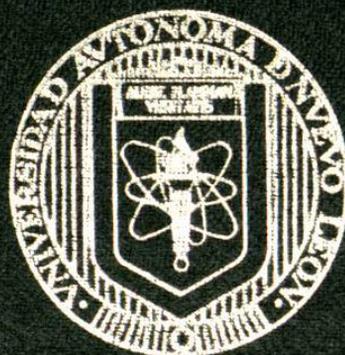


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD
Y ESTILO DE VIDA EN TRABAJADORES
DE UNA REFINERIA**

Por

LIC. FELICITAS ELENA DIAZ VEGA

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria**

AGOSTO, 2001

1954

1955

1956

1957

1958

1959

1960

1961

1962

1963

1964

1965

1966

1967

1968

1969

1970

1971

1972

1973



1080093843

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**PERCEPCION DEL ESTADO DE SALUD
Y ESTILO DE VIDA EN TRABAJADORES
DE UNA REFINERIA**

Por

LIC. FELICITAS ELENA DIAZ VEGA

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfoque en Salud Comunitaria**

AGOSTO, 2001

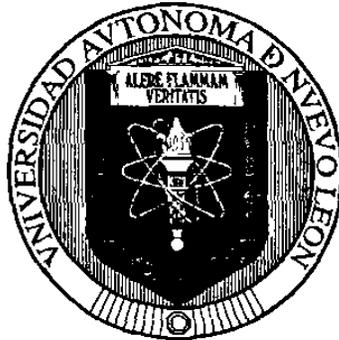
RC965
.P48
D5



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA
EN TRABAJADORES DE UNA REFINERÍA**

Por:

LIC. FELÍCITAS ELENA DÍAZ VEGA

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Agosto, 2001

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA
EN TRABAJADORES DE UNA REFINERÍA**

Por:

LIC. FELÍCITAS ELENA DÍAZ VEGA

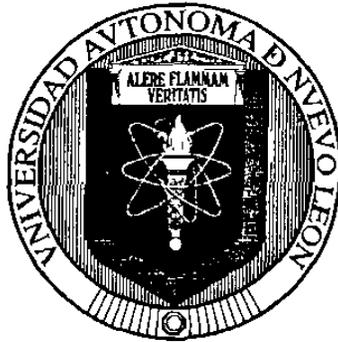
DIRECTOR DE TESIS

M.S.P. LUCIO RODRÍGUEZ AGUILAR

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

Agosto, 2001

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA
EN TRABAJADORES DE UNA REFINERÍA**

Por:

LIC. FELÍCITAS ELENA DÍAZ VEGA

ASESOR ESTADÍSTICO:

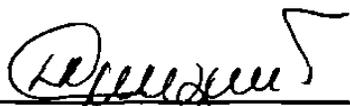
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA PhD

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con énfasis en Salud Comunitaria**

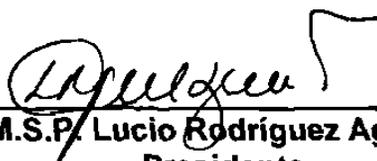
Agosto, 2001

**PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA
EN TRABAJADORES DE UNA REFINERÍA**

Aprobación de Tesis



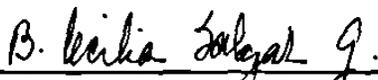
**M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Director de Tesis**



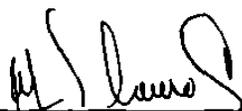
**M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Presidente**



**M.C.E. Santiago E. Esparza Almanza
Secretario**



**Bertha Cecilia Salazar González PhD
Vocal**



**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación**

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme concedido seguir los privilegios de la vida y superación para alcanzar una meta más.

A la Universidad Veracruzana, especialmente a la Dirección General de Apoyo al Desarrollo Académico y al Programa de Mejoramiento al Profesorado, por darme la oportunidad de realizar esta meta.

A la Lic. Manuela Téllez Zárate Directora y al personal docente de la Facultad de Enfermería de Minatitlan, Veracruz por sus apoyos y consejos durante la realización de esta meta. Gracias.

A la M.S.P. Magdalena Alonso Castillo Secretaria de Postgrado y todo el personal de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por su apoyo y colaboración en la realización de la maestría.

A M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar, mi director de tesis por toda su valiosa asesoría, dedicación y paciencia en la elaboración de este trabajo.

A los integrantes del Comité de Tesis, M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar, M.C.E. Santiago E. Esparza Almanza, Bertha Cecilia Salazar González PhD y Marco Vinicio Gómez Meza Ph D., por las valiosas aportaciones realizadas a este trabajo.

A la Refinería "Lázaro Cárdenas", especialmente al Dr. Miguel Urieta Jefe de la Unidad Médica, personal médico, enfermería y trabajadores en general de la empresa por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A Dios por darme la oportunidad y el tiempo para lograr una meta más en mi vida.

A mi abuelita Esperanza que ha sido ejemplo de mujer de lucha y rebasar barreras.

A mi padres Nicolás y Consuelo por su apoyo y paciencia en todo momento sobre todo en la realización de mis metas.

A mis hijos Pablo Jair y Cynthia por su apoyo y comprensión invaluable que me brindaron por todo el tiempo de sacrificios para mi superación.

A mis hermanos Josefa, María de la Luz, José y Antonia; tíos, primos y demás familiares por su motivación, apoyo y confianza que depositaron en mí para seguir adelante.

A Georgina y Juan que aunque ya no están con nosotros siempre estarán vivos para mí.

A mis amigos Víctor, Lourdes, Xochilth, Loly, Ramona y demás amigos como compañeras de Maestría por todo el apoyo en los momentos más difíciles de nuestra estancia en Monterrey. Gracias Amigos.

A Conchita y Martha por haberme facilitado mi estancia y consejos recibidos en la ciudad de Monterrey.

Tabla de Contenido

Capítulo I	Página
Introducción	1
Importancia del estudio	4
Marco teórico conceptual	4
Modelo de Promoción a la Salud	4
Definición de términos	9
Estudios relacionados	10
Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales	11
Factores personales biológicos	11
Factores personales socioculturales	11
Factores personales psicológicos	12
Hipótesis	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño del estudio	14
Población	14
Plan de muestreo y muestra	14
Criterios de inclusión	15

Material	15
Cédula de Identificación de Factores Personales (CIFP)	15
Perfil de Estilo de Vida Promotor (PEPS II)	16
Encuesta General de Salud (MOS)	17
Procedimiento	18
Ética de estudio	18
Análisis de datos	19
Capítulo III	
Resultados	21
Confiabilidad de los Instrumentos	21
Prueba de Normalidad de Kolmogorov-Smirnov	23
Datos descriptivos de las variables de estudio	24
Asociación entre las variables de estudio	29
Pruebas de hipótesis	31
Capítulo IV	
Discusión	39
Conclusiones	43
Recomendaciones	44
Referencias	45
Apéndices	
A Estructura Conceptual Teórico Empírica	51
B Cédula de Identificación de Factores Personales	52

C Técnica de toma de peso y talla	54
D Clasificación de la Tensión Arterial	55
E Técnica de toma de Tensión Arterial	56
F Cuestionario de Perfil de Estilos de Vida Promotor	57
G Encuesta de Resultados Médicos (MOS)	59
H Escala gráfica de apoyo (MOS)	61
I Presión arterial de los trabajadores de una refinería	62
J Consentimiento informado	63

Tablas

Tabla		Página
1	Coeficiente de Alpha de Cronbach del instrumento Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II) y Encuesta de Salud General (MOS.	22
2	Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables de estudio.	23
3	Datos Descriptivos de los factores personales biológicos y socioculturales de los trabajadores de refinería.	24
4	Factores personales de los trabajadores de refinería.	25
5	Índice de masa corporal de acuerdo a clasificación de la NOM-015-SSA2.	26
6	Estilo de vida promotor de los trabajadores de una refinería.	26
7	Estilo de vida promotor por sexo de los trabajadores de una refinería.	27
8	Estilo de vida promotor por ocupación de los trabajadores de una refinería.	29
9	Coeficiente de Correlación de Spearman de factores personales biológicos y socioculturales con estilo de vida promotor.	30
10	Regresión Lineal Múltiple. Efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales sobre el estilo de vida promotor.	31
11	Efecto de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales sobre el estilo de vida promotor.	32
12	Regresión Lineal Múltiple. Efecto del sexo, edad, IMC y presión arterial sobre el estilo de vida promotor .	33
13	Regresión Lineal Múltiple. Efecto de los factores socioculturales en el estilo de vida promotor.	33

Tabla		Página
14	Regresión Lineal Simple. Efecto de la Percepción del Estado de Salud en el estilo de vida promotor.	34
15	Prueba U de Mann-Whitney del estilo de vida promotor en trabajadores hombres y mujeres.	36
16	Rangos medios del estilo de vida promotor por sexo.	36
17	Prueba U de Mann-Whitney del estilo de vida promotor en trabajadores obreros y administrativos.	37
18	Rangos medios de estilo de vida promotor por ocupación.	38

Figuras

Figura		Página
1	Modelo de Promoción a la Salud (PEPS II).	7
2	Percepción del estado de salud con estilo de vida promotor.	35

RESUMEN

Felicitas Elena Díaz Vega
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto 2001

Título del estudio: PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA EN LOS TRABAJADORES DE UNA REFINERÍA.

