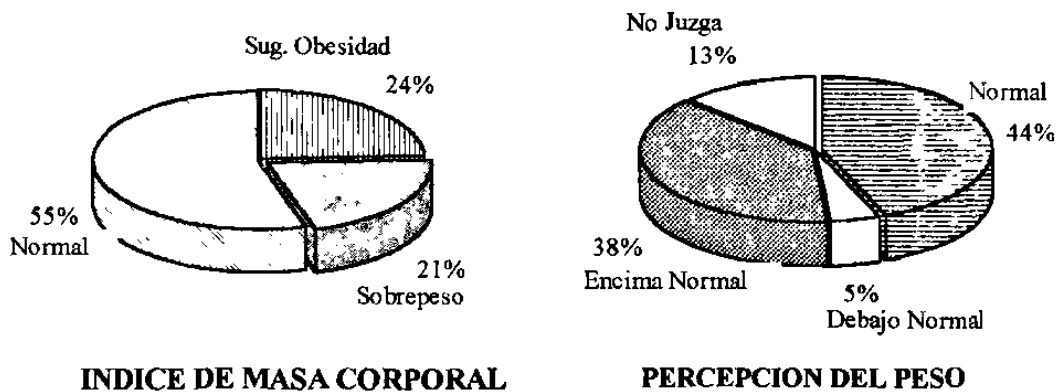
Fuente: CMAPS, 1995.

N=255

En relación a las características demográficas de las mujeres de 15 a 50 años de Guadalupe, N.L. , se destaca que las mujeres de estrato socioeconómico alto poseen mayor nivel de escolaridad, pero predominando en ambos grupos la ocupación de ama de casa. Así mismo la edad de mayor frecuencia en ambos grupos es la de 31 a 50 años.

FIGURA 1

**INDICE DE MASA CORPORAL Y PERCEPCION DEL PESO
DE LAS MUJERES GUADALUPE, N.L.**



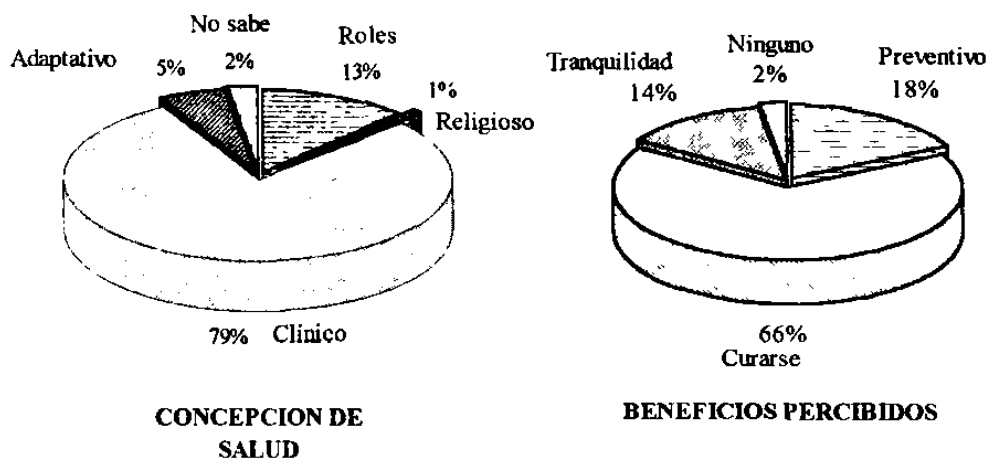
Fuente:CMAPS, 1995.

N=255

En relación al Índice de Masa Corporal y el Peso percibido por las mujeres de 15 a 50 años de Guadalupe, N.L., se puede apreciar que existe una correspondencia en la mayoría de ellas en la forma en que percibe su peso y su índice de masa corporal real.

FIGURA 2

**CONCEPCION DE SALUD Y BENEFICIOS PERCIBIDOS
DE LAS MUJERES DE GUADALUPE. N.L.**



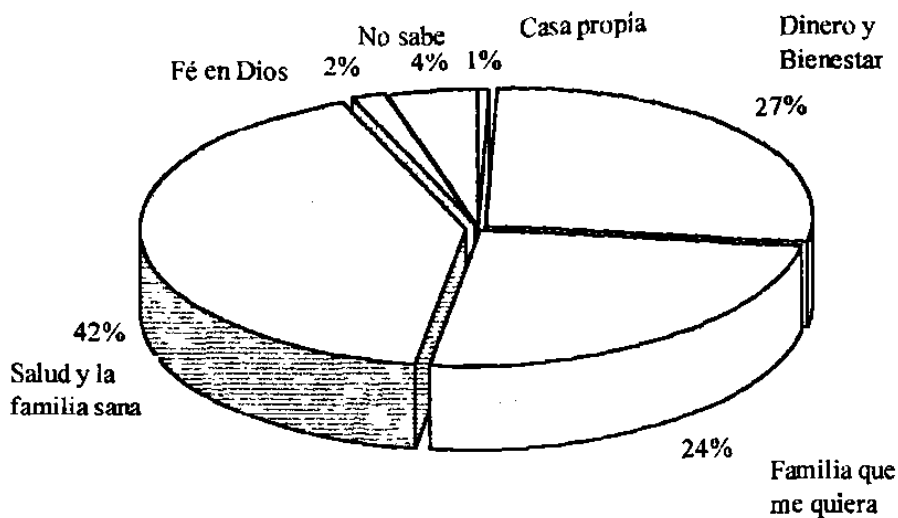
Fuente:CMAPS, 1995.

N=255

En relación al concepto de salud y beneficios que perciben las mujeres de 15 a 50 años de edad de Guadalupe, N.L., se observa que la mayoría de ellas poseen un enfoque clínico de la salud el cual corresponde con los beneficios que obtienen cuando atienden su salud.

FIGURA 3

**VALORES IMPORTANTES DE LAS MUJERES DE
DE GUADALUPE, N.L.**

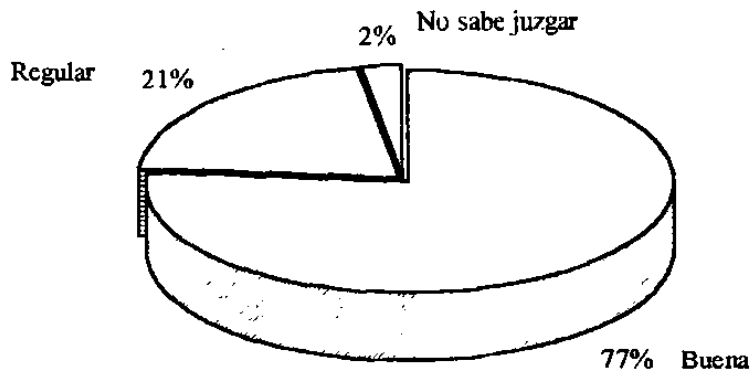


Fuente: CMAPS, 1995.

N=255

En relación a la importancia que otorgan las mujeres a la salud, se destaca que el enfoque continua siendo clínico, quedando en primer lugar como valor la salud y que la familia esté sana.

FIGURA 4
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO POR LAS
MUJERES DE GUADALUPE, N. L.

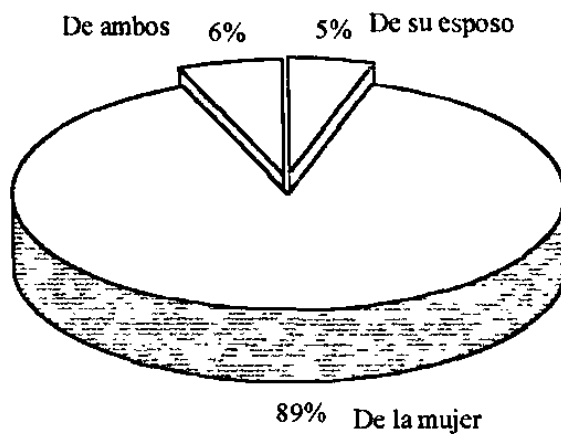


Fuente: CMAPS, 1995.

N=255

En relación al estado de salud percibido por las mujeres de 15 a 50 años de Guadalupe, N.L.; se aprecia que un 77 por ciento de ellas percibe su salud como buena.

FIGURA 5
RESPONSABILIDAD EN SALUD DE LAS MUJERES
DE GUADALUPE, N.L.



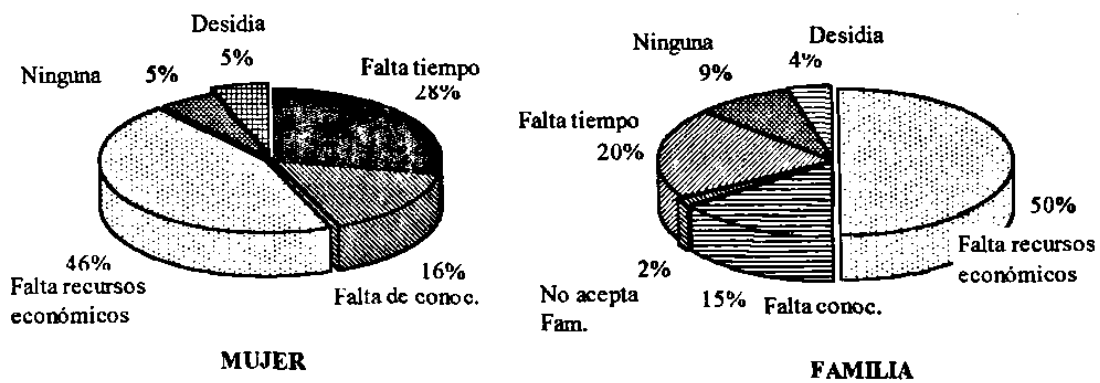
Fuente: CMAPS, 1995.

N=255

En cuanto a la autoeficacia percibida se tomó en cuenta la responsabilidad de la salud de la mujer, respondiendo un 89 por ciento que ellas son responsables de su propia salud.

FIGURA 6

**BARRERAS PERCIBIDAS POR LAS MUJERES Y SUS FAMILIAS
PARA ACCIONES DE SALUD DE GUADALUPE N.L.**



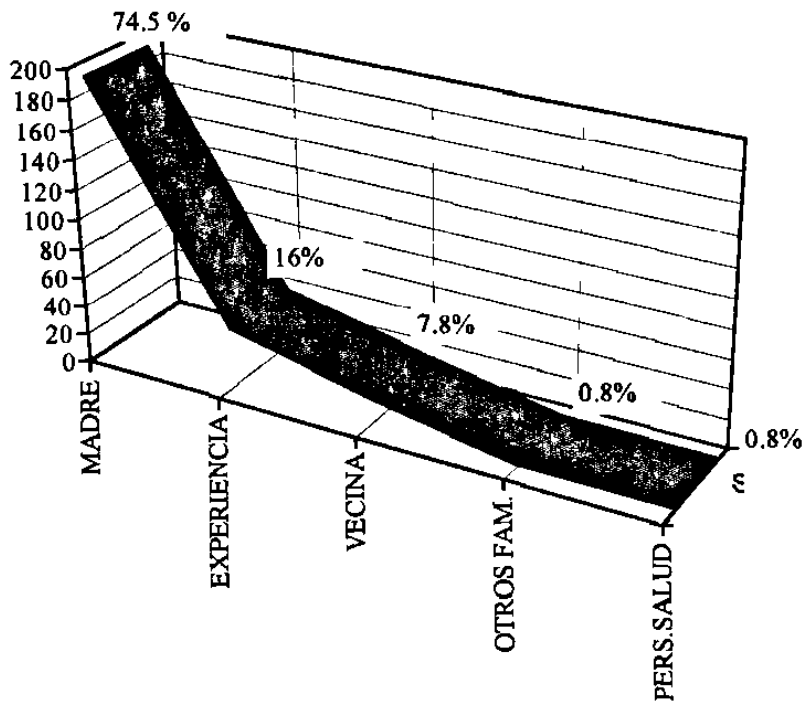
Fuente: CMAPS, 1995.