Número de Páginas: 63

Candidato para obtener el
Grado de Maestría en
Ciencias de Enfermería con
Énfasis en Salud Comunitaria

Área de estudio: Salud Comunitaria.

Propósito y método del estudio: El propósito del estudio fue determinar el efecto de la percepción del estado de salud y de los factores personales biológicos, socioculturales sobre el estilo de vida promotor en los trabajadores de una industria petrolera del sur de Veracruz. El estudio se realizó bajo la perspectiva teórica del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996). El diseño fue de tipo descriptivo-correlacional. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional. La muestra total fue de 196 trabajadores, estimada para la prueba de Regresión Lineal Múltiple para seis variables con $\alpha .05$, determinación ($R^2 = .10$) y potencia de 95%. Los instrumentos utilizados fueron a) Cédula de Identificación de Factores Personales, b) Perfil de Estilos del Vida Promotor a la Salud (PEPS II) y c) Encuesta General de Salud (MOS). Los instrumentos mostraron consistencia interna aceptable.

Contribución y conclusiones: los resultados obtenidos permitieron verificar que los factores personales biológicos, socioculturales y la percepción del estado de salud afectan el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería ($F_{(11,184)} = 1.92, p < .05, R^2 = 4.9\%$). Los factores biológicos y socioculturales no mostraron efecto significativo sobre el estilo de vida promotor, así mismo no hubo diferencia significativa en el estilo de vida promotor según sexo y ocupación de los trabajadores, sólo se encontró diferencia significativa en el estilo de vida promotor: nutrición y responsabilidad en salud por ocupación ($p < .05$). La percepción del estado de salud afectó en forma significativa el estilo de vida promotor ($F_{(1,184)} = 6.6, p < .05, R^2 = 2.5\%$). La edad se asoció en forma significativa con la percepción del estado de salud, con responsabilidad en salud, nutrición y manejo de estrés ($p < .05$). El ingreso económico se asoció con el estilo de vida promotor ($p < .05$). El índice de masa corporal se asoció en forma negativa y significativa con ejercicio y con la percepción del estado de salud ($p < .05$).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



CAPÍTULO I

Introducción

Los problemas globales de salud que más predominan y que se reflejan en las primeras causas de morbilidad son el resultado de las conductas de salud personales que comprometen la salud de la población (Pender, 2000). Una cuarta parte del peso nacional de la enfermedad en México está ubicado en la población mayor de 15 años, dos terceras partes en los hombres y el resto en las mujeres, con una pérdida importante de años productivos, resultado de las enfermedades no transmisibles tales como cirrosis hepática, diabetes mellitus, cardiopatía e hipertensión arterial (Lozano, Murray, Bobadilla & Fernández, 1994).

El entorno laboral de los individuos constituye parte del ambiente donde pasan más de un tercio de su vida (Organización Panamericana de la Salud, [OPS] 1998). En los trabajadores, la ocupación es un elemento esencial del estilo de vida ya que ocupa una buena cantidad de tiempo, dicta un determinado ritmo de vida, consume energía física y psíquica e influye en las concepciones y criterios, además de relacionarse con las esferas biopsicosociales del individuo. Los trabajadores constituyen la población

económicamente productiva donde recae el mayor peso de la economía nacional (Martínez et al.,1998).

En el estado de Veracruz, la industria del petróleo representa una de las fuentes más importantes de trabajo, por lo que los trabajadores constituyen un grupo importante a ser estudiado por ser la fuerza laboral y la principal fuente de ingreso de la mayoría de las familias. Los estilos de vida saludables tienen un fuerte impacto en el estado de salud y bienestar de los miembros de la sociedad. Se ha insistido en la importancia que tienen para toda la población, ya que aproximadamente el 50% de las muertes se relacionan a estilos de vida no saludables (Terris, 1992).

Un estilo de vida promotor implica una buena nutrición, ejercitarse de manera regular, responsabilizarse por su salud, buenas relaciones interpersonales, desarrollo espiritual y manejo de estrés. El lograr un estilo de vida promotor debe ser la meta de los individuos, dirigidos a alcanzar estados de salud positivos (Pender, 1996). Sin embargo, el generar cambios para lograrlos ha sido difícil por desconocer los factores que influyen para iniciarlos y mantenerlos durante toda la vida (Pender, 1996; Sally, Lusk, David, Ronis & Hogan, 1997; Walker, Volkan, Sechrist & Pender, 1988).

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propone una forma de explicar y predecir el estilo de vida promotor y constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman decisiones sobre el cuidado de su propia salud y explorar los procesos biopsicosociales que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud (Pender, 1996).

El estudio de los factores que influyen en el estilo de vida promotor de los trabajadores es una temática que ha sido poco abordada, la mayoría de los estudios en este campo han explorado los factores de riesgo laborales y accidentes de trabajo (Martínez et al. 1998). Los estudios realizados en México sobre el estilo de vida promotor han sido en población aparentemente sana; adolescentes, adultos jóvenes, mujeres con vida sexual activa, población adulta, y conductas protectoras en población con diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar e hipertensión arterial entre otras. Recientemente se ha estudiado la población de trabajadores de la industria alimentaria (Cruz, 2001).

Se ha reportado la asociación y efecto significativos de algunos determinantes sociodemográficos como la edad, sexo, IMC, tensión arterial, ocupación, estado marital y años de estudio, así mismo la percepción del estado de salud y autoestima como factores personales psicológicos, que han explicado el estilo de vida promotor o protector de salud (Acevedo, 1996; Arriola, 2001; Cruz, 2001; Esparza, 1999; Quintana, 2000; Oliva, 2001).

En países como Estados Unidos se han estudiado algunos determinantes sobre las conductas promotoras en población adulta con alguna característica laboral donde reportan que algunos aspectos cognitivo perceptuales fueron determinantes en el estilo de vida promotor no así los factores sociodemográficos como lo expresa Pender en su modelo (Duffy, 1988; 1997; Lusk, Ronis & Hogan, 1997).

En virtud de lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué manera la percepción del estado de salud afecta el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería?

Importancia del estudio

- a) Los resultados del estudio permitieron medir en forma empírica los conceptos teóricos: factores personales biológicos y socioculturales, percepción del estado de salud y estilo de vida promotor en la población de trabajadores bajo la perspectiva teórica del MPS (Pender, 1996).
- b) Se probó la escala Perfil de Estilos de Vida Promotores II, versión en español con autorización de la autora.

Marco teórico conceptual

Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996)

Para el presente estudio se consideró como base el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996). Este modelo sustenta que la probabilidad de que ocurra una conducta o un estilo de vida promotor a la salud depende de la combinación de las características y experiencias individuales, cogniciones y afectos específicos de la conducta para emprender un plan de acción. Está fundamentado en el desarrollo humano, la psicología social y la educación (Figura No. 1). El Modelo de Promoción a la Salud (Pender, 1996) contiene tres constructos principales: Características y Experiencias

Individuales, Cogniciones y Afectos Específicos de la Conducta, y Resultado Conductual.

Características y experiencias individuales.

Se refiere a los rasgos o características específicas y experiencias personales únicas que afectan o no las acciones subsecuentes de la conducta del individuo, con lo que crea experiencias de conductas promotoras de salud, abarca los siguientes conceptos:

- a) Conducta previa relacionada, es el resultado de la conducta pasada en la conducta promotora de salud actual, con efecto directo e indirecto en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud.
- b) Factores personales, son características que predicen una conducta dada e influyen directamente en las cogniciones y afectos específicos de la conducta, han sido clasificados como: factores personales biológicos incluye la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado menopaúsico, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad o el equilibrio. Los factores personales psicológicos incluyen la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud. Los factores personales socioculturales incluyen variables como la raza, la etnicidad, la aculturación, la educación y el estado socioeconómico.

Cogniciones y afectos específicos de la conducta.

Se constituyen en el núcleo crítico para la intervención, ya que son sujetos de modificar a través de las acciones de enfermería. Contiene seis

Contiene seis conceptos que son:

- a) **Beneficios percibidos a la acción**, son los resultados positivos anticipados de una determinada conducta lo cual motiva a iniciar o continuar dicha conducta en forma directa o indirecta y establecer un compromiso con un plan de acción para la realización de conductas.
- b) **Barreras percibidas a la acción**, son obstáculos, bloques, costos personales y motivos de evasión para emprender una acción dada. Las barreras se relacionan con la falta de disponibilidad, incomodidad, costos o dificultad para tomar opciones.
- c) **Autoeficacia percibida**, es el juicio de la capacidad que la persona tiene para organizar y ejecutar un curso particular de acción. Es un aspecto determinante en la conducta promotora de salud.
- d) **Afecto relacionado a la actividad**, son los estados de sentimientos subjetivos que ocurren antes, durante y después de una conducta que pueden ser positivas o negativos y de forma leve, moderada y fuerte. Si son positivos es probable que la conducta se repitan y si son negativos tiende a ser evitada.
- e) **Influencias interpersonales**, se refiere al apoyo social percibido por el individuo de parte de la familia, amigos y personal de salud, que pueden influir en las conductas promotoras de salud del individuo, directa e indirectamente a través de presiones sociales o estímulos para comprometerse a realizar un plan de acción.

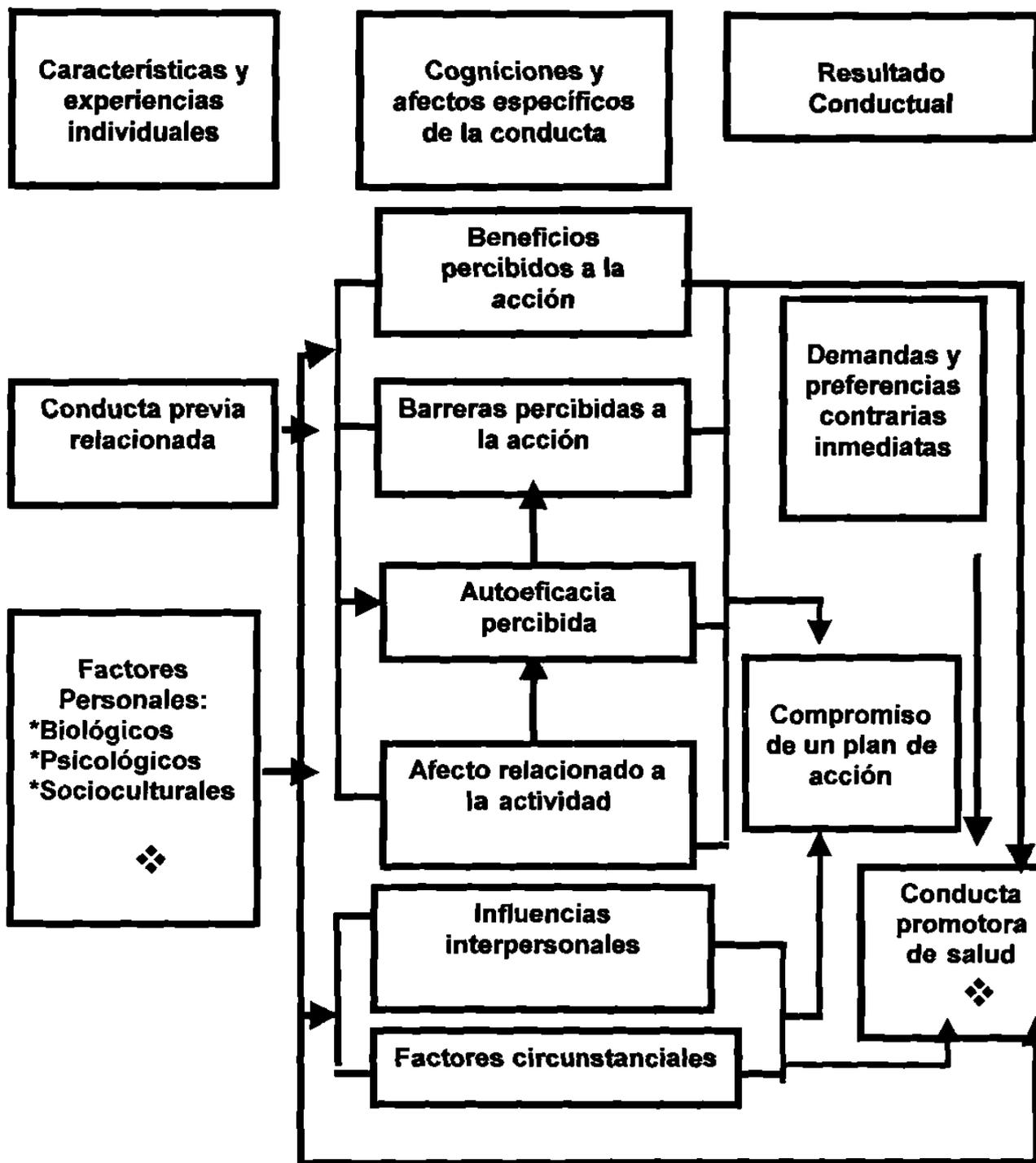


Figura No. 1 Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996)

❖ Conceptos a estudiar en base al modelo.

- f) **Factores circunstanciales**, son las percepciones de las opciones disponibles, las características de demanda y las características estéticas del medio ambiente en el cual se propone que tenga lugar una conducta dada.

Resultado conductual

Es la resultante de emprender o continuar las conductas promotoras de salud y el compromiso que impulsará al individuo hacia la acción. Consideran tres conceptos:

- a) **Compromiso con un plan de acción**, es un punto crítico en el proceso de cambio de conducta mediante su compromiso con los miembros de la familia, amigos y compañeros de trabajo u otros, debe acompañarse de estrategias si quiere lograr el desempeño de una conducta de salud.
- b) **Demandas y preferencias contrarias e inmediatas**, se refieren a las conductas alternativas que se introducen a la fuerza en la conciencia como cursos posibles de acción, situaciones que impiden que el cliente realice una conducta promotora de salud, se pueden presentar en último momento, y puede hacer a un lado un plan de acción.
- c) **Conducta promotora de salud**, es el punto final o resultado de acción en el MPS, dirigida al logro de resultados de salud positivos para el cliente. Las conductas promotoras de salud cuando están integradas a un estilo de vida saludable dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida (la estructura conceptual teórico-empírica se encuentra en Apéndice A).

Definición de términos

- a) **Factores personales, es el término que se le da a los determinantes o factores que predicen una conducta dada. Según Pender (1996), se clasifican en: biológicos, psicológicos y socioculturales.**
- b) **Factores biológicos, factores biológicos seleccionados son edad, sexo, e índice masa corporal (IMC) y tensión arterial.**
1. **Edad se refiere a los años cumplidos en términos del trabajador de la refinería.**
 - 2 **Sexo es equivalente al género, se registrará en términos de masculino y femenino.**
 - 3 **IMC es el grado nutricio que tiene el trabajador de refinería con relación al peso y talla (kilogramos sobre el cuadrado de su estatura en metros) citado por la Secretaría de Salud en la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998.**
 - 4 **Tensión Arterial es la medición de la fuerza ejercida por la sangre sobre las paredes arteriales; para su valoración se considera la Norma Oficial Mexicana (NOM) para el tratamiento y control de Hipertensión Arterial (SSA, 1986).**
- c) **Factores socioculturales incluyen variables como educación y nivel socioeconómico, estado civil, origen, ocupación. Los factores biológicos y socioculturales se registrarán en la cédula de identificación de factores personales.**

- d) Factores psicológicos son factores cognitivos, emotivos y actitudinales que pueden influir en forma positiva y negativa sobre la conducta específica de los trabajadores de refinería. Se utilizará la encuesta de salud general (MOS Short form General Health Survey) (Stewart, Hayes & Ware, 1988) para medir la percepción del estado de salud de los trabajadores.
- e) Estilo de vida promotor de salud, es un patrón multidimensional de acciones que sirven para conservar o fomentar el nivel de bienestar, autoactualización y satisfacción de sus necesidades personales. En este estudio se tomarán en cuenta la escala total y subescalas de estilos de vida, serán medidos con la escala de Perfil de Estilos de Vida II (Walker, Sechrist & Pender, 1995).

Estudios Relacionados

Factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales

Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales influyen en forma directa e indirecta en la conducta promotora de salud (Pender, 1996). Cruz (2001), reportó efecto significativo de los mismos factores antes citados sobre el estilo de vida promotor en los trabajadores de la industria alimentaria ($F_{(11,166)} = 3.49, p < .01$) con variación explicada de 18.8 por ciento.

Factores personales biológicos

Los factores personales biológicos tales como la edad y el sexo han

contribuido a explicar algunos estilos de vida promotores y conductas protectoras de salud. Las mujeres México-americanas de edad mediana califican mejor el estilo de vida promotor que las de menor y mayor edad (Duffy, 1997). Los hombres tienen mayor riesgo ante conductas negativas de salud que las mujeres y en general la población mayor de 60 años están más expuestas a riesgos de salud por dificultad de emprender conductas promotoras de salud (Matute & Aragón, 1995). La edad se asoció y contribuyó significativamente a la explicación de la varianza del estilo de vida promotor de salud, los adultos calificaron más alto en las conductas de responsabilidad en salud, nutrición y manejo de estrés que los jóvenes (Palank, 1991; Walker et al., 1988). El sexo se asoció en forma significativa con el ejercicio y responsabilidad en salud en empleados universitarios ($p < .02$), los hombres realizan conductas de autoactualización y conductas de ejercicio más que las mujeres; y las mujeres mostraron más conductas de responsabilidad en salud que los hombres (O'Quinn, 1995).