N=255

En cuanto a las barreras que percibe la mujer para llevar a cabo acciones de salud para su propia persona y para su familia, se aprecia que en ambas situaciones la principal barrera percibida es la falta de recursos económicos

FIGURA 7

**PERSONAS DE QUIENES APRENDIERON CUIDADOS
DE SALUD LAS MUJERES DE GUADALUPE, N.L.**



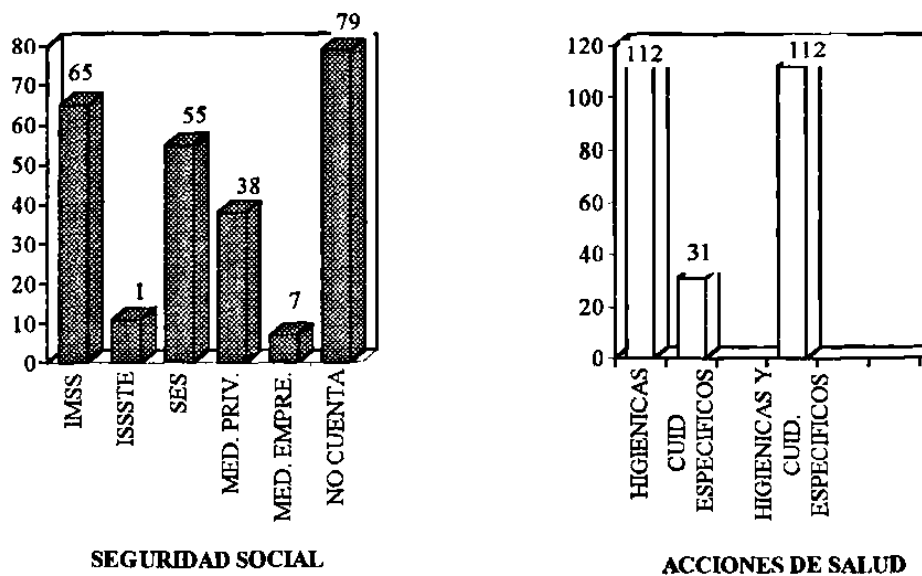
Fuente:CMAPS, 1995.

N=255

En relación a las influencias interpersonales, se tomó en cuenta la familia. Se destaca que la madre influyó 74.5 por ciento de las mujeres para la adquisición de los conocimientos en cuanto a salud.

FIGURA 8

**ACCIONES DE SALUD PARA EL CUIDADO DE LOS HIJOS
Y TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS
MUJERES DE GUADALUPE, N.L.**



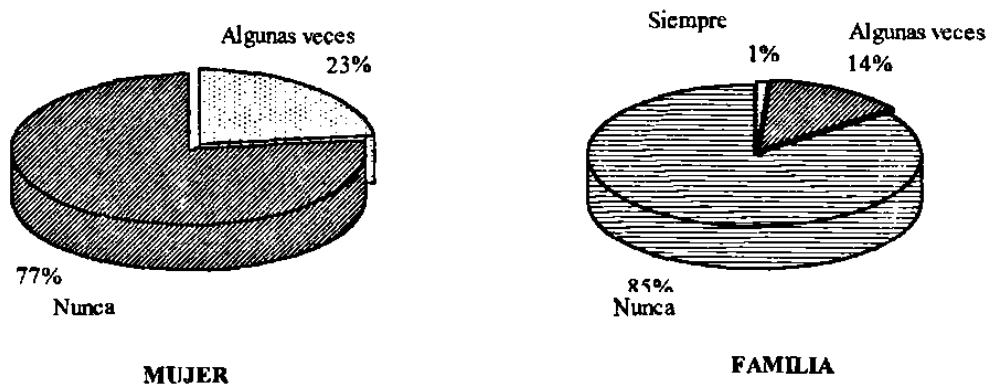
Fuente: CMAPS, 1995.

N=255

En cuanto a factores situacionales, se destaca el hecho que 224 (88 por ciento) de las mujeres llevan acabo acciones de salud principalmente de tipo higiénicas y cuidados específicos. Así mismo 79 mujeres no cuentan con nignun tipo de seguridad social y 65 pertenecen al IMSS

FIGURA 9

**PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE SALUD DE LAS
MUJERES Y SUS FAMILIAS DE GUADALUPE, N.L.**



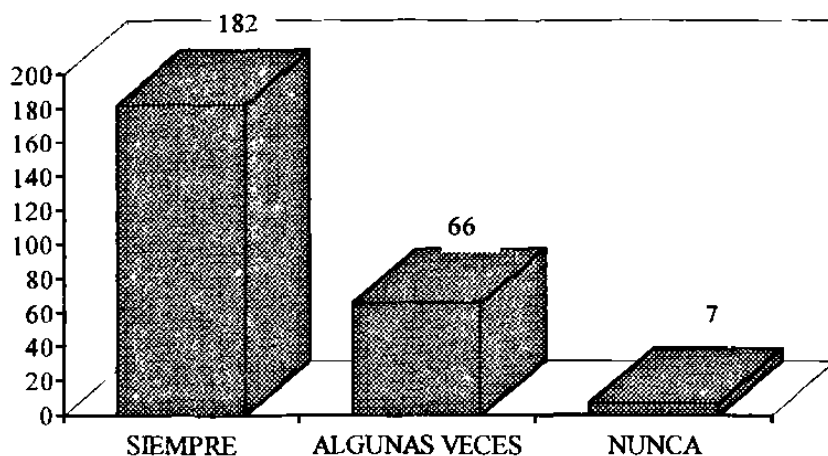
Fuente: CMAPS. 1995.

N=255

En relación a los factores de la conducta, se tomó en cuenta la participación de la mujer y de su familia en programas de salud, destacándose en ambas situaciones que la gran mayoría de ellas y su familia nunca han participado en algún programa de salud.

FIGURA 10

**OPINION SOBRE LA UTILIDAD DE LOS MENSAJES
DE SALUD TELEVISIVOS Y DE RADIO PARA
LAS MUJERES DE GUADALUPE. N.L.**



Fuente: CMAPS; 1995

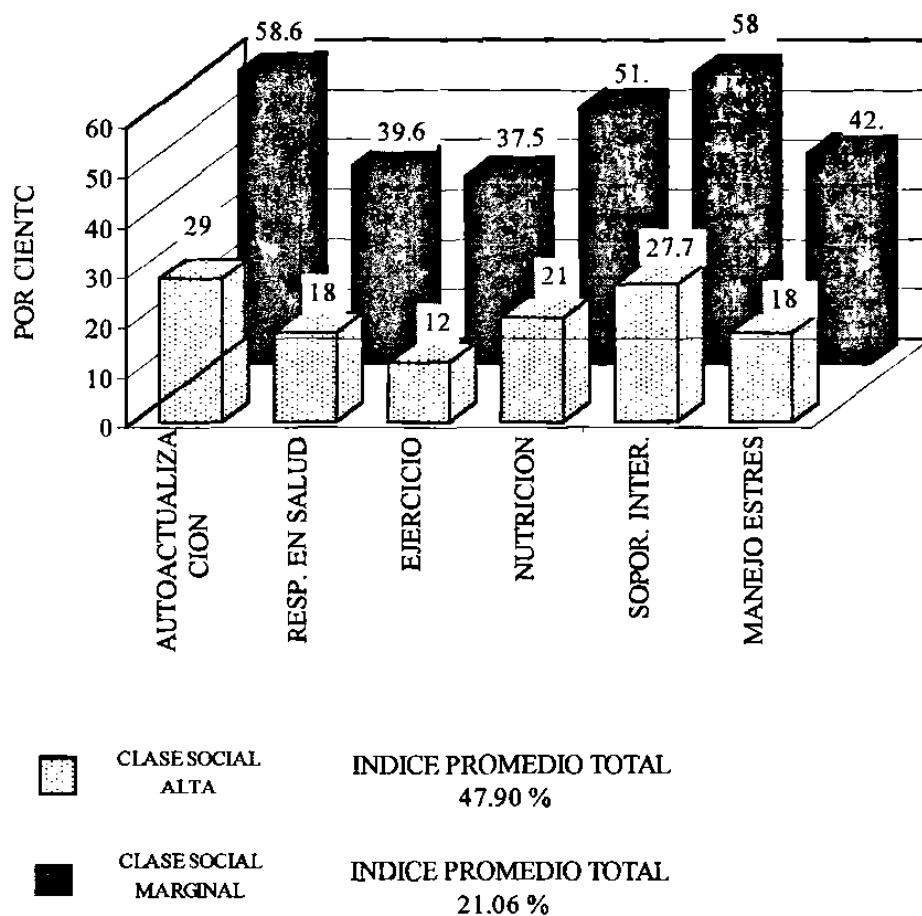
N=255

En relación a los indicios de acción que contempla la utilidad de los mensajes televisivos y de radio, 182 mujeres (71.4 por ciento) opinaron que siempre son útiles.

A continuación se presentan de manera descriptiva los estilos de vida que llevan a cabo las mujeres y sus familias, los cuales se clasificaron en base al estrato socioeconómico para destacar las diferencias en ambos grupos. La ponderación de los instrumentos que miden el Perfil de Estilos de Vida, se clasificaron en cuatro categorías Deficiente el cual le corresponde el 25 por ciento de la escala total, Regular, que le corresponde el 50 por ciento, Bueno que le corresponde el 75 por ciento y Excelente que le corresponde el 100 por ciento; obteniéndose un índice promedio para cada uno de los estilos de vida.

FIGURA 11

INDICE PROMEDIO DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LAS MUJERES DE CLASE SOCIAL ALTA Y MARGINAL DE GUADALUPE, N.L.



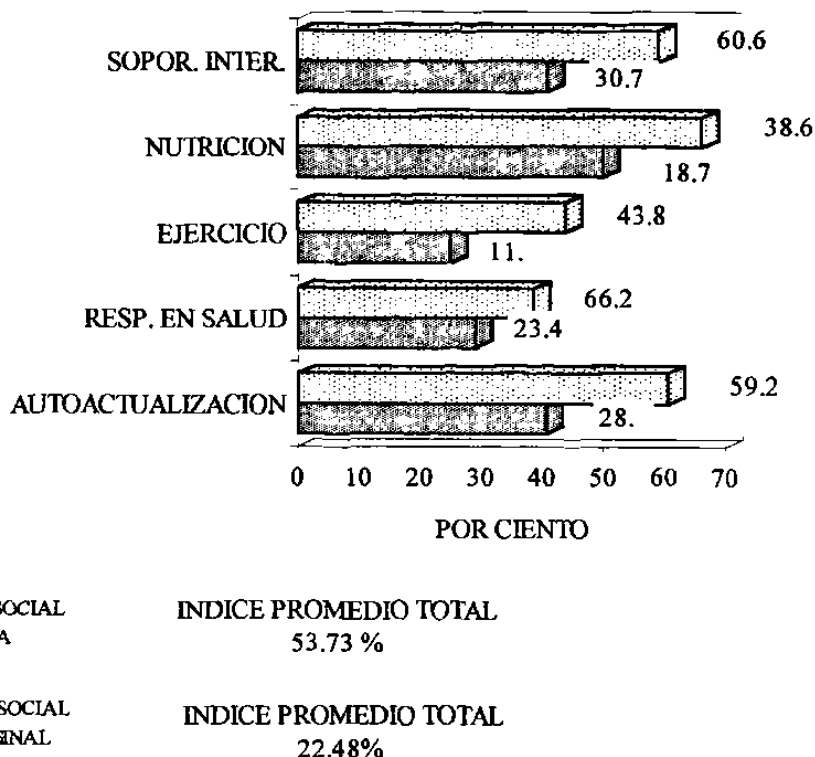
Fuente: EPEVM, 1995.