Factores personales socioculturales

Los factores socioculturales que han sido estudiados con relación al estilo de vida promotor tales como el nivel de educación, nacionalidad y salario contribuyeron en forma significativa a entender como los factores del estilo de vida como lo es la práctica de buena nutrición y conductas más sanas influyen en la salud y bienestar en los trabajadores ($p < .05$) (Christiansen, citado por Duffy, 1997; Talvi, Järvisaio & Knuts, 1999). Se determinó que el bajo poder

adquisitivo y nivel bajo de estudios tenían mayor riesgo para adoptar y conservar prácticas y estilos de vida saludables (Matute & Aragón, 1996).

Los empleados universitarios que se ejercitan con regularidad tienen un estilo de vida más saludable en cuanto a la situación laboral que otro tipo de empleados como administradores y personal no docente (O'Quinn, 1995). En los adultos mayores, el número de años de educación se asoció significativamente con la nutrición, el apoyo interpersonal y el manejo de estrés ($p < .05$) (Palank, 1991; Walker et al., 1988).

Factores personales psicológicos

En relación a los factores psicológicos tales como percepción del estado de salud y las creencias en la salud propia, motivan a las personas que opten por conductas promotoras de salud. Así mismo el valor que la persona da a su salud es el predictor más exacto de las conductas específicas de salud (Abood & Conway, 1992; Weitzel, 1988). En los grupos de adolescentes mujeres, adultos mayores y poblaciones con enfermedades crónico degenerativa la percepción de buena salud se ha asociado en forma significativa y explicado su efecto en el estilo de vida promotor, protector o específico de salud ($p < .05$), (Cadena, 1999; Guzmán, López, Trujillo, Alonso, 1999; Quintana, 2000).

Hipótesis

- a) **H1 Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto sobre el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería.**

- b) **H2 La edad, sexo, IMC y presión arterial tienen efecto sobre el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería.**

- c) **H3 La ocupación, escolaridad, estado marital, ingreso económico y el lugar de origen tienen efecto en el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería.**

- d) **H4 Percepción del estado de salud afecta el estilo de vida promotor de los trabajadores de una refinería.**

- e) **H5 Existen diferencias en el estilo de vida promotor según género en los trabajadores de una refinería.**

- f) **H6 Existen diferencias en el estilo de vida promotor según ocupación en los trabajadores de una refinería.**

Capítulo II

Metodología

Diseño de Investigación

Se realizó un estudio de tipo, descriptivo-correlacional (Polit y Hungler, 1999), implicó la descripción de los factores personales (biológicos, psicológicos, socioculturales) y estilo de vida promotor de los trabajadores de una refinería y se buscó asociación entre estas variables.

Población

La población estudiada fueron trabajadores de una refinería, obreros y administrativos de un total de 3, 702 ambos sexos.

Plan de Muestreo y Muestra

Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional, los estratos se formaron por el grupo de obreros y el grupo de administrativos. Se eligió una muestra de 196 participantes con n_1 (obreros) = 176; n_2 (administrativos) = 20, estimada para la prueba de Regresión Lineal Múltiple para seis variables con $\alpha.05$, coeficiente de determinación (R^2) de 0.10 y potencia de 95%.

Criterio de Inclusión

Trabajadores de 18 años y más.

Material

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron:

- a) Cédula de Identificación de Factores Personales (CIFP).
- b) Escuesta de Salud General (MOS Short-form General Health Survey).
- c) Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II (PEPS II).

La Cédula de Identificación de Factores Personales (CIFP)

Es un instrumento construido para la realización del presente estudio, consta de dos secciones: en la primera sección están los datos personales biológicos, con 6 preguntas que incluyen edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), peso, talla, presión arterial. En la segunda sección, se registraron los datos personales socioculturales como estado marital, lugar de origen, años de escolaridad, ocupación e ingreso en salarios mínimos (Apéndice B).

Para obtener el índice de masa corporal, se utilizó la fórmula peso (Kg)/ Estatura (mts)² se tomaron en cuenta los siguientes rangos: Obesidad >27 para talla normal y en población de talla baja >25; Sobrepeso 25>27 en talla normal y de talla baja 23>25; Normal <25 para talla normal y talla baja <23; Peso bajo en talla normal y baja <20 (Secretaría de Salud, NOM – 015-SSA2, 1994). Para la toma de peso y talla se utilizó una báscula de piso marca "Ohio"

calibrada en cada ocasión y regla métrica de madera marca "RZM", el procedimiento se ajustó a lo recomendado Potter (1995)(Apéndice C).

Para la medición de la presión arterial se utilizó un baumanómetro anaeroide marca "Aneroid Sphngnomater" y estetoscopio "LyTman", el procedimiento fue de acuerdo a la NOM-66-SSA (1986); OPS (1990) para la prevención y control de la hipertensión esencial en Atención Primaria de salud, los resultados de tensión arterial fueron informados a los participantes en forma inmediata (Apéndice D y E).

Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II (PEPS II)

El PEPS II versión en español (Walker et al., 1995), mide la frecuencia actual de conducta promotora de salud, la escala cuenta con 52 reactivos en un formato de respuesta de 4 puntos: 1= "nunca", 2= "algunas veces", 3= "frecuentemente" y 4 "=rutinariamente". Consta de seis subescalas: Responsabilidad en Salud con 9 reactivos con valor mínimo de respuesta de 9 y máximo de 36; Actividad Física con 8 reactivos con valor mínimo de 8 y máximo de 32; Nutrición con 9 reactivos con valor mínimo de 9 y máximo de 36; Desarrollo Espiritual con 9 reactivos con valor mínimo de 9 y máximo de 36; Relaciones Interpersonales con 9 reactivos con valor mínimo de 9 y valor máximo de 36; y Manejo de Estrés con 8 reactivos con valor mínimo de 8 y máximo de 32 (Apéndice F).

Para el proceso estadístico se construyeron índices con valor de 0 a 100 donde un alto índice representa un mejor estilo de vida. El Coeficiente alpha de

Cronbach para este instrumento se reporta de .79 a .87 para las subescalas y .94 para la escala total (Walker, comunicación electrónica 1º de febrero 2001).

Encuesta de Salud General (Medical Outcomes Survey, MOS).

Esta encuesta fue desarrollada en 1988 por Stewart, Hays y Ware, su forma corta con 20 reactivos, fue desarrollado y traducido al español para su aplicación en población mexicana por Gallegos en 1996, este instrumento valora la percepción de la salud y ha sido utilizado por Cadena, (1999), Campa, (1997) y Gallegos, (1996), Oliva, (2001) quienes reportaron coeficiente de Alpha de Cronbach de .88, .78, .75, .86 y .90 respectivamente. El formato de respuesta es tipo Likert tiene seis opciones de 1= "todo el tiempo", 2="la mayor parte del tiempo, 3="buena parte del tiempo", 4="algo del tiempo", 5="poco tiempo" y 6="nada del tiempo", para los reactivos del 1 al 12 y 15 al 18. Los reactivos 13, 14 con tres respuestas, 19 y 20 con cinco respuestas de opción múltiple respectivamente. La escala es calificada en tres pasos: a) Recodificación de reactivos, b) Suma de los reactivos con patrón de respuesta similar y c) Transformación de la puntuación resultante a una escala de 0 a 100 donde a mayor puntuación un mejor resultado en el estado de salud percibido (Apéndice G).

El cuestionario tiene un valor máximo de 108 puntos y un valor mínimo de 18 puntos. Para mantener el sentido de la puntuación se invirtieron las preguntas 3, 5, 13, 14, 16, 17, 19 y 20. Para facilitar la comprensión de las escalas de respuestas, se presentaron al entrevistado cartillas que muestran

en forma gráfica las opciones de respuesta (Apéndice H). La obtención de los datos de los cuestionarios se realizaron a través de la entrevista en el lugar de trabajo de las personas seleccionadas.

Procedimiento

Para la realización del estudio se contó con la aprobación de la Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se solicitó la autorización por parte de la refinera y la lista de los trabajadores para seleccionar en forma aleatoria a los participantes de ambos sexos, así mismo el consentimiento informado a cada uno de los participantes.

La recolección de datos estuvo a cargo de la autora del estudio a través de una entrevista, se inició con la aplicación de la cédula, toma de peso y talla, presión arterial informando en forma inmediata los resultados, teniendo como duración en aplicación de instrumentos de 25 minutos. Se agradeció a los trabajadores por su colaboración. Así mismo, se llevó a cabo un programa de pláticas acerca de estilos de vida y de promoción a la salud en los diferentes departamentos de la refinera.

Ética del estudio

El presente estudio fue de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) en su Título Segundo, en el que destaca el respeto a la dignidad

de los participantes y la protección de sus derechos y bienestar. El estudio contó con el dictamen de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Capítulo I, Artículo 139. Al aplicar los cuestionarios se cuidó la forma de hacer las preguntas, sin juzgar la conducta de los participantes. De acuerdo al Artículo 14, fracción V, VII, y Artículo 20 y 21 se contó con el consentimiento informado por escrito, permitiendo al participante poder retirarse en el momento que lo decidiera (Apéndice J); en relación a lo citado en los Artículos 16 y 17 se les protegió la privacidad y anonimato del participante, así mismo se consideró una investigación sin riesgo , ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental.

Se contó con la autorización del titular de la empresa seleccionada donde se encontraban los sujetos del estudio, explicando con amplitud la justificación, los objetivos y procedimientos que se utilizaron . Se consideró lo dispuesto en el Capítulo V, Artículo 57 y Artículo 58 fracciones I y II garantizando que los resultados de la investigación no fueran utilizados en perjuicio de los individuos participantes por lo que los resultados se dieron a conocer a la empresa de manera grupal, sin haber la posibilidad de identificación individual.

Análisis de datos

Para la captura de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 10.0. Para el análisis estadístico se utilizó la estadística descriptiva para obtener frecuencias, proporciones, índices, medidas de tendencia central y la prueba de Kolmogorov

Smirnov a las variables continuas para determinar la normalidad. Se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman para determinar la asociación de las variables estudiadas. El Análisis Inferencial para la prueba de hipótesis fue de la siguiente manera:

- a) Para la Hipótesis 1, 2 y 3 se utilizó Regresión Lineal Múltiple.
- b) Para la Hipótesis 4 se utilizó Regresión Lineal Simple.
- c) Para la Hipótesis 5 y 6 se utilizó la prueba de U Mann-Whitney para comprobar diferencias del estilo de vida promotor según sexo y ocupación.

Capítulo III

Resultados

Los resultados obtenidos corresponden al estudio realizado en trabajadores de una refinería. Se reportan en los siguientes apartados:

- a) Confiabilidad de los instrumentos, b) Prueba de Kolmogorov Smirnov,
- c) Estadísticas descriptivas, d) Asociación de las variables de estudio y
- e) Estadísticas inferenciales para verificación de las hipótesis.

Confiabilidad de los Instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados se muestran en las tablas 1 y 2. En el cuestionario Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II-versión español (PEPS II) como se muestra en la tabla 1, reportó el Coeficiente Alpha de Cronbach obtenido para la escala total .94; la subescala más alta fue para Ejercicio y la más baja para Nutrición. Esta confiabilidad es congruente a lo reportado por Walker et al. (1995) y aceptados de acuerdo a lo referido por Polit y Hungler, (1999). En la Encuesta de Salud General (MOS Short form General Health Survey), el Coeficiente Alpha de Cronbach obtenido para la escala total como lo muestra la tabla 1 es congruente con el coeficiente reportado por los

autores y por otros en población mexicana aceptados según Polit y Hungler (1999).

Tabla 1

Coeficiente de Alpha de Cronbach del instrumento Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II-versión español-(PEPS II) y de la Encuesta de Salud General (MOS Short form General Health Survey).

Subescala	Número de Reactivos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Desarrollo espiritual	9	6,12,18,24,30,36,42,48,52	.83
Responsabilidad en salud	9	3,9,15,21,27,33,39,45,51	.81
Ejercicio	8	4,10,16,22,28,34,40,46	.86
Nutrición	9	2,8,14,20,26,32,38,44,50	.64
Relc. Interpersonales	9	1,7,13,19,25,31,37,43,49	.79
Manejo de estrés	8	5,11,17,23,29,35,41,47	.77
Escala total	52	01-52	.94
Percepción del estado de salud	20	01-20	.87

Fuente: PEPS II, MOS.

n= 196

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Los datos obtenidos a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov como se muestra en la tabla 2, las variables IMC, PEPS II y las subescalas: relaciones interpersonales y manejo de estrés, así como el MOS presentaron normalidad; el resto de las variables obtuvieron significancia de ($p < .05$) por lo que se rechaza la hipótesis nula de normalidad y se optó por aplicar pruebas no paramétricas en el análisis estadístico.

Tabla 2

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables del estudio.

Índice	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	DE	K-SZ	Valor de p
Edad	20.00	62.00	36.2	35	8.60	1.42	.03
IMC	19.10	37.50	27.4	27.6	3.73	.80	.53
Tensión arterial sistólica	90	140	115	120	10.71	2.98	.00
Tensión arterial diastólica	60	90	73	70	9.26	2.98	.00
Escolaridad	2	21	10.8	10	3.57	2.11	.00
PEPS II	25.00	95.51	56.5	56.4	13.16	.53	.93
Desarrollo espiritual	11.11	100.00	66.8	66.6	15.47	1.22	.10
Resp. en salud	11.11	100.00	53.4	55.5	16.42	1.37	.04
Ejercicio	.00	100.00	46.3	41.6	21.27	1.57	.01
Nutrición	14.81	85.19	54.5	55.5	14.64	1.54	.01
Rel. interpersonales	25.93	96.30	60.0	59.2	16.23	1.12	.15
Manejo de estrés	20.83	100.00	56.7	54.1	16.35	1.10	.17
MOS	41.11	100.00	83.6	83.8	9.82	.90	.39

Fuente: CIPP, PEPS II, MOS.

n= 196

Estadísticas Descriptivas

Factores biológicos y socioculturales

Los datos descriptivos de las variables categóricas como se observa en la tabla 3, encontró en relación al sexo fue de mayor porcentaje para el masculino. Más de la mitad de la población estudiada cuenta con pareja. En relación a la ocupación la mayoría son obreros y tres cuartas partes son originarios del estado de Veracruz.

Tabla 3

Factores personales biológicos y socioculturales de los trabajadores de una refinería.

Factores biológicos	fr	%
Sexo		
Masculino	156	79.6
Femenino	40	20.4
Factores socioculturales		
Estado marital		
Con pareja	137	69.9
Sin pareja	59	30.1
Ocupación		
Obreros	176	89.8
Administrativos	20	10.2
Lugar de origen		
Veracruz	147	75
Oaxaca	37	18.9
Tamaulipas	4	2.0
Tabasco	8	4.1

Fuente: CIFP.

n= 196

En la tabla 4, se reportan los datos descriptivos de las variables continuas pertenecientes a los factores personales biológicos, socioculturales y psicológico, se puede observar que de acuerdo a la edad es una población de adultos jóvenes. En relación al IMC se observaron datos elevados superior a lo normal de acuerdo a la NOM – 015-SSA2 (1994), así mismo esto refleja en la tabla 5 en donde el mayor porcentaje indica sobrepeso y obesidad. En la medición de la presión arterial sistólica y diastólica se obtuvieron parámetros dentro de rangos de normalidad (Apéndice I). La escolaridad medida en años cursados muestra que existe buen nivel de estudios. En relación al ingreso económico se obtuvieron medias de dos salarios mínimos. La percepción del estado de salud fue calificada con puntajes elevados.

Tabla 4

Factores personales de los trabajadores de una refinería.

Factores personales	Media	Mediana	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Biológicos					
Edad	36.23	35	8.60	20	62
IMC	27.45	27.6	3.73	19.1	37.5
Tensión arterial sistólica	115	120	10.71	90	140
Tensión arterial diastólica	73	70	9.26	60	90
Sociocultural					
Escolaridad	10.83	10	3.57	2	21
Ingreso económico en salarios mínimos	2.23	2.0	1.09	1	6
Psicológico					
Percepción del estado de salud	83.67	83.88	9.82	41.11	100.00

Fuente: CIFP, MOS

n= 196

Tabla 5

Índice de masa corporal de acuerdo a clasificación de la NOM – 015-SSA2.

IMC	fr	%
Bajo peso	1	0.5
Normal	49	25.0
Sobrepeso	37	18.9
Obesidad	109	55.6

Fuente: CIFP

n= 196

En la tabla 6, se presentan los datos descriptivos de la variable estilos de vida en su escala total y por subescalas, en la que se puede observar que la media para la escala total fue de 56.51. La subescala mayor fue para desarrollo espiritual y la menor para ejercicio.

Tabla 6

Estilo de vida promotor de los trabajadores de una refinería.

Escala total y subescalas	Media	Mediana	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Estilos de Vida promotor (PEPS II)	56.51	56.4	13.16	25	95.51
Desarrollo espiritual	66.89	66.6	15.47	11.11	100.00
Resp. en salud	53.40	55.5	16.42	11.11	100.00
Ejercicio	46.32	41.6	21.27	0.00	100.00
Nutrición	54.57	55.5	14.64	14.81	85.19
Rel. Interpersonales	60.03	59.2	16.23	25.93	96.30
Manejo de estrés	56.76	54.1	16.35	20.83	100.00

Fuente: PEPS II.

n= 196

En la tabla 7 se muestran los datos descriptivos del estilo de vida promotor por sexo, para la escala total las medias son muy similares en hombres y mujeres, la subescala mayor fue para desarrollo espiritual para ambos sexos y la menor fue para la subescala de ejercicio, donde la tabla no muestra diferencias.