N=255

En relación a los seis estilos de vida que practican las mujeres de ambos estratos socioeconómicos, se destaca que las mujeres de estrato socioeconómico alto obtuvieron un índice promedio más alto que las mujeres de estrato socioeconómico marginal, ejercitando de una manera regular y buena cada estilo de vida. A diferencia de las mujeres del estrato socioeconómico marginal, las cuales lo practican de manera regular y deficiente.

FIGURA 12

**INDICE PROMEDIO DE LOS ESTILOS DE VIDA
DE LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES DE
CLASE SOCIAL ALTA Y MARGINAL
DE GUADALUPE, N.L.**



Fuente: EPEVF, 1995.

N=255

En cuanto a los cinco estilos de vida de la familia, se destaca que las que corresponden al estrato socioeconómico alto obtuvieron un índice promedio mayor que las del estrato socioeconómico marginal, ejercitando de una manera regular y buena cada estilo de vida. A diferencia de las familias del estrato marginal las cuales lo practican de manera regular y deficiente.

A continuación se presentan los datos referentes a la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio.

CUADRO 2

**CONGRUENCIA INTERNA OBTENIDA EN LAS ESCALAS DEL
ESTILO DE VIDA DE LA MADRE Y LA FAMILIA**

<i>VARIABLE</i>	<i>ITEMS</i>	<i>MADRE</i>	<i>ITEMS</i>	<i>FAMILIA</i>
		ALFA CRONBACH		
AUTOACTUALIZACION	13	0.94	8	0.91
RESPONSABILIDAD EN SALUD	10	0.85	6	0.79
EJERCICIO	5	0.82	3	0.76
NUTRICION	6	0.85	3	0.82
SOPORTE INTERPERSONAL	7	0.89	3	0.83
MANEJO DEL ESTRES	7	0.85		*
ESCALA TOTAL		0.94		0.93

Fuente: EPEVM y EPEVF, 1995.

N=255

* Estilo de vida suprimido en la familia

El coeficiente de Alfa de Cronbach para cada uno de los estilos de vida de la madre tuvo un rango de 0.82 a 0.94. La escala total obtuvo un alfa de Cronbach de 0.94.

En relación al coeficiente del Alfa Cronbach para cada uno de los estilos de vida de la familia, se obtuvo un rango de 0.76 a 0.91 y para la escala total se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.93.

Las asociaciones entre los indicadores de los estilos de vida se presentan en coeficientes de correlación de Pearson (r), que corresponden a las variables tanto de la mujer como de la familia.

CUADRO 3

**CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL
ESTILO DE VIDA AUTOACTUALIZACION DE LAS
MUJERES DE GUADALUPE, N.L.**

AUTOACTUALIZACION													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. QUERER A MI MISMA	1	0.366	0.342	0.563	0.527	0.48	0.5283	0.481	0.42	0.389	0.453	0.44	0.499
2. SER ENTUSIASTA Y OPTIMISTA	0.366	1	0.545	0.555	0.533	0.44	0.5636	0.636	0.48	0.604	0.506	0.646	0.621
3. CREER ESTOY CRECIENDO	0.342	0.545	1	0.531	0.523	0.49	0.4719	0.527	0.41	0.494	0.561	0.467	0.498
4. SENTIRME FELIZ Y CONTENTO	0.563	0.555	0.531	1	0.521	0.54	0.6656	0.592	0.62	0.588	0.573	0.593	0.608
5. CONSCIENTE DE CAP. Y DEB.	0.528	0.533	0.523	0.521	1	0.69	0.5864	0.555	0.58	0.631	0.489	0.53	0.554
6. TRABAJAR EN APOYO DE MI	0.482	0.439	0.49	0.537	0.689	1	0.5719	0.47	0.64	0.538	0.437	0.511	0.518
7. MIRAR HACIA EL FUTURO	0.528	0.564	0.472	0.666	0.586	0.57	1	0.675	0.52	0.639	0.596	0.638	0.684
8. SER CONSCIENTE IMPOR. EN	0.481	0.636	0.527	0.592	0.555	0.47	0.6752	1	0.53	0.569	0.666	0.623	0.696
9. RESPETAR PROPIOS EXITOS	0.422	0.48	0.412	0.662	0.584	0.64	0.522	0.527	1	0.618	0.559	0.596	0.443
10. VER CADA DIA INTERESANTE	0.389	0.604	0.494	0.588	0.631	0.54	0.6388	0.569	0.62	1	0.576	0.712	0.587
11. ENCONTRAR AGRADO	0.453	0.506	0.561	0.573	0.489	0.44	0.5964	0.666	0.56	0.576	1	0.67	0.601
12. REALISTA EN METAS	0.44	0.646	0.467	0.593	0.53	0.51	0.6383	0.623	0.6	0.712	0.67	1	0.64
13. CREER QUE MI VIDA TIENE	0.499	0.621	0.498	0.608	0.554	0.52	0.6843	0.696	0.44	0.587	0.601	0.64	1

Fuente: EPEVM, 1995.

N=255

En relación a la estilo de vida Autoactualización, se observó una rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.34 a 0.71, es decir de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada, con una significancia de .00. El estilo de vida que obtuvo mayor puntuación fue " Mirar hacia el futuro".

CUADRO 4

**CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES
DEL ESTILO DE VIDA RESPONSABILIDAD EN SALUD
DE LAS MUJERES DE GUADALUPE, N.L.**

RESPONSABILIDAD EN SALUD										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. RELATA A MED. SIN. EXTRAÑO	1	0.48285	0.2663	0.5436	0.59166	0.2908	0.09483	0.3788	0.46	0.4042
2. SABE NIVEL COLES. SANGRE	0.4829	1	0.27957	0.4614	0.40624	0.4177	0.20094	0.3109	0.444	0.4144
3. LEE LIBROS DE PS.	0.2663	0.27957	1	0.3338	0.34176	0.3255	0.31867	0.3519	0.28	0.5159
4. BUSCA OTRA OPINION C/MEDICO	0.5436	0.46138	0.33379	1	0.47943	0.3787	0.20973	0.4338	0.404	0.4717
5. DISCUTE CON PROF.	0.5917	0.40624	0.34176	0.4794	1	0.271	0.12478	0.4776	0.432	0.3886
6. EVIJA PRESION SANGRE	0.2908	0.41774	0.3255	0.3787	0.27096	1	0.33452	0.3885	0.479	0.4296
7. ASISTE PROG. EDUC.	0.09483	0.20094	0.31867	0.2097	0.12478	0.3345	1	0.2897	0.136	0.3315
8. PERDIER. INF. A PROF. DE SALUD	0.3788	0.31091	0.35189	0.4338	0.47762	0.3885	0.2897	1	0.435	0.4024
9. OBSERVA C/MES SU CUERPO	0.4597	0.44418	0.27982	0.4038	0.43219	0.4787	0.13578	0.4349	1	0.4433
10. ASISTE PROG. EDUC. CUID. SALUD.	0.4042	0.41419	0.51585	0.4717	0.38857	0.4296	0.33153	0.4024	0.443	1

Fuente: EPEVM, 1995

N=255

En el estilo de vida responsabilidad en Salud, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.12 a 0.59, es decir de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada, con una significancia de .00. El estilo de vida que obtuvo mayor puntuación fue "Asistir a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal"(ASISTE PROGR. EDUC. CUID. SALUD)

CUADRO 5

CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL ESTILO DE VIDA EJERCICIO DE LAS MUJERES DE GUADALUPE. N.L.

<i>EJERCICIO</i>					
	1	2	3	4	5
1.HACER EJERCICIO PARA	1	0.513	0.423	0.391	0.442
2. HACER EJERCICIO VIGOR	0.513	1	0.565	0.51	0.426
3. PART. PROG. O ACTIV. D	0.423	0.565	1	0.61	0.509
4. EVALUAR MI PULSO DUE	0.391	0.51	0.61	1	0.517
5. HACE ACT. FISICAS DE R	0.442	0.428	0.509	0.517	1

Fuente: EPEVM, 1995.

N=255

En el estilo de vida Ejercicio, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.39 a 0.61, es decir, de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada, con una significancia de .00. El ítem que mayor puntuación tuvo fue "Participar en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión" (PART. PROG. O ACTIV.)

CUADRO 6

**CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL
ESTILO DE VIDA NUTRICION DE LAS
MUJERES DE GUADALUPE. N.L.**

<i>NUTRICION</i>						
	1	2	3	4	5	6
1. COMER AL LEVANTARME	1	0.4167	0.5718	0.4634	0.44604	0.456
2. ESCOGER COM. QUE NO CONT QUIM.	0.4167	1	0.5083	0.4549	0.44374	0.45
3. COMER 3 COMIDAS BUENAS AL DIA	0.5718	0.5083	1	0.5305	0.46289	0.538
4. LEER LAS ETIQUETAS DE LAS COMID.	0.4634	0.4549	0.5305	1	0.42921	0.527
5. INCLUIR EN MI DIETA ALIMENTOS	0.446	0.4437	0.4629	0.4292	1	0.638
6. PLANEAR O ESCOGER COMIDA	0.4557	0.4504	0.5377	0.5272	0.63804	1

Fuente: EPEVM, 1995.

N=255

En el estilo de vida Nutrición, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.41 a 0.57, es decir de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada, con una significancia de .00. El ítem que más puntaje obtuvo fue "Comer tres comidas buenas al día"

CUADRO 7

**CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL
ESTILO DE VIDA SOPORTE INTERPERSONAL DE LAS
MUJERES DE GUADALUPE. N.L.**

<i>SOPORTE INTERPERSONAL</i>							
	1	2	3	4	5	6	7
1. DISC. CON PER. INT. MIS PREOCUP	1	0.61774	0.5785	0.4868	0.3872	0.547	0.5847
2. ELOGIAR FACIL. A OTRA GENTE	0.6177	1	0.579	0.496	0.46687	0.51	0.5567
3. GUSTA DE TOCAR Y SER TOCADO	0.5785	0.579	1	0.6658	0.505	0.64	0.6886
4. MANTIEN REL. INTERPER. QUE DAN	0.4868	0.496	0.6658	1	0.42646	0.588	0.6356
5. PASAR TIEMPO CON AMIGOS INTIM	0.3872	0.4669	0.505	0.4265	1	0.495	0.5245
6. EXPRESAR FACIL. EL INTERES, AM	0.5469	0.5102	0.64	0.5875	0.49517	1	0.6419
7. TOCAR Y SER TOCADO POR PERS.	0.5847	0.5567	0.6886	0.6356	0.52445	0.642	1

Fuente: EPEVM, 1995

N=255

En el estilo de vida Soporte Interpersonal, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable 0.38 a 0.68, es decir de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada, con una significancia de .00 . El ítem que mayor puntuación obtuvo fue "Gusta de tocar y ser tocado por personas íntimas" (GUSTA DE TOCAR Y SER TOCADO)

CUADRO 8

CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL ESTILO DE VIDA MANEJO DEL ESTRES DE LAS MUJERES DE GUADALUPE. N.L.