Tabla 7

Estilo de vida promotor por sexo en los trabajadores de una refinera.

Escala total y subescalas	Hombres			Mujeres		
	Media	Mediana	D.E.	Media	Mediana	D.E.
Estilo de vida promotor	56.59	57.05	13.42	55.83	52.56	10.81
Desarrollo Espiritual	66.72	66.66	15.38	68.33	72.22	16.62
Responsabilidad en salud	53.34	55.55	16.77	53.88	55.55	13.24
Ejercicio	47.20	41.66	20.76	38.54	37.50	24.55
Nutrición	54.50	55.55	14.90	55.18	61.11	12.36
Relaciones interpersonales	59.63	59.25	15.79	63.51	59.25	19.79
Manejo de estrés	57.14	58.33	16.75	53.33	50.00	12.13

Fuente: PEPS II.

n_1 = Hombres

n_2 = Mujeres.

n_1 = 156 n_2 = 40

Los datos descriptivos del estilo de vida según ocupación como se observan en la tabla 8 se obtuvo una media de 59.39 para la escala total en los administrativos y para los obreros una media de 56.48. La subescala mayor fue desarrollo espiritual y la subescala menor fue para la subescala de ejercicio en ambas ocupaciones con medias similares.

Tabla 8

Estilo de vida promotor por ocupación en los trabajadores de una refinería.

Escala total y subescalas	Administrativos			Obreros		
	Media	Mediana	D.E.	Media	Mediana	D.E.
Estilo de vida promotor	59.39	58.33	7.60	56.48	56.08	13.62
Desarrollo Espiritual	68.33	66.66	8.36	66.72	66.66	16.09
Responsabilidad en salud	61.48	59.25	11.55	52.48	55.55	16.66
Ejercicio	43.54	47.91	20.25	46.63	41.66	21.42
Nutrición	61.11	62.96	9.26	53.83	55.55	14.97
Relaciones interpersonales	63.33	62.96	11.26	56.65	59.25	16.68
Manejo de estrés	56.45	54.16	11.34	56.79	54.16	16.85

Fuente: PEPS II.
 n_1 = Administrativos.
 n_2 = Obreros.

n_1 = 20 n_2 = 176

Asociación entre las variables de estudio

La asociación entre las variables del estudio se determinó a través de la Correlación de Spearman y los resultados obtenidos se presentan en la tabla 9 donde se observa que la edad se asoció en forma significativa con las subescalas de nutrición, manejo de estrés y responsabilidad en salud ($p < .05$), de forma negativa y significativa con la percepción del estado de salud ($p < .05$). El IMC se asoció en forma negativa y significativa con la percepción del estado de salud y con la subescala de ejercicio ($p < .05$).

El ingreso económico en salarios mínimos se asoció de manera positiva y significativa con la escala total del estilo de vida promotor y con las subescalas desarrollo espiritual y relaciones interpersonales ($p < .05$) y con responsabilidad en salud ($p < .01$), de forma negativa con la percepción del estado de salud ($p < .05$). La percepción del estado de salud se asoció en forma significativa positiva con la subescala de ejercicio ($p < .01$).

Tabla 9

Coeficiente de Correlación de Spearman de Factores Personales Biológicos y Socioculturales con Estilos de Vida.

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Edad	1												
2. IMC	.05	1											
3. Presión art. sistólica	.31**	.26**	1										
4. Presión art. Diastólica	.18*	.29**	.85**	1									
5. Escolaridad	-.40**	-.03	.01	.06	1								
6. Ingreso económico	.01	.03	.06	.05	.20**	1							
7. Estilo de vida promotor	.10	-.07	.01	.01	.06	.18*	1						
8. Desarrollo espiritual	-.02	-.03	-.04	-.05	.12	.17*	.79**	1					
9. Resp. en salud	.23**	.02	.07	.08	.01	.23**	.79**	.58**	1				
10. Ejercicio	.02	-.15*	-.07	-.10	.05	.10	.72**	.37**	.45**	1			
11. Nutrición	.15*	.02	.06	.10	.10	.10	.74**	.47**	.63**	.49**	1		
12. Relc. Interpersonales	-.01	-.03	-.03	-.01	.13	.16*	.79**	.75**	.56**	.37**	.51**	1	
13. Manejo de estrés	.17*	-.05	.04	.05	-.06	.10	.82**	.59**	.59**	.55**	.55**	.61**	1
14. Percepción del estado de salud	-.18*	-.15*	-.07	-.06	.04	-.16*	.10	.07	.03	.23**	-.01	-.04	.08

*p < .05 **p < .01

Pruebas de hipótesis

Para verificar la Hipótesis 1, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple en donde las variables independientes fueron los factores personales biológicos (edad, sexo, IMC, presión arterial sistólica y diastólica), psicológicos (percepción del estado de salud) y socioculturales (estado marital, ocupación, ingreso económico, escolaridad y lugar de origen) y la variable dependiente fue el estilo de vida promotor de salud. El resultado del modelo como se observa en la tabla 10 fue significativo ($F_{(11,184)} = 1.92, p < .05$) con una varianza explicada del 4.9 por ciento, por lo que se sustenta la hipótesis de que los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales afectan el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería.

Tabla 10

Regresión lineal múltiple. Efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales sobre el estilo de vida promotor de salud.

Fuentes de Variación	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	11	3480.72	316.43	1.92	.03
Residual	184	30299.17	164.66		

$R^2 = 4.9\%$

$n = 196$

Al analizar la contribución de las variables independientes a los estilos de vida promotores a la significancia del modelo sólo se encontró que la edad y la percepción del estado de salud ($p < .05$) como se muestra en la tabla 11.

Tabla 11

Efecto de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales sobre el estilo de vida promotor.

Fuentes de variación	B	Error estandard	t	Valor de p
(Constante)	30.145	15.380	1.960	.00
Presión sistólica	-.107	.137	-.780	.43
Presión diastólica	1.477E-02	.153	.096	.92
Ocupación	-5.321	5.525	-.963	.33
Ingreso económico	2.644	1.584	1.670	.09
Escolaridad	.350	.321	1.089	.27
Estado marital	3.646	2.170	1.680	.09
Edad	.329	.134	2.457	.01
Sexo	-.288	2.313	-.125	.90
Lugar de origen	-.609	1.097	-.555	.58
IMC	-.118	.265	-.444	.65
Percepción del edo. de salud	.263	.086	3.049	.03

Fuente: PEPS II.

n= 196

Para verificar la hipótesis 2 se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple en donde la variable dependiente fue el estilo de vida promotor de salud. El resultado del modelo como se observa en la tabla 12 no fue significativo ($F_{(5,190)} = .853$, $p = .51$), por lo que se rechaza la hipótesis de que la edad, sexo, IMC y presión arterial afectan el estilo de vida promotor de salud.

Tabla 12

Regresión lineal múltiple. Efecto de la edad, sexo, IMC y presión arterial sobre el estilo de vida promotor.

Fuente de Variación	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	5	742.037	148.407	.853	.514
Residual	190	33037.87	173.884		

Fuente: CIFP, PEPS II.

n = 196

Para verificar la hipótesis 3 se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple, en donde la variable dependiente fue el estilo de vida promotor. El resultado del modelo según la tabla 13 no fue significativo ($F_{(1,194)} = 1.419$, $p = .23$) por lo que se rechaza la hipótesis que la ocupación, escolaridad, estado marital, ingreso económico y lugar de origen afectan el estilo de vida promotor de los trabajadores de una refinería.

Tabla 13

Regresión lineal simple. Efecto en los factores socioculturales en el estilo de vida promotor.

Fuente de variación	g.l.	Suma de cuadrados	Cuadrado medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	245.234	245.234	1.419	.23
Residual	194	33534.671	172.859		

Fuente: CIFP, PEPS II.

n=196

Para verificar la hipótesis 4 como se muestra en la tabla 14 se ajustó un modelo de regresión lineal simple en donde la variable dependiente fue el estilo de vida promotor de salud. El resultado del modelo fue significativo ($F_{(1,194)} = 6.06$, $p = < .05$) con una varianza del 2.5 por ciento por lo que se acepta la hipótesis de que la percepción del estado de salud afecta el estilo de vida promotor de los trabajadores.

Tabla 14

Regresión lineal simple Efecto la percepción del estado de salud en el estilo de vida promotor

Fuente de Variación	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	1023	1023.471	6.062	.01
Residual	194	32756.433	168.848		

$R^2 = 2.5\%$

$n = 196$

De acuerdo a la dispersión de las variables como se muestra en la figura 2, a mejor percepción del estado de salud, mayor es la probabilidad del estilo de vida promotor.