<i>MANEJO DEL ESTRES</i>							
	1	2	3	4	5	6	7
1. TOMAR TIEMPO CADA DIA	1	0.3809	0.5213	0.4502	0.30629	0.427	0.5017
2. SER CONSCIENTE DE LAS FUENTES	0.3809	1	0.4745	0.4368	0.37895	0.562	0.3315
3. PASAR DE 15-20 MIN. DIARIAMENT	0.5213	0.4745	1	0.541	0.44501	0.585	0.503
4. RELAJAR CONS. LOS MUSCULOS	0.4502	0.4368	0.541	1	0.46306	0.537	0.4994
5. CONCENTRAME EN PENSA. AGRAD	0.3063	0.379	0.445	0.4604	1	0.496	0.3574
6. ENCUENTRAR MANERAS POSIT. DE	0.4269	0.5621	0.5849	0.5373	0.49639	1	0.4485
7. USA METODOS ESPEC. CONTR. TEN	0.5017	0.3315	0.503	0.4994	0.35759	0.449	1

Fuente: EPEVM, 1995

N=255

En el estilo de vida Manejo del Estres, se obtuvo una rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.30 a 0.58, es decir de correlación positiva débil a correlación positiva moderada, con una significancia de .00. El ítem que mayor puntaje obtuvo fue "Pasar de 15 a 20 min. diariamente en relajación o meditación" (PASAR DE 15-20 MIN. DIARIAMENT.)

CUADRO 9

**CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL
ESTILO DE VIDA AUTOACTUALIZACION DE LA FAMILIA
DE LAS MUJERES DE GUADALUPE N.L.**

AUTOACTUALIZACION								
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. LES GUSTA LA FAMILIA A LA PER	1	0.57399	0.46987	0.64711	0.54499	0.52744	0.42266	0.52101
2. LA FAMILIA ES ENTUS. Y OPTIMIS	0.57399	1	0.47804	0.58988	0.5309	0.59237	0.35618	0.42301
3. ESTAN CONSCIENTE DE LAS FOR	0.46987	0.47804	1	0.54218	0.52529	0.52137	0.5335	0.53302
4. ESTAN SATISFECHOS C/ SU VIDA	0.64711	0.58988	0.54218	1	0.58573	0.66083	0.51125	0.6773
5. HACEN PLANES FUTUROS P/ SU C	0.54499	0.5309	0.52529	0.58573	1	0.86099	0.64779	0.58945
6. TRABAJAN HACIA LAS METAS	0.52744	0.59237	0.52137	0.66083	0.86099	1	0.6397	0.57139
7. ENCUENTRAN C/DIA INTERESANT	0.42266	0.35618	0.5335	0.51125	0.64779	0.6397	1	0.71642
8. CREEN QUE SU VIDA FAM. TIENE	0.52101	0.42301	0.53302	0.6773	0.58945	0.57139	0.71642	1

Fuente:EPEVF,1995

N=255

En relación al estilo de vida Autoactualización, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.35 a 0.86, es decir, de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada, con una significancia de .00 El ítem que mayor puntuación obtuvo fue "Trabajan hacia las metas a plazo en su vida" (TRABAJAN HACIA LAS METAS)

CUADRO 10

**CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL ESTILO
DE VIDA RESPONSABILIDAD EN SALUD DE LAS FAMILIAS
DE LAS MUJERES DE GUADALUPE. N.L.**

RESPONSABILIDAD EN SALUD						
	1	2	3	4	5	6
1. RELATAN AL MED. DE CUALQUIE	1	0.4312	0.4096	0.4198	0.34749	0.5222
2. LA FAM. BUSCA INF. EN REL. PRO	0.43119	1	0.28556	0.26418	0.43207	0.24342
3. USAN LOS SERVICIOS DE PS	0.40964	0.28556	1	0.38582	0.44112	0.46414
4. PLATICAN ACERCA DE SUS PREO	0.41979	0.26418	0.38582	1	0.25216	0.46857
5. ACUDEN A PROGR. EDUC. CUID S	0.34749	0.43207	0.44112	0.25216	1	0.4376
6. CUESTIONAN A SU MEDICO	0.52224	0.24342	0.46414	0.46857	0.4376	1

Fuente:EPEVF, 1995

N=255

En relación al estilo de vida Responsabilidad en Salud de la familia, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.24 a 0.52, es decir, de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada con una significancia de .00. El ítem que mayor puntuación obtuvo fue "Relatan al médico cualquier síntomas

extraño que ocurra en algún miembro de la familia" (RELATAN AL MED. DE CUALQUIER)

CUADRO 11

CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL ESTILO DE VIDA EJERCICIO DE LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES DE GUADALUPE. N.L.

EJERCICIO			
	1	2	3
1. ASISTEN A EVEN C/DOS SEM.	1	0.62648	0.49109
2. REALIZAN ACT. FISICAS RECRE	0.62648	1	0.42928
3. PERTE.A ALGUN PROGR. EJER. S	0.49109	0.42928	1

Fuente: EPEVF, 1995

N=255

En relación al estilo de vida Ejercicio en la familia, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.42 a 0.62, es decir, de una correlación positiva débil a una correlación positiva moderada con una significancia de .00. El ítem que mayor puntuación obtuvo fue "Asisten a eventos recreativos cada dos semanas" (ASISTEN A EVEN C/DOS SEM.)

CUADRO 12

CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL ESTILO DE VIDA NUTRICION DE LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES DE GUADALUPE. N.L.

NUTRICION			
	1	2	3
1. LA FAMILIA TOMA EL DESAYUNO	1	0.66014	0.5854
2. LA FAMILIA COME 3 COMIDAS BUENAS	0.66014	1	0.58347
3. INCLUYEN EN SU DIETA ALIM. C/FIBRA	0.5854	0.58347	1

Fuente: EPEVF, 1995.

N=255

En relación al estilo de vida Nutrición de la familia, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.58 a 0.66, es decir, una correlación

positiva moderada con una significancia de .00. El ítem que mayor puntuación obtuvo fue "La familia toma el desayuno".

CUADRO 13

CORRELACION DE PEARSON ENTRE LOS INDICADORES DEL ESTILO DE VIDA SOPORTE INTERPERSONAL DE LAS FAMILIAS DE LAS MUJERES DE

<i>SOPORTE INTERPERSONAL</i>			
	1	2	3
1. PLATICAN SUS PROB. FAMILIARES	1	0.58283	0.63907
2. MANTIENE REL. INTER. SIGNIFICATIVAS	0.58283	1	0.63754
3. ES FACIL EXPRE.SUS PREOC., AMOR	0.63907	0.63754	1

Fuente:EPEVF, 1995.

N=255

En relación al estilo de vida Soporte Interpersonal de la familia, se obtuvo un rango de correlación entre los indicadores de la variable de 0.58 a 0.63, es decir, una correlación positiva moderada con una significancia de .00. El ítem que mayor puntuación obtuvo fue "Es fácil expresarse sus preocupaciones, amor y cariño a otras personas"(ES FACIL EXPRE. SUS PREOC., AMOR)

Al analizar los datos por medio de pruebas de comprobación de hipótesis, se presentan los siguientes resultados :

CUADRO 14

**ANALISIS DE VARIANZA DEL INDICE DEL ESTILO DE VIDA
DE LA MADRE CON LOS ELEMENTOS DEL MODELO
DE PROMOCION DE LA SALUD**

<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	<i>F TEO.</i>	<i>F OBS.</i>	<i>MEDIA</i>	<i>P</i>	<i>DECISION</i>
ELEMENTOS DEL MODELO					
1. FACTORES COGNITIVOS Y PERCEPTUALES					
IMPORTANCIA SALUD	2.6	1922.23	30.79	0.0001	ACEPTAR
BENEFICIOS PERCIBIDOS	2.6	576.28	30.19	0.0115	
BARRERAS PERCIBIDAS	2.37	3377.4	36.96	0.0001	
2. FACTORES MODIFICANTES					Hi
ESCOLARIDAD	2.6	25303.97	47.62	0.0001	
CLASE SOCIAL	3.85	21150.31	47.9	0.0001	
BIOLOGICOS	2.99	372.24	28.12	0.0469	
INFL. INTERPERSONAL	2.99	562.98	37.88	0.0046	
FAC. DE LA CONDUCTA	2.99	371.19	39.59	0.0279	

Fuente: CMAPS y EPEVM, 1995.

N=255

En relación a el análisis de varianza entre el índice del estilo de la madre y los elementos del modelo de promoción de la salud de Pender (1987) tales como factores cognoscitivos y perceptuales (factores culturales) y los factores modificantes (factores sociales), se obtuvo que la F observada fue mayor a la F teórica, con una significancia menor a .05 ($P < .05$) y con una media que oscila entre 30.1 y 47.9, en base a lo anterior se decide y aceptar la hipótesis de investigación que señala que los factores cognoscitivos, perceptuales, modificates y los indicios de acción de las mujeres influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia.

CUADRO 15

**ANALISIS DE VARIANZA DEL INDICE DEL ESTILO DE VIDA
DE LA FAMILIA CON LOS ELEMENTOS DEL
MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD**

<i>VARIABLE INDEPENDIENTE ELEMENTOS DEL MODELO</i>	<i>F TEO.</i>	<i>F OBS.</i>	<i>MEDIA</i>	<i>P</i>	<i>DECISION</i>
1. FACTORES COGNITIVOS Y PERCEPTUALES					
IMPORTANCIA SALUD	2.6	1727.04	29.18	0.0001	ACEPTAR
BENEFICIOS PERCIBIDOS	2.6	615.56	22.24	0.0094	
BARRERAS PERCIBIDAS	2.21	1751.96	22.83	0.0001	
2. FACTORES MODIFICANTES					
CLASE SOCIAL	3.85	23837.9	53.73	0.0001	Hi
ESCOLARIDAD	2.6	1890.95	53.49	0.0001	
INFL. INTERPERSONAL	2.99	693.58	19.97	0.0016	
FAC. SITUACIONALES	2.6	2535.64	33.02	0.0001	
3. INDICIOS DE ACCION					
INDICIOS DE ACCION	2.99	465.65		0.0128	

Fuente: CMAPS y EPEVF, 1995.

N=255

En relación a el análisis de varianza entre el índice del estilo de la familia y los elementos del modelo de promoción de la salud de Pender (1987) tales como factores cognoscitivos, perceptuales (factores culturales), modificantes e indicios de acción (factores sociales), se obtuvo que la F observada fue mayor a la F teórica, con una significancia menor a .05 ($P < .05$) y una media entre 19.97 y 53.73 por lo que se decide aceptar la hipótesis de investigación que señala que los factores cognoscitivos, perceptuales, modificantes y los indicios de acción de las mujeres influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia.

CUADRO 16

**CHI CUADRADA ENTRE EL INDICE DEL ESTILO DE VIDA
DE LA MADRE Y LOS ELEMENTOS DEL MODELO DE
PROMOCION DE LA SALUD**

<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	<i>Xi (T)</i>	<i>Xi (C)</i>	<i>Signif.</i>	<i>DECISION</i>
ELEMENTOS DEL MOELO				
1. FACTORES COGNOSCITIVOS PERCEPTUALES				
DEFINICION DE SALUD	21.02	64.46	.00	ACEPTAR
EDO. DE SALUD PERCIBIDO	16.91	36.41	.00	
AUTOEFICACIA PERCIBIDA	16.91	20.55	.00	
2. FACTORES DEMOGRAFICOS				
EDAD	12.59	9.88	.00	Hi
OCUPACION	16.91	44.02	.00	
3. INDICIOS DE ACCIÓN				
	12.59	55.27	.00	

Fuente: CMAPS y EPEVM, 1995.

N= 255

En relación al índice del estilo de vida de la madre y los elementos del modelo de promoción de la salud de Pender (1987) tales como los factores cognoscitivos, perceptuales, demográficos y los indicios de acción, se observó una chi cuadrada calculada mayor que la chi cuadrada teórica con una significancia de .00 por lo que fue diferente lo obtenido a lo esperado de esta manera se decide aceptar la hipótesis de investigación que señala que los factores cognoscitivos, perceptuales, modificantes y los indicios de acción de las mujeres influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia.

CUADRO 17

**CHI CUADRADA ENTRE EL INDICE DEL ESTILO DE VIDA
DE LA FAMILIA Y LOS ELEMENTOS DEL MODELO DE
PROMOCION DE LA SALUD**

<i>VARIABLE INDEPENDIENTE</i>	<i>Xi (T)</i>	<i>Xi (c)</i>	<i>Signif.</i>	<i>DECISIÓN</i>
ELEMENTOS DEL MOELO				
1. FACTORES COGNOSCITIVOS				
PERCEPTUALES				
DEFINICION DE SALUD	21.02	49.02	.00	ACEPTAR
ESTADO DE SALUD PERCIBIDO	12.59	15.38	.01	
AUTOEFICACIA PERCIBIDA	12.59	30.02	.00	
2. FACTORES MODIFICANTES				
EDAD	16.91	23	.00	Hi
OCUPACION	16.91	61.77	.00	
BIOLOGICOS	12.59	22.49	.00	
FACTORES DE LA CONDUCTA	12.59	69.91	.00	

Fuente: CMAPS y EPEVF, 1995.

N= 255

En relación al índice del estilo de vida de la familia y los elementos del modelo de promoción de la salud de Pender (1987) tales como los factores cognoscitivos, perceptuales y modificantes, se observó una chi cuadrada calculada mayor que la chi cuadrada teórica con una significancia entre .00 a .01 , por lo que fue diferente lo obtenido a lo esperado de esta manera se decide aceptar la hipótesis de investigación que señala que los factores cognoscitivos, perceptuales, modificantes excepto los indicios de acción de las mujeres influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia.

CAPITULO V

DISCUSION

5.1 Interpretación de los resultados

En relación al perfil de los estilos de vida de las mujeres de clase social alta, se obtuvo un índice que le corresponde el 47.90, lo que significa que las mujeres practican los estilos de vida de manera regular. Para las mujeres de clase social marginal se obtuvo un índice de 21.06, es decir practican los estilos de vida de manera deficiente.

Para las familias de clase social alta se obtuvo un índice de los estilos de vida de 53.73, lo que significa que practican los estilos de vida de buena manera. Para las familias de clase marginal se obtuvo un índice de 22.48, es decir las familias practican los estilos de vida de manera deficiente.

De acuerdo a los resultados se observó correspondencia entre algunas de las percepciones de las mujeres como la percepción del peso y los beneficios percibidos y el I.M.C. de estas y la concepción que tienen de salud.

Conforme a los resultados observados en el análisis de la consistencia interna del instrumento escala de perfil de estilo de vida de Pender, Walker y Sechrist (1985) se obtuvo un alfa de Cronbach de .94 aplicado en población femenina, esto coincide con lo reportado por Kerr en 1990 donde se obtuvo .90 de alfa de Cronbach en población mexico-americana residentes en Estados Unidos y con Walker en 1990 que reportó .93; así mismo coincide con el estudio de Kusifr (1993) aplicado en población

centroamericana residente en Estados Unidos la que obtuvo un alfa de .94. Estos estudios fueron realizados con la escala en español igual a la aplicada en la presenta investigación.

Existen reportes de la consistencia interna de la escala de perfil de estilos de vida de Pender (1985) en el idioma inglés aplicada a población americana, obteniéndose un alfa de Cronbach de .92. Por lo que se considera alta la consistencia interna del instrumento aplicado en español por primera vez en población mexicana de estrato socioeconómico marginal y alto residentes en Guadalupe, N.L., México.

En relación a la consistencia interna del instrumento escala de perfil de estilos de vida de la familia (EPEVF), cuyo informador fue la madre, se obtuvo un alfa de Cronbach de .93, en este sentido no se cuenta con estudios previos que apoyen dicho resultado, sin embargo el alfa obtenido se considera alto y aceptable.

Respecto a el análisis de correlación de Pearson (r) entre los indicadores de los estilos de vida de la madre, se obtuvo que para Autoactualización un rango de .34 a .71, Responsabilidad en salud .12 a .59, Ejercicio .39 a .61, Nutrición .41 a .57, Soporte Interpersonal de .38 a .68 y Manejo del Estrés de .30 a .58, los valores mínimos y máximos encontrados a excepción del estilo responsabilidad en salud son similares a los obtenidos en el estudio de Walker (1990) donde las correlaciones totales de los ítems de la escala total tuvo un rango de .29 hasta .60.

El análisis de correlación de Pearson (r) entre los indicadores de los estilos de vida de la familia, se obtuvo para Autoactualización un rango de .35 a .86, Responsabilidad en Salud de .24 a .52, Ejercicio de .42 a .62, Nutrición de .58 a .66 y Responsabilidad en Salud de .58 a .63, de igual forma no existen estudios previos para apoyar lo encontrado en el presente, sin embargo dado que es la primera que se aplica este instrumento, el análisis de correlación habla de una relación positiva débil a una relación positiva moderada. Se observa que para los estilos de vida de nutrición y responsabilidad en salud de la familia tuvo una correlación positiva moderada a diferencia de los valores obtenidos de la madre, lo que indica de acuerdo con Terán (1993) la mujer

mexicana de cualquier estrato social, primero juega su rol de madre que compañera de su esposo y da prioridad al cuidado de sus hijos, mostrando escaso interés en la atención de su salud.

El análisis de varianza al relacionar **los factores cognoscitivos y perceptuales (importancia en salud, beneficios y barreras percibidas) con el índice del estilo de vida de las mujeres** se obtuvo una significancia estadística con una $P=.00$ a $.01$, lo que concuerda con Christiansen (1981) quien demostró que la importancia de la salud como un factor significativo entre las personas que reportan un nivel moderado a alto de conductas promotoras de salud, así mismo Pender (1987) señala que los índices de los estilo de vida promotores de salud se han relacionado de manera positiva con el valor de la salud. Esto también coincide con los reportado por Weitzel (1989) quien obtuvo la importancia de la salud como variable predictora de la conducta promotora de salud.

Los estudios que se han reportado demuestran que los beneficios se correlacionan positivamente con los estilos de vida : nutrición y ejercicio (Contento, 1990, Sidney y Shepard, 1976). Lo obtenido en la presente investigación se amplía a los demás estilos de vida. En este sentido Pender (1987) señala que son manifiestas las percepciones individuales de los beneficios de las conductas promotoras de salud.

Considerando como principal barrera la falta de recursos económicos, concuerda con lo encontrado por Dishman (1985), Sloan (1988), Tappe (1989) y Feldman (1985) que señalan que algunas características de los programas como los costos entre otros son aspectos determinantes en la participación en actividades relacionadas con la salud y la promoción de eta. Pender (1987) señala que las barreras percibidas ejerce una influencia directa sobre la predisposición de realizarla conducta promotora de la salud. Con estos resultados se puede observar que existe relación entre los elementos cognoscitivos y perceptuales (factores culturales) del modelo de promoción de la salud (MPS) y la

práctica de conductas promotoras de salud por parte de la mujer según lo plantea Pender (1987).

De igual forma se al relacionar los **factores modificantes (escolaridad, clase social, características biológicas, influencia interpersonal y factores de la conducta) y el índice vida de las mujeres**, se obtuvo una significancia estadística con una $P=.00$ a $.04$. Para la escolaridad se obtuvo una media de 47.62 para las mujeres con estudio a nivel profesional; esto concuerda con Kusifr (1993) quien obtuvo una correlación significativa y positiva entre educación y las conductas promotoras de salud. Weitzel (1990) encontró que un más alto nivel de educación tiene una relación positiva asociado con un estilo de vida de promoción en general, así mismo Dean (1989) afirma que cuanto mas elevado resulta el nivel de educación del individuo mas probable será que participe en conductas promotoras de salud.

La media de la conducta promotora de salud para la clase social alta fue 47.90 , lo que coincide con Dean (1989) que señala también que cuanto mas alto son los ingresos del individuo mas probable será que participe en conductas promotoras. Esto coincide con los resultados del presente estudio, ya que las mujeres de clase social alta quienes poseen mayor escolaridad reportaron practicar los estilos de vida de manera regular a diferencia de las mujeres de clase social marginal quienes lo practican de manera deficiente.

La media en el índice de masa corporal normal en mujeres fue 8.12 , esto coincide con lo encontrado por Pender y Pender (1986) que encontraron que el peso era un predictor significativo de la intención de ejercitarse pero también difiere por lo documentado por Conrad (1987) Davis (1987) Lovato (1990) y Neale (1990) quienes coinciden como dato frecuente que existe una correlación negativa entre el peso y la grasa corporal y el ejercicio.

La media dada para la madre respecto a la persona que les enseñó cuidados de salud fue de 37.88 , lo que concuerda con lo encontrado por Yorchoski, Mahon en 1989

que identificaron al apoyo social como factor que ejercía el efecto mas poderoso sobre el índice del estilo de vida de conducta promotora de salud, así mismo Zimmeiman y Conon (1989) informan que en un programa de promoción de la salud influyó el aspecto funcional del apoyo social, un aspecto correlativo importante de la conducta fue también el tipo de red social y se observó que los miembros de la familia ejercía mas influencia que los amigos.

En relación a los factores dela conducta. Fielding (1982) demostró que las experiencias pasadas y la participación concurrente en otras prácticas de salud influyen en la participación de nuevas actividades. Pender (1987) señala que la experiencia previa con las acciones promotoras de la salud aumenta la capacidad de la gente de llevar a cabo varias conductas para promover el bienestar. Es importante notar que los factores modificantes (factores socilaes) señalados en el modelo de promoción d ela slaud (MPS) influyen positivamente en la ejecución de conductas promotoras de salud de las mujeres madres de familia residentes en el municipio de Guadalupe, N.L.

Aún y que el estudio para conocer los estilos de vida de la familia fue a través de la madre, se piensa que existe un adecuado conocimiento de la mujer con respecto a la salud de su familia de acuerdo a los resultados del presente estudio que coinciden por lo señalado por Valdés (1993) que considera a la mujer como proveedora de la salud familiar. Se encontró coherencia en algunos datos observados en relación a percepción y realidad como el índice de masa corporal (IMC) de la mujer y la percepción que tiene de su peso así como el concepto de salud y los beneficios obtenidos que obtiene al atender su salud.

Por otro lado el análisis de varianza al relacionar **los factores cognoscitivos y perceptuales (importancia en salud, beneficios y barreras percibidas) con el índice del estilo de vida de la familia** se obtuvo una significancia estadística con una $P= .00$, no existen estudios que hayan relacionado los elementos del modelo con las conductas

promotoras de salud de la familia, únicamente se enfocan a las conductas individuales. Sin embargo esto da inicio la búsqueda del conocimiento de los estilos de vida de la familia. Se hace importante destacar que el rol de proveedora de salud que juega la madre dentro del ámbito familiar trasciende mas allá de un momento dado en el tiempo, ya que se considera al mismo tiempo como agente cultural para los miembros de la familia ya que éstos adquieren y repiten la mayoría de las veces lo que se enseña en el seno de la familia.

Al relacionar **los factores modificantes (clase social, escolaridad, influencia interpersonal y factores situacionales) con el índice del estilo de vida de la familia** se obtuvo una significancia estadística con una $P=.00$. Esto concuerda también con lo obtenido a nivel individual.

La media para la clase social alta fue de 53.73 , lo que coincide con Dean (1989) que señala también que cuanto mas alto son los ingresos del individuo mas probable será que participe en conductas promotoras, en este caso se puede afirmar que mientras alto es el ingreso de la familia mas probable será que participe en conductas promotoras de salud. La práctica de los estilos de vida de las familias de clase social alta fueron buenos en contraste con la práctica de las mujeres de la misma clase social que los realizan de manera regular, los que corresponden a los de clase marginal tanto la familia como la mujer practican los estilos de vida de manera deficiente., lo que coincide con lo señalado por Terán (1993) que menciona que la mujer mexicana de cualquier estrato social primero juega su rol de madre que y da prioridad al cuidado de sus hijos, mostrando escaso interés en la atención de su salud.