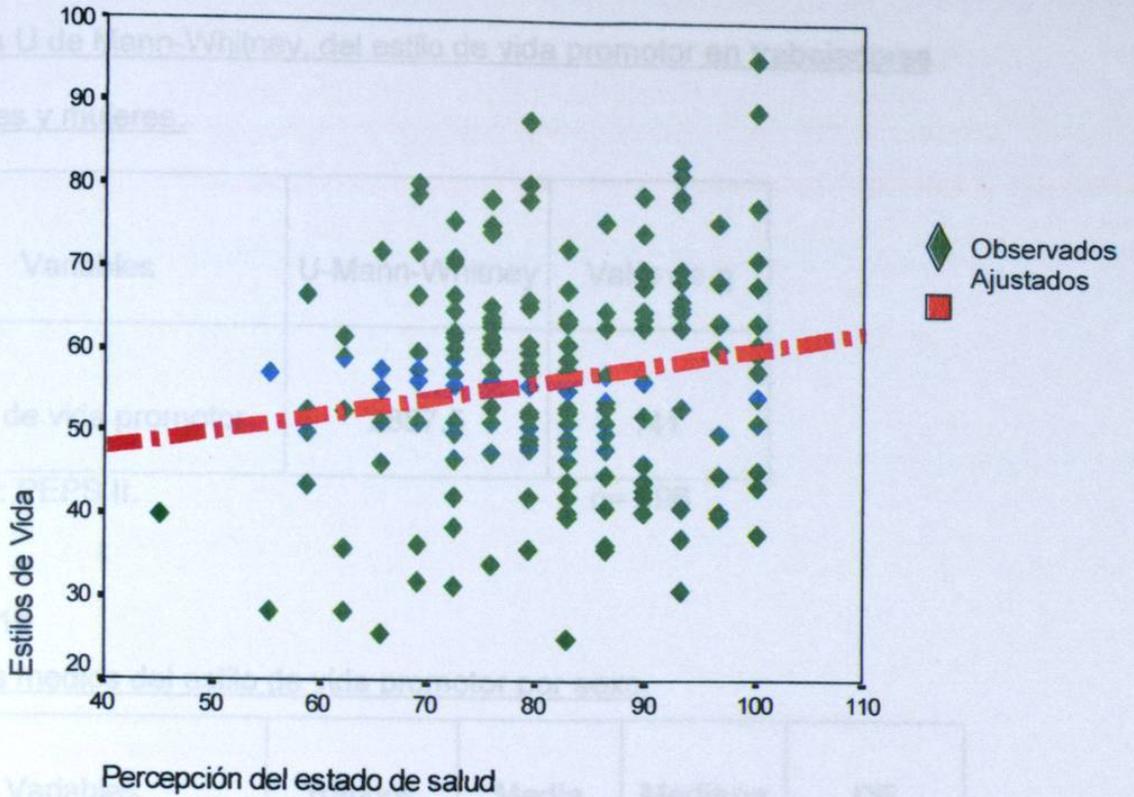


Figura 2: Percepción del estado de salud y estilo de vida promotor de salud.

Variable	Rango	Media	Mediana	DE
Estilo de vida promotor				
Masculino	100.18	58.60	57.95	12.57
Femenino	91.94	55.18	52.55	15.16

Para verificación de la hipótesis 5 se aplicó la prueba U de Mann-

Whitney, los datos que se muestran en las tablas 15 y 16 no mostraron

significancia ($U = 2857.5$, $p = .41$) por lo que se rechaza la hipótesis que afirma

que existe diferencias en los estilos de vida promotores en los trabajadores

hombres y mujeres.

Tabla 15

Prueba U de Mann-Whitney, del estilo de vida promotor en trabajadores hombres y mujeres.

Variables	U-Mann-Whitney	Valor de p
Estilos de vida promotor	2857.5	.41

Fuente: PEPS II.

n= 196

Tabla 16

Rangos medios del estilo de vida promotor por sexo.

Variables	Rangos medios	Media	Mediana	DE
Estilos de vida promotor				
Masculino	100.18	56.60	57.05	12.67
Femenino	91.94	56.16	52.56	15.08

Fuente: PEPS II.

n= 196

Para verificación de la hipótesis 6, existe diferencias de medias en el estilo de vida promotor de los trabajadores de refinería según ocupación, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney el resultado no fue significativo como se observa en la tabla 17 ($U = 1476.5$, $p = .23$) por lo que se rechaza la hipótesis al no existir diferencia significativa en el estilo de vida promotor según la

ocupación. Sin embargo al someter a prueba las subescalas del estilo de vida promotor se encontró diferencias significativas en responsabilidad en salud y nutrición ($p = < .05$) como se muestra en la tabla 18.

Tabla 17

Prueba U de Mann-Whitney, estilo de vida promotor en trabajadores obreros y administrativos.

Variables	U-Mann-Whitney	Valor de p
Estilos de vida promotor	1476.5	.23
Desarrollo espiritual	1612.5	.53
Responsabilidad en salud	1154.5	.01
Ejercicio	1689.5	.76
Nutrición	1249.0	.03
Relaciones interpersonales	1481.50	.24
Manejo de estrés	1750.0	.96

Fuente: PEPS II.

n= 196

Tabla 18

Rangos medios del estilo de vida promotor por ocupación.

Variables	Rangos medios	Media	Mediana	DE
Estilos de vida				
Obrero	96.89	56.18	56.08	13.62
Administrativo	112.68	59.39	58.33	7.60
Desarrollo espiritual				
Obrero	97.66	66.72	66.66	16.09
Administrativo	105.88	68.33	66.66	8.36
Responsabilidad en salud				
Obrero	95.06	52.48	55.55	16.66
Administrativo	128.77	61.48	59.25	11.55
Ejercicio				
Obrero	98.90	46.63	41.66	21.42
Administrativo	94.97	43.54	47.91	20.25
Nutrición				
Obrero	95.60	53.83	55.55	14.97
Administrativo	124.05	61.11	62.96	9.26
Relaciones interpersonales				
Obrero	96.92	59.65	59.25	16.68
Administrativo	112.43	63.33	62.96	11.26
Manejo de estrés				
Obrero	98.56	56.79	54.16	16.85
Administrativo	98.00	56.45	54.16	11.34

Fuente: PEPS II.

n= 196

CAPÍTULO IV

Discusión

Los resultados del estudio permitieron verificar el efecto que tienen algunos de los factores personales biológicos, socioculturales y percepción del estado de salud sobre el estilo de vida promotor en una muestra de trabajadores de una refinería bajo la perspectiva teórica del MPS (Pender, 1996).

En relación a la primera hipótesis se encontró que el conjunto de factores personales que incluyeron los biológicos, psicológicos y socioculturales tuvieron efecto significativo sobre el estilo de vida promotor de los trabajadores de una refinería. Sin embargo, solamente la edad y la percepción del estado de salud contribuyeron para explicar la varianza con 4.9 por ciento. Esto coincide con lo propuesto por Pender (1996) que cita: "los factores personales influyen directamente en la conducta promotora de salud". Así mismo, es similar a Cruz (2001), que reportó efecto significativo de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales sobre el estilo de vida promotor en trabajadores de la industria alimentaria.

En relación a la hipótesis dos los factores personales biológicos (edad, sexo, IMC, presión arterial) no afectaron el estilo de vida promotor de los trabajadores, resultados que difieren a lo propuesto por Pender (1996) que afirma que los factores personales biológicos predicen la conducta promotora de salud, de la misma forma con Palank (1991) y Walker et al. (citado por Duffy, 1993) que reportaron que la edad contribuyó significativamente a la explicación de la varianza del estilo de vida promotor de salud en adultos. Así mismo Gillis y Perry (citado por O'Quinn, 1995) reportaron que la edad y sexo mostraron efecto significativo con la práctica de actividades promotoras de salud en forma significativa ($p < .01$). Sin embargo, a pesar de no haber sido probada esta hipótesis, la correlación bivariada mostró asociación positiva significativa de la edad con responsabilidad en salud, con la nutrición y con manejo de estrés. Así mismo se encontró asociación negativa significativa del IMC con ejercicio ($p < .05$). Esto es similar a lo reportado por Palank (1991) y Walker et al. (1988) que mencionan que la edad se asoció en forma significativa con la responsabilidad en salud, nutrición y manejo de estrés.

En relación a la tercera hipótesis se encontró que los factores socioculturales: ocupación, escolaridad, estado marital, ingreso económico y lugar de origen no mostraron efecto sobre el estilo de vida promotor de los trabajadores de una refinería, estos resultados difirieron a lo propuesto por Pender (1996), que afirma que éstos tienen relaciones directas para explicar la conducta promotora de salud. De la misma forma no es consistente por lo reportado por Christiansen (citado por Duffy, 1997) y Talvi, Järvisaio & Knuts,

(1999) quienes reportaron que el nivel de educación, ingreso económico y lugar de origen o nacionalidad contribuyeron en forma significativa en la práctica de conductas promotoras que influyen en la salud de los trabajadores. Así mismo no existe coincidencia con lo reportado por Palank (1991), Walker et al. (1988) y Cruz (2001) quienes reportaron que el número de años de educación tiene asociación y efecto significativo con el estilo de vida promotor en población general y trabajadores.