Con una media de 37.88 al considerar a la madre como la persona que les enseñó cuidados de salud, concuerda con lo encontrado por Yorchoski, Mahon en 1989 que identificaron al apoyo social como factor que ejercía el efecto mas poderoso sobre el índice del estilo de vida de conducta promotora de salud y la familia ejerce más influencia

que los amigos. Así mismo los indicios de acción con el índice del estilo de vida de la familia también reportaron significancia estadística con una $P=.01$.

En cuanto a la chi cuadrada entre los **factores cognoscitivos y perceptuales (definición de salud, estado de salud percibido y autoeficacia percibida) y el índice del estilo de vida de las mujeres**, se obtuvo una significancia estadística con una $P= .00$, lo que difiere con lo encontrado por Christiansen (1981) quien no encontró ninguna relación significativa entre la definición de salud y la frecuencia de las conductas promotoras.

Kusifr (1990) donde obtuvo una correlación significativa y positiva entre el estado de salud percibido con las conductas promotoras de salud. Otros estudios han correlacionado el estado de salud percibido con la práctica de ejercicio (Pender y Pender, 1986 y Dishman, 1985). Así mismo Christiansen (1981) encontró que los individuos que percibían su salud como buena reportaron una frecuencia mayor de conductas promotoras de salud que los individuos que percibían que su estado de salud era pobre.

Weitzel (1989) encontró que la autoeficacia percibida puede considerarse como una variable predictora de la conducta promotora de salud, de igual forma Walker et. al (1988) demostraron una correlación positiva entre la autoeficacia y las subescalas de autoactualización, apoyo interpersonal y manejo del estrés. Pender (1987) señala la autoeficacia como convicciones de los individuos de que pueden ejecutar exitosamente la conducta requerida necesaria para producir un resultado deseado.

Al relacionar los **factores modificantes (edad y ocupación) con el índice del estilo de vida de las mujeres** se encontró significancia estadística con una $P<.05$), lo que concuerda con Kusifr (1990) que encontró una correlación significativa y positiva entre edad y el estilo de vida promotor de la salud, Lechlitner, et. al. (1995) encontró diferencia significativa en las calificaciones de las subescalas por edad. En cuanto a la ocupación no existe reportes de estudios previos que relacione estas dos variables ya que actualmente el

HPLP en español no mide la ocupación como factor que ayuda a la promoción de la salud.

En cuanto a los **indicios de acción y el índice del estilo de vida de las mujeres** tuvo una significancia estadística ($P < .05$), Gerber (1981) y Ulmer (1984) afirman que las personas que ven televisión a menudo tendrán con mayor frecuencia a manifestar hábitos inadecuados con respecto a la alimentación y ejercicio. Pender (1987) señala que los medios masivos son una fuente de señales para la acción a través de los programas acerca de la salud personal.

En cuanto a la chi cuadrada entre los **factores cognoscitivos y perceptuales (definición de salud, estado de salud percibido y autoeficacia percibida) y el índice del estilo de vida de la familia** se obtuvo significancia estadística con una $P < .5$, lo que difiere con lo encontrado por Christiansen (1981) quien no encontró ninguna relación significativa entre la definición de salud y la frecuencia de las conductas promotoras.

Kusifr (1990) obtuvo una correlación significativa y positiva entre el estado de salud percibido con las conductas promotoras de salud. Otros estudios han correlacionado el estado de salud percibido con la práctica de ejercicio (Pender y Pender, 1986 y Dishman, 1985).

Weitzel (1989) que encontró que la autoeficacia percibida puede considerarse como una variable predictora de la conducta promotora de salud

Al relacionar los **factores modificantes (edad, ocupación, características biológicas y los factores de la conducta) con el índice del estilo de vida de la familia** se encontró significancia estadística con una $P = .00$, lo que concuerda con Kusifr (1990) que encontró una correlación significativa y positiva entre edad y el estilo de vida promotor de la salud, Lechlitner, et. al. (1995) encontró diferencia significativa en las calificaciones de las subescalas por edad.

En relación a la ocupación no existe reportes de estudios previos que relacione estas dos variables ya que actualmente el EPEV en español no mide la ocupación como factor que ayuda a la promoción de la salud.

Pender (1987) señala que los factores biológicos como peso, grasa corporal y estatura pueden influir en la ejecución de conductas promotoras así también señala que la experiencia previa con las acciones promotoras de la salud aumenta la capacidad de la gente de llevar a cabo varias conductas para promover el bienestar.

5.2 Conclusiones

Los resultados obtenidos en el presente estudio rechazan la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación que señala que - Los factores cognoscitivos, perceptuales, modificantes y los indicios de acción de las mujeres influyen en las conductas promotoras de salud de la familia y la propia-, esto concuerda con lo documentado por Pender (1987) que señala que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo promotor de la salud depende de la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales del individuo, de factores modificantes y de indicios para la acción.

En lo que respecta a los objetivos planteados en el presente estudio, se perfilaron los factores cognoscitivos, perceptuales (factores culturales), modificantes y los indicios de acción (factores sociales) de las mujeres para promocionar la salud familiar y propia; lo que significa que el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Pender (1987) permite a enfermería su aplicación para predecir los estilos de vida y su utilidad en la investigación.. Los factores cognoscitivos y perceptuales (factores culturales) abarcan: definición de salud, importancia de la salud, estado de salud percibido, autoeficacia percibida, beneficios y barreras percibidas. Los factores modificantes (factores sociales) abarcan: características demográficas, biológicas, influencias interpersonales, factores

situacionales y factores de la conducta. se incluye también dentro de los factores sociales los indicios de acción.

En cuanto a las conductas promotoras de salud que realizan las familias de clase social alta, se obtuvo un índice promedio total que fue 53.73 por ciento lo que significa que las familias de clase social alta ejecutan los estilos de vida en general de buena manera. Para las familias de clase social marginal se obtuvo un índice promedio total que fue 22.48 por ciento lo que significa que las familias de clase marginal ejecutan los estilos de vida de manera general en forma deficiente.

En cuanto a las conductas promotoras de salud que realizan las mujeres de clase social alta, se obtuvo un índice promedio total que fue 47.90 por ciento lo que significa que las mujeres de clase social alta ejecutan los estilos de vida de manera general en forma regular. Para las mujeres de clase social marginal, se obtuvo un índice promedio total de 21.06 por ciento lo que significa que las mujeres de clase marginal ejecutan los estilos de vida de manera deficiente.

Aunque no fue la intención del estudio, es importante hacer referencia del alfa de Cronbach para la Escala de Perfil de Estilos de Vida de la mujer, que fue de .94 y para la Escala de Perfil de Estilos de Vida de la Familia que fue de .93; por lo que se considera aceptable la consistencia interna de ambos instrumentos (Polit, 1994).

5.3 Recomendaciones

Que la enfermera comunitaria realice investigaciones posteriores donde se aplique el instrumento escala de perfil de estilos de vida (EPEV) realizado por Pender (1985) en el idioma español con el propósito de validar la consistencia interna del mismo y para determinar su valor predictivo y poder diferenciar las conductas promotoras de salud de los individuos en el presente y futuro.

Así mismo se recomienda utilizar la Escala de perfil de estilos de vida de la familia, para corroborar la consistencia interna del mismo, que de acuerdo con Burns y Grove (1993) cada vez que un instrumento se utilice en diversos estudios, aumenta la confiabilidad del mismo. Este punto se recomienda con el interés que las enfermeras comunitarias cuenten con instrumentos validados en el idioma español.

Realizar investigaciones de tipo cualitativo para profundizar en las conductas de promoción de la salud, tomando en cuenta las variables demográficas de la población particularmente en relación a estrato social.

Que los resultados de la presente investigación sirvan como base para diseñar programas de promoción de la salud y de intervención de enfermería en cuanto a salud de las mujeres madres de familia de 15 a 50 años del municipio de Guadalupe, N.L.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alonso Castillo, M. y cols. (1993). Estilos de vida y uso de servicios de salud. Tesis inédita de Maestría en Salud Pública, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.
- Anderson, A. (1986).Hacia un holocausto alcohólico?. Salud Mundial.
- Anderson, E., McFarland, J.M. (1988). El rol de la enfermera en Salud Comunitaria. Tr. Virginia Casados, USA: Lippincott, pp.375-388
- Benavides Vazquez, L. (1986). Breves consideraciones acerca de nutrición y salud. Revista Mexicana de Pediatría, 53 (3),95-8, p.100
- Bender, D. (1984). Los sistemas cosmopolitas y tradicionales de salud: La mujer como nexo. Educación Médica en Salud, 18(4), pp.393-401.
- Cañedo, L. (1987). Investigación Clínica. México: Interamericana, pp.111-131
- Coello, M.P, Pérez-Gil R., S.E. y Batrouni Kerkebe, L. (1986). Relación de los hábitos de alimentación y el estado nutricional de niños preescolares en una comunidad rural. Archivo Latinoamericano de Nutrición, 36 (4), pp.587-98.
- de Roux, Gustavo (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud. Educación Médica en Salud, 28. (2), pp.223-233.

Díaz Guerrero, R. (1982). Psicología del Mexicano (4a. ed). México: Trillas.

Duffy, M.E. (1988). Determinants of health promotion in midlife women. Nursing Research, 37, pp.358-362.

Granollers, R., Montanoy, T., Puc, C. (1991). Prevalencia de obesidad en la población mayor de 14 años en el área básica de salud de Les Borges Blanques. Enfermería Clínica, 1(4), pp.116-19.

Hartweg, D. (1993) Self care Actions of Healthy Middle Aged Women to Promote Well Being. Nursing Research, 42(4), pp.221-27.

Holland, W., Breeze, E. (1986). Modos de vida sanos para una buena salud. Foro Mundial de la Salud, 7, Ginebra, OMS, pp. 301-319.

Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (1993). XI Censo General de Población y Vivienda. La mujer en México.

Laffrey, S.C. (1985). Health Behavior choice as related to self actualization, body weight and health conception. Dissertation Abstracts International, 43, 3536B, University Microfilms No. 83-06904.

La mujer como proveedora de atención primaria. (1983). Crónica de la OMS, 37 (4), pp.158-163.

- Lara, Ma. A., Acevedo M.; Lòpez E.K.; Fernández. M. (1993). La salud emocional y las tensiones asociadas con los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. Salud Mental. 16 (2).
- Ley General de Salud (1993). México: Nueva Visión, pp.35-40.
- López. M.; Berumen Amor, E.; Trejo Rayón, S. y Egremy, J.L. (1984). La mujer en las acciones de atención a la salud en México. Salud Pública de México, 26 (6), pp.537-45.
- Lozano, R., Escamilla, J., (1990). Tendencia de la mortalidad por cardiopatía isquémica en México. Salud Pública de México, 32 (4). pp- 405-414.
- Martínez B., Ma. M., Latapi, P., Hernández, I., Rodríguez, J. (1993). Sociología de una profesión: El caso de enfermería.(2a. ed.). México: CEE.
- Michel, G. (1988). Motivación en la educación de Adultos. Psicología de la Conducta. Material fotocopiado.
- Ordoñez, B.R. (1985). La salud de la mujer en México: Panorama general. Revista Mexicana de Pediatría, 51(1), 13-14, pp.17-8
- Palank, C. (1991) Aspectos determinantes de la conducta promotora de la salud. Clínicas de Enfermería de Norteamérica, Tr. Santiago Sapiña, 26 (4), pp.849-69.
- Parry, E.H. (1984). La influencia de la cultura. Foro Mundial de la Salud, 5(1), pp.58-62

Pender, N.J. (1987). Health promotion and prevention throughout the life span. Health Promotion in nursing practice. (2a. ed.) USA: Appleton and Lange, pp.1-12.

Pender, N, Walker, S., (1990). Predicting health promoting lifestyles in the work place. Nursing Research, 20 (6), pp.

Polit, D., Hungler, B. (1994). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. (4a ed.). México: Interamericana.

Programa Nacional de Organización Participativa de la Comunidad en Salud. Documento de apoyo, SSA.

Reeves, J., Dan, A.J., Keys, E., Hennein, S. (1989). Aplicación del método del proceso negociado a la atención primaria de la salud de la mujer. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107(2), pp.93-100.

Ruiz, L. (1989). Promoción y Protección de la salud del adulto en América Latina y el Caribe. Educación Médica en Salud, 23 (1), pp.87-100

Sánchez Rosado, M. (1983). Elementos de Salud Pública. México: Cuellar.

Secretaría de Salubridad y Asistencia. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México: Autor

Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Materno Infantil (1991). Puedo dar salud: madres procuradoras de salud; experiencia en México, México, D.F.; s.n., 36

Smith, J.A. (1983). The idea of health, New York: Teachers College Press.

Sperryn, P. (1983). Deporte y Medicina. (3era.ed.). Buenos Aires: Lidium.

Spellbring, A.M. (1991) La enfermera en la promoción de la salud. Clinica de Enfermería de Norteamérica, Tr. Santiago Sapiña, 26 (4), pp.837-47

Terán Fernández, G.C. (1993). Influencia de las creencias maternas de salud en el uso de programas preventivos materno infantiles. Tesis inédita de la Maestría en Enfermería con especialidad en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Terris, M. (1992). Conceptos sobre promoción de la salud. Presentada en la conferencia sobre Implementación de la Estrategia de la Promoción de la Salud. OPS, Washington. D.C.

Uribe V., G., Ramírez R., J.C., Romero L., L.G., Gutierrez de la Torre, N.C. (1991). El trabajo femenino y la salud de cuatro grupos de mujeres en Guadalajara, México. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 111(2), pp.101-110.

Valdés Tamiz, Ma. de los A. (1993). La salud y la mujer. La situación de la mujer en Nuevo León, México: Federación Mexicana de Universitarias, 159.

Vega Franco, L., García Manzanedo, H. (1984). Bases conceptuales de la Salud Pública. México: La Prensa Médica Mexicana.

Wilhde, E. K. (1991). Valoración del estilo de vida en cuanto a promoción de la salud. Clinicas de Enfermería de Norteamérica, Tr. Santiago Sapiña 26 (4), pp.885-95.

APENDICES

APENDICE A

ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DIRIGIDO A MADRES DE FAMILIA

APENDICE A

ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DIRIGIDO A MADRES DE FAMILIA

INDICACIONES: Este cuestionario consiste en frases que corresponden al modo en que usted vive actualmente, o a los hábitos personales. Favor de responder 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, circulando la letra que mejor corresponde:

N: Nunca A= A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

- | | |
|--|---------------|
| 1. Comer al levantarme en la mañana | N A F R |
| 2. Relatar a un médico cualquier síntoma extraño | N A F R |
| 3. Querer a mí misma | N A F R |
| 4. Hacer ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por | N A F R |
| 5. Escoger comidas que no contienen ingredientes artificiales o que
para preservar la comida | N A F R |
| 6. Tomar tiempo cada día para el relajamiento | N A F R |
| 7. Saber el nivel de colesterol en mi sangre | N A F R |
| 8. Ser entusiasta y optimista con referencia a la vida | N A F R |
| 9. Creer que estoy creciendo y cambiando personalmente
en direcciones positivas | N A F R |
| 10. Discutir con personas íntimas mis preocupaciones y
problemas personales. | N A F R |
| 11. Ser consciente de las fuentes de tensión en mi vida | N A F R |
| 12. Sentirme feliz y contenta | N A F R |
| 13. Hacer ejercicio vigoroso por 20 a 30 minutos al menos
3 veces por semana | N A F R |
| 14. Comer 3 comidas buenas al día | N A F R |
| 15. Leer libros o artículos sobre la promoción de la salud | N A F R |
| 16. Ser consciente de mis capacidades y de mis debilidades
personales. | N A F R |
| 17. Trabajar en apoyo de metas de largo plazo en mi vida | N A F R |
| 18. Elogiar fácilmente a otra gente por sus éxitos | N A F R |
| 19. Leer las etiquetas de las comidas empaquetadas para
identificar los nutrimentos. | N A F R |
| 20. Interrogar a mi doctor o buscar otra opinión cuando yo
no esté de acuerdo con lo que el mío recomiende. | N A F R |
| 21. Mirar hacia el futuro | N A F R |
| 22. Participar en programas o actividades de ejercicio físicos
bajo supervisión. | N A F R |

23. Ser consciente de lo que me importa a mí en esta vida	N	A	F	R
24. Gustar de tocar y ser tocado por personas íntimas	N	A	F	R
25. Mantener relaciones interpersonales que dan satisfacción.	N	A	F	R
26. Incluir en mi dieta alimentos que contienen fibra, por ejemplo granos enteros, frutas crudas, verduras crudas.	N	A	F	R
27. Pasar 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	N	A	F	R
28. Discutir con profesionales calificados mis inquietudes respecto al cuidado de mi salud.	N	A	F	R
29. Respetar mis propios éxitos.	N	A	F	R
30. Evaluar mi pulso durante el ejercicio físico.	N	A	F	R
31. Pasar tiempo con amigos íntimos.	N	A	F	R
32. Hacer evaluar mi presión de sangre, y saber el resultado.	N	A	F	R
33. Asistir a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vivimos	N	A	F	R
34. Ver cada día como interesante y desafiante.	N	A	F	R
35. Planear o escoger comidas que incluyan los 4 grupos básicos de comida cada día.	N	A	F	R
36. Relajar conscientemente los músculos antes de dormir.	N	A	F	R
37. Encontrar agradable y satisfecho el ambiente de mi vida.	N	A	F	R
38. Hacer actividades físicas de recreo, como caminar, nadar, jugar fútbol, montar bicicleta.	N	A	F	R
39. Expresar fácilmente el interés, el amor, y el calor humano hacia otros.	N	A	F	R
40. Concentrarme en pensamientos agradables a la hora de dormir.	N	A	F	R
41. Encontrar maneras positivas para expresar mis sentimientos.	N	A	F	R
42. Pedir información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarme bien.	N	A	F	R
43. Observar al menos cada mes mi cuerpo para cambios físicos o señas de peligro.	N	A	F	R
44. Ser realista en las metas que me pongo.	N	A	F	R
45. Usar métodos específicos para controlar la tensión.	N	A	F	R
46. Asistir a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	N	A	F	R
47. Tocar y ser tocado por las personas que me importan.	N	A	F	R
48. Creer que mi vida tiene un propósito.	N	A	F	R

Autores: Pender, N.J., Walker, S., Sechrist, K. (1985)

ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA

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

APENDICE B

ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DE LA FAMILIA DIRIGIDO A LA MADRE

APENDICE B

ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DE LA FAMILIA DIRIGIDO A LA MADRE

INDICACIONES: Este cuestionario consiste en frases que corresponden al modo en que su familia vive actualmente, o a los hábitos familiares. Favor de responder cada frase en la manera más exacta posible, y tratar de no dejar ningún artículo. Indique la frecuencia con que la familia lleva a cabo cada acto mencionado, circulando la letra que mejor corresponde:

N: Nunca A= A veces F: Frecuentemente R: Rutinariamente

- | | |
|--|---------------|
| 1. La familia toma el desayuno | N A F R |
| 2. Relatan al médico de cualquier síntoma extraño que ocurra en algún miembro de la familia | N A F R |
| 3. Les gusta la familia a la que pertenecen | N A F R |
| 4. La familia busca información en relación a la Promoción de la salud | N A F R |
| 5. La familia es entusiasta y optimista | N A F R |
| 6. Platican sus problemas familiares y se preocupan por personas cercanas a ustedes | N A F R |
| 7. La familia come 3 comidas buenas al día | N A F R |
| 8. Están conscientes de las fortalezas y debilidades como familia | N A F R |
| 9. Usan los servicios de Promoción de la salud por la familia | N A F R |
| 10. Asisten a eventos recreativos por lo menos cada 2 semanas | N A F R |
| 11. Mantienen relaciones interpersonales significativas y plenas | N A F R |
| 12. Incluyen en su dieta alimentos que contienen fibra, por ejemplo, granos enteros, frutas crudas, verduras crudas. | N A F R |
| 13. Platican acerca de sus preocupaciones en el cuidado de la salud con profesionales calificados | N A F R |
| 14. Realizan actividades físicas recreativas, como caminar, nadar, jugar fut ball, montar bicicleta. | N A F R |
| 15. Es fácil expresarse sus preocupaciones, amor, y cariño a otras personas | N A F R |
| 16. Acuden a programas educacionales en cuidados de salud | N A F R |

17. Cuestionan a su médico o buscan una segunda opinión cuando no están de acuerdo con sus recomendaciones	N	A	F	R
18. Están satisfechos con su vida familiar	N	A	F	R
19. Hacen planes futuros para su crecimiento como familia	N	A	F	R
20. Trabajan hacia las metas a largo plazo en su vida	N	A	F	R
21. Encuentran cada día interesante y desafiante	N	A	F	R
22. Creen que su vida familiar tiene un propósito.	N	A	F	R
23. Pertenecen a algún programa de ejercicio supervisado	N	A	F	R

ESCALA DE PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DE LA FAMILIA

Escala Total	Preguntas
Estilo de vida Promoción de la Salud	01 a 23

Subescala	Preguntas
Parte A. Auto actualización	3, 5, 8, 18, 19, 20, 21, 22
Parte B. Responsabilidad en Salud	2, 4, 9, 13, 16, 17,
Parte C. Ejercicio	10, 14, 23
Parte D. Nutrición	1, 7, 12
Parte E. Soporte Interpersonal	6, 11, 15

Conteo

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

APENDICE C

CEDULA DE ENTREVISTA DE CREENCIAS MATERNAS EN ACCIONES DE PROMCION DE LA SALUD

APENDICE C

CEDULA: Creencias maternas en acciones de promoción de la salud

I. Ficha de Identificación

Domicilio: _____

Clave

1. Edad (Años cumplidos) _____

2. Ocupación _____

3. Peso (en kilos) _____

4. Talla _____

5. Escolaridad

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

6. Qué es para usted salud?

1. Ausencia de enfermedad o síntomas
2. Realizar sus actividades diarias en forma normal
3. Sentirse bien y fuerte
4. Sentirse cómodo en su medio ambiente
5. Estar bien con Dios
6. Estar en armonía con fuerzas positivas y negativas
7. No sabe
8. Otra definición: _____

7. La falta algo para estar sano?

1. Estar en paz con Dios
2. Curarme de la enfermedad o síntoma que padezco
3. Hacerme una limpieza
4. Cumplir bien con mis actividades diarias
5. Llevar una vida armónica con mi familia y en el trabajo
6. Sentirme con mucha vitalidad
7. No me falta nada
8. Otra: _____

8. Qué es más importante para su vida?

1. Tener casa propia
2. Tener suficiente dinero para su bienestar

3. Tener una familia que me quiera
4. Tener amigos
5. Tener salud y que mi familia este sana
6. Tener fé en Dios
7. No sabe
8. Otra: _____

9. Diga tres valores que son más importantes en su vida

1. _____
2. _____
3. _____

10. Cómo considera su salud en lo general?

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

11. Cómo considera usted su peso en relación a su talla actualmente?

1. Normal
2. Debajo de lo normal (bajo peso)
3. Encima de lo normal (exceso de peso)
4. No puede juzgar

12. Actualmente cree usted estar sana?

1. Si
2. No
3. No puede juzgar

13. La salud de usted, es responsabilidad de:

1. Su esposo
2. Suya
3. De ambos
4. Del médico
5. Otro _____

14. Cuando lleva a cabo algun cuidado en beneficio de su salud:

1. Lo inicia y termina con éxito
2. Sólo lo inicia y no lo termina
3. Lo inicia y hace 2 ó 3 intentos antes de terminarlo
4. No aplica

15. Cuando lleva a cabo algún cuidado para su salud qué beneficios obtiene?

1. Disminuye el riesgo de enfermarse
2. Le permite curarse
3. Le permite estar en tratamiento y hacer su vida normal
4. Se siente tranquilo
5. Otro _____
6. Ningún beneficio

16. Cuando usted sigue el tratamiento y las indicaciones para la atención de sus hijos, qué beneficios obtiene?

1. Lograr que mi hijo se cure
2. Tranquilidad como madre que cumple sus rol
3. Mantener la salud de sus hijos
4. Obtengo aprobación de mi esposo
5. Le dedica el tiempo necesario al desempeño de sus actividades
6. Otro _____
7. Ningún beneficio

17. Cuando quiere realizar algún cuidado para su salud en su casa, no puede llevarla a cabo por:

1. Falta de tiempo
2. Falta de conocimiento
3. Falta de recursos económicos
4. Otro _____
5. Ninguna barrera

18. Qué dificultades tiene usted para cumplir con las acciones de salud para su familia?

1. Falta de tiempo
2. Falta de conocimiento
3. Falta de recursos económicos
4. No aceptación del tratamiento por su familia
5. Otro _____
6. Ninguna barrera

19. Cuando quiere o necesita acudir al hospital público o privado para atender su salud, no acude por:

1. Falta de tiempo
2. El horario que posee el hospital no va de acuerdo al tiempo que usted tiene disponible
3. La consulta le parece cara
4. Pierde mucho tiempo esperando que la atiendan
5. El trato que le dan en el hospital es malo

6. Si acude al hospital

7. Otro _____

20. Lo que usted sabe sobre cuidados de salud, se lo enseñó:

1. Su madre

2. Lo aprendió por experiencia y conocimientos

3. Se lo enseñó una vecina o amiga

4. Otros familiares

5. Otro, especifique _____

21. Enliste 3 de los cuidados de salud que aprendió de su familia

CASO O ENFERMEDAD

CUIDADO

1. _____

2. _____

3. _____

22. Existe algún programa de salud en la clínica que usted acude que se relacione con el cuidado de su salud y la de

1. Si

2. No

3. No sé

23. Sus ocupaciones de trabajo, le dejan tiempo para realizar cuidados en beneficio de su salud?

1. Siempre

2. Algunas veces

3. Nunca

24. Cuenta usted y su familia con algún tipo de seguridad social?

1. IMSS

2. ISSSTE

3. SES (población abierta)

4. Medicina Privada

5. Medicina empresarial

6. Otro _____

7. No cuenta

25. Diga tres acciones para el cuidado de sus hijos a fin de evitar la enfermedad

1. _____

2. _____

3. _____

26. Participa usted en algún programa de salud, de la clínica a la que usted acude?

- 1. Siempre
- 2. Algunas veces
- 3. Nunca

27. Su familia esta integrada a algún programa de salud?

- 1. Siempre
- 2. Algunas veces
- 3. Nunca

28. En el pasado ha asistido y participado en algún programa de salud?

- 1. Siempre
- 2. Algunas veces
- 3. Nunca

29. Su familia en el pasado ha asistido a algún programa de salud?

- 1. Siempre
- 2. Algunas veces
- 3. Nunca

30. De quién ha recibido orientación para mantener su salud y prevenir la de sus hijos?

- 1. Personal de salud
- 2. Familia
- 3. Vecinas y amigas
- 4. Medios masivos de comunicación
- 5. Otro _____
- 6. No ha recibido

31. Ha recibido folletos informativos o le han mostrado videos, fotografías para orientarla a fin de mantener y prevenir enfermedades de usted y de su familia?

- 1. Si
- 2. No

32. Los mensajes de salud televisivos y de radio que orientan para seguir acciones de salud, son útiles?

- 1. Siempre
- 2. Algunas veces
- 3. Nunca

APENDICE D

INSTRUCTIVO DE LA CEDULA DE ENTREVISTA DE CREENCIAS MATERNAS EN ACCIONES DE PROMOCION DE LA SALUD

APENDICE D

INSTRUCTIVO: Para la cedula creencias maternas en acciones de promoción de la salud

I. Ficha de Identificación

Domicilio. Anote el nombre de la calle y número de oficial asignado a la vivienda.

Ejemplo: Tula 181 col. Mitras Centro

1. **Edad.** Anote en años cumplidos la edad de la persona encuestada (Únicamente de 15 a 50 años)
2. **Ocupación.** Escriba lo más completo posible la ocupación.
3. **Peso.** Anote en forma correcta el peso determinando en kilos y gramos de dos cifras para kilos y una para gramos. Señalando el punto entre kilos y gramos. Ejemplo 58.500 kg
4. **Talla.** Anote en metros y centímetros. Ejemplo:
1m 75cm 1,75
5. **Escolaridad** Anote la opción correspondiente tomando en cuenta el máximo ciclo escolar que completó el encuestado, se utilizarán las siguientes opciones:
 1. Sin escolaridad
 2. Primaria incompleta
 3. Primaria completa
 4. Secundaria incompleta
 5. Secundaria completa
 6. Estudios post secundarios
6. **Qué es para usted salud? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada. En caso de no corresponder a ninguno, registre lo que textualmente mencione el entrevistado.**
 1. Ausencia de enfermedad o síntomas
 2. Realizar sus actividades diarias en forma normal
 3. Sentirse bien y fuerte
 4. Sentirse cómodo en su medio ambiente
 5. Estar bien con Dios
 6. Estar en armonía con fuerzas positivas y negativas
 7. No sabe
 8. Otra definición: _____

7. La falta algo para estar sano? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice el

paciente en el inciso ocho.

1. Estar en paz con Dios
2. Curarme de la enfermedad o síntoma que padezco
3. Hacerme una limpia
4. Cumplir bien con mis actividades diarias
5. Llevar una vida armónica con mi familia y en el trabajo
6. Sentirme con mucha vitalidad
7. No me falta nada
8. Otra: _____

8. Qué es más importante para su vida? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice el paciente en el inciso ocho.

1. Tener casa propia
2. Tener suficiente dinero para su bienestar
3. Tener una familia que me quiera
4. Tener amigos
5. Tener salud y que mi familia este sana
6. Tener fé en Dios
7. No sabe
8. Otra: _____

9. Diga tres valores que son más importantes en su vida. Registrar textualmente los primeros tres valores que refiera el entrevistado en el espacio abierto.

1. _____
2. _____
3. _____

10. Cómo considera su salud en lo general? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado.

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

11. ¿Cómo considera usted su peso en relación a su talla actualmente? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo con la respuesta del encuestado

1. Normal
2. Debajo d elo normal (bajo de peso)
3. Encima de lo normal (exceso de peso)
4. No puede juzgar

12. Actualmente cree usted estar sana? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado

1. Si
2. No
3. No puede juzgar

13. La salud de usted, es responsabilidad de: Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice el encuestado en el inciso cinco.

1. Su esposo
2. Suya
3. De ambos
4. Del médico
5. Otro _____

14. Cuando lleva a cabo alguna acción en beneficio de su salud: Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, marcar el inciso cuatro.

1. Lo inicia y termina con éxito
2. Sólo lo inicia y no lo termina
3. Lo inicia y hace 2 ó 3 intentos antes de terminarlo
4. No aplica

15. Cuando lleva a cabo algún cuidado para su salud qué beneficios obtiene? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice la persona en el inciso cinco.

1. Disminuye el riesgo de enfermar
2. Le permite curarse
3. La permite estar en tratamiento y hacer su vida normal
4. Se siente tranquilo
5. Otro _____
6. Ningún beneficio

16. Cuando usted sigue el tratamiento y las indicaciones para la atención de sus hijos qué beneficios obtiene? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice el encuestado en el inciso seis.

1. Lograr que mi hijo se cure

2. Tranquilidad como madre que cumple su rol
3. Mantener la salud de sus hijos
4. Obtengo aprobación de mi esposo
5. Le dedica el tiempo necesario al desempeño de sus actividades
6. Otro _____
7. Ningún beneficio

17. Cuando quiere realizar algún cuidado para su salud, en su casa, no puede llevarla a cabo por: Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice el paciente en el inciso cuatro.

1. Falta de tiempo
2. Falta de conocimiento
3. Falta de recursos económicos
4. Otro _____
5. Ninguna barrera

18. Qué dificultades tiene ustedes para cumplir con las acciones de salud para su familia? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente el paciente en el inciso cinco.

1. Falta de tiempo
2. Falta de conocimiento
3. Falta de recursos económicos
4. No aceptación del tratamiento por su familia
5. Otro _____
6. Ninguna barrera

19. Cuando quiere o necesita acudir al hospital público o privado para atender su salud, no acude por: Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice el paciente en el inciso siete.

1. Falta de tiempo
2. El horario que posee el hospital no va de acuerdo al tiempo que tiene disponible
3. La consulta le parece cara
4. Pierde mucho tiempo esperando que la atiendan
5. El trato que le dan en el hospital es malo
6. Si acude al hospital
7. Otro _____

20. Lo que usted sabe sobre cuidados de salud, se lo enseñó: Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo al arespuata del encuestado. En caso que ninguna de estas opciones corresponda, registrar testualmente lo que dice la persona en el inciso cinco.

1. Su madre
2. Lo aprendió por experiencia
3. Se lo enseñó una vecina o amiga
4. Otros familiares
5. Otro, especifique _____

21 Enliste 3 de los cuidados de salud que aprendió de su familia. Registrar textualmente los tres primeros cuidados de salud con sus respectivos casos o enfermedades en que los aplican referidos por el entrevistado en los espacios abiertos.

CASO O ENFERMEDAD	CUIDADO
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

22. Existe algún programa de salud en la clínica que usted acude, que se relacione con el dado de su salud y la de su familia? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Si
2. No
3. No sé

23. Sus ocupaciones de trabajo le dejan tiempo para realizar cuidados en beneficio de su salud? Seleccione una de las siguientes opciones de de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

24. Cuenta usted y su familia con algún tipo de seguridad social? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso que ninguna de las opciones corresponda, registrar tectualmente, lo que dice la persona en el inciso seis

1. IMSS
2. ISSSTE
3. SES (población abierta)
4. Medicina Privada
5. Medicina empresarial

6. Otro _____

7. No cuenta

25. Diga tres acciones para el cuidado de sus hijos a fin de evitar la enfermedad. Registrar textualmente las primeras cinco acciones de salud que refiera el encuestado en los espacios abiertos.

1. _____
2. _____
3. _____

26. Participa usted en algún programa de salud, de la clínica a la que usted acude? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

27. Su familia esta integrada a algún programa de salud? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

28. En el pasado ha asistido y participado en algún programa de salud? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

29. Su familia en el pasado ha asistido a algún programa de salud? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

30. De quién ha recibido orientación para mantener sus salud y prevenir la de sus hijos? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado. En caso de que ninguna de estas opciones corresponda, registrar textualmente lo que dice la persona en el inciso cinco.

1. Personal de salud
2. Familia
3. Vecinas y amigas

4. Medios masivos de comunicación
5. Otro _____
6. No ha recibido

31. Ha recibido folletos informativos o le han mostrado videos, fotografias para para orientarla a fin de mantener y prevenir enfermedades de usted y de su familia? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Si
2. No

32. Los mensajes de salud televisivos y de radio, que orientan para seguir acciones de salud, son útiles? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta del encuestado.

1. Siempre
2. Algunas veces
3. Nunca