Aunque la hipótesis no fue sustentada se obtuvo correlación positiva significativa del ingreso económico con el estilo de vida promotor y con las subescalas: desarrollo espiritual, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales, similar a lo reportado por Matute & Aragón (1996), Palank (1991), Walker et al. (1988) quienes determinaron que el poder adquisitivo influyó para obtener y conservar prácticas de estilos de vida saludables.

En relación a la hipótesis cuatro se sustentó el efecto de la percepción del estado de salud sobre el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería, la prueba, así mismo se obtuvo una asociación positiva significativa entre la percepción del estado de salud y el ejercicio ($p < .05$). Estos resultados coinciden con lo citado por Abood & Conway (1992) y Weitzel (1988) que refieren que la percepción del estado de salud y las creencias en la salud propia motivan a las personas a que opten por conductas promotoras de salud. Así mismo se reporta que ha sido uno de los predictores más fuertes en las puntuaciones totales del Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud, explicando 20 por ciento de la varianza en obreros euroamericanos, hispanos y

afroamericanos (Weitzel, 1988). De la misma forma en un estudio reciente en trabajadores de la industria alimentaria Cruz (2001) reportó efecto significativo de la percepción del estado de salud sobre el estilo de vida promotor de salud.

La quinta hipótesis no fue sustentada ya que no se encontró diferencia en el estilo de vida promotor en relación al sexo , estos resultados son similares a lo encontrado por Cruz (2001) en trabajadores antes citados. Sin embargo, difieren con lo reportado por O'Quinn (1995) en donde las mujeres mostraron más conductas de responsabilidad en salud que los hombres. Por otro lado los hombres presentaron mayor riesgo ante conductas negativas de salud que las mujeres (Matute & Aragón, 1996).

La sexta hipótesis no fue sustentada, no se encontraron diferencias en el estilo de vida promotor en los trabajadores de una refinería según la ocupación, estos hallazgos son similares a lo reportado por Cruz (2001) que no encontró diferencia en el estilo de vida promotor de los trabajadores de la industria alimentaria según ocupación, sin embargo, se encontraron diferencias significativas sólo en las subescalas de responsabilidad en salud y nutrición. Este resultado difiere de O'Quinn (1995) que reportó diferencias significativas en todas las conductas promotoras según la ocupación.

Conclusiones

El grupo de trabajadores de una refinería del sureste del estado en su mayoría son del sexo masculino, con pareja, residentes del estado de Veracruz, en su mayor proporción son obreros. Es una población adulta joven con un

nivel de estudios que la media nacional y un ingreso económico mayor a dos salarios mínimos.

Existe sobrepeso y obesidad en la mayoría de los trabajadores e índices bajos en el estilo de vida promotor sobre todo en ejercicio y responsabilidad en salud lo que significa factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas. Existe asociación de la edad con responsabilidad en salud, nutrición y manejo de estrés. El ingreso económico se asoció con el índice total del estilo de vida promotor así mismo con desarrollo espiritual, responsabilidad en salud y relaciones interpersonales.

Los factores personales en su conjunto: biológicos, socioculturales y la percepción del estado de salud tuvieron efecto significativo sobre el estilo de vida promotor. No existe diferencia en el estilo de vida promotor según sexo y ocupación. Los factores biológicos y socioculturales no mostraron el efecto sobre el estilo de vida promotor. La percepción del estado de salud tuvo efecto esperado en el estilo de vida.

En cuanto a la consistencia interna de los instrumentos, éstos mostraron coeficiente de Alpha de Cronbach aceptable tanto en escalas totales como en las subescalas.

Recomendaciones

- a) Realizar una réplica del estudio a fin de conocer la influencia de los conceptos aplicados en el estilo de vida promotor en los trabajadores de otras ramas de la industria o la empresa.
- b) Realizar estudios utilizando los conceptos centrales del modelo a fin de conocer la influencia de éstos en el estilo de vida promotor en los trabajadores.
- c) Seguir utilizando el instrumento perfil del estilo de vida promotor de salud (PEPSII) versión en español para confirmar su confiabilidad y validez de contenido en población mexicana.
- d) Dado que los conceptos estudiados están compuestos por muchas variables, es necesario someter a prueba y dar dirección a cada una de estas con el estilo de vida promotor.

Referencias

Aboob, D.A.& Conway, T.L. (1992) Health value and self-esteem as predictors of wellness behavior. Health Values, 16 (3) 20-26.

Acevedo, G.I. (1996) Ejercicio físico y control metabólico en mujeres adultas diabéticas. Tesis no publicada de maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Arriola, M.G. (2001) Estilo de vida en el paciente con Hipertensión Arterial. Tesis no publicada de maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Cadena, F. (1999) Apego al tratamiento en pacientes con Tuberculosis Pulmonar en la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas. Tesis no publicada de maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Campa, T. (1997) Capacidad de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora. Tesis no publicada de maestría en Salud Comunitaria. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Cruz, Q.J.E. (2001) Autoeficacia y estilo de vida promotor de la salud en trabajadores de la industria alimentaria. Tesis publicada de maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

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

Duffy, M.E. (1997). Determinantes de las conductas de promoción de la salud reportadas en mujeres México-americanas. Heath Care for Women International, (2), 149-163.

Esparza, A. S. (1999) Apoyo social y estilo de vida del paciente diabético tipo 2. Tesis no publicada de maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Gallegos, E. (1996) The effect of social, family and individual conditioning factors on self-care agency and self-care of adult mexican women. Disertation S Doctoral, Wayne State University, Detroit, Michigan, EE.UU.

Guzmán, F.F., López, G.C.S., Trujillo, M.M.R., Alonso, C.M., (1999). Efecto de factores personales y afecto sobre la práctica de estilos de vida nutrición y otros estilos del adolescente. Manuscrito no publicado. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Lozano, R., Murray, C.J., Frenk, J. Bobadilla, J.L. & Fernández, S. (1994) El peso de la enfermedad en México: un doble reto. México: FUNSALUD.

Lusk, S., Rovis, D.L. & Hogan, M.M. (1997) Test of the health promotion model as a causal of construction workers use of hearing protection. Research in Nursing & Health 20, 183-194.

Martínez, D.F., Ató, J.M., Castellanos, P.L., Mili, M., Marres, T.P., Navarro, V.(1998) Salud Pública, México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Matute & Aragón, G.L. (1995). Comportamientos de riesgo para la salud: análisis de una comunidad. Fondo de Investigación Sanitaria 96/0291, Univ. Zaragoza.

Oliva, R.N. (2001) Accidentes automovilísticos y el consumo de alcohol. Tesis no publicada de maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

OPS (1998) Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas. (2), 403-418.

O'Quinn, J.L. (1995). Programas de bienestar en el trabajo y conductas de estilos de vida. Journal of Holistic Nursing. (2), 241-260.

Palank, C.L. (1991). Determinants of Health-Promotive Behavior. Nursing Clinics of North America, 26 (4), 815-832.

Pender, N.J. (1996). El Modelo de Promoción de la Salud. Health Promotion in Nursing Practice, Connecticut: Appleton & Lange, 51-75.

Pender, N.J. (2000) Proposiciones Teóricas. Curso Modelo de Promoción a la Salud. Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Polit, D., Hungler, B. (1999) Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª Edición, México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Potter, P.A. (1995) Guía Clínica de Enfermería. Valoración de la Salud. España: Mosby-Doyma, 85-96.

Quintana, D.M. (2000) Factores que promueven la práctica de la Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino en mujeres adultas. Tesis inédita de maestría en Salud Comunitaria. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Sally, J.L., Lusk, David, L., Ronis & Hogan (1997). Prueba del Modelo de la Salud como modelo causal del uso de protección auditiva de los trabajadores. Research in Nursing & Health, 20:183-194.

Secretaría de Salud (1986) Norma Técnica No.66 para la Prevención y Control de Hipertensión esencial en la Atención Primaria a la Salud. México, D.F.

Secretaria de Salud (1987) Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Secretaría de Salud (1995) Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la Obesidad.

Stewart, A. Hayes, R. & Ware. J. (1988) Communication the MOS short-from general survey; reliability and validity in a patient population. Medical Care, 26 (7), 724-732.

Talvi, A.J., Javisaió, J.O., Knuts, L.R. (1999). Un Programa de Promoción de la Salud para empleados de refinería: Cambios de las necesidades observadas a los 3 años. Occupational Medicine, (49), 93-101.

Terris, M. (1992) healthy lifestyles: The perspective of epidemiology. Journal of Public Health Policy, 186-194.

Walker, S.N., Volkan, K., Sechrist K.R. & Pender, N. J. (1988) Health-promoting lifestyles of older adults comparisons with young and middle aged adults, correlates and patterns. Advances in Nursing Science, 11, (1), 76-90.

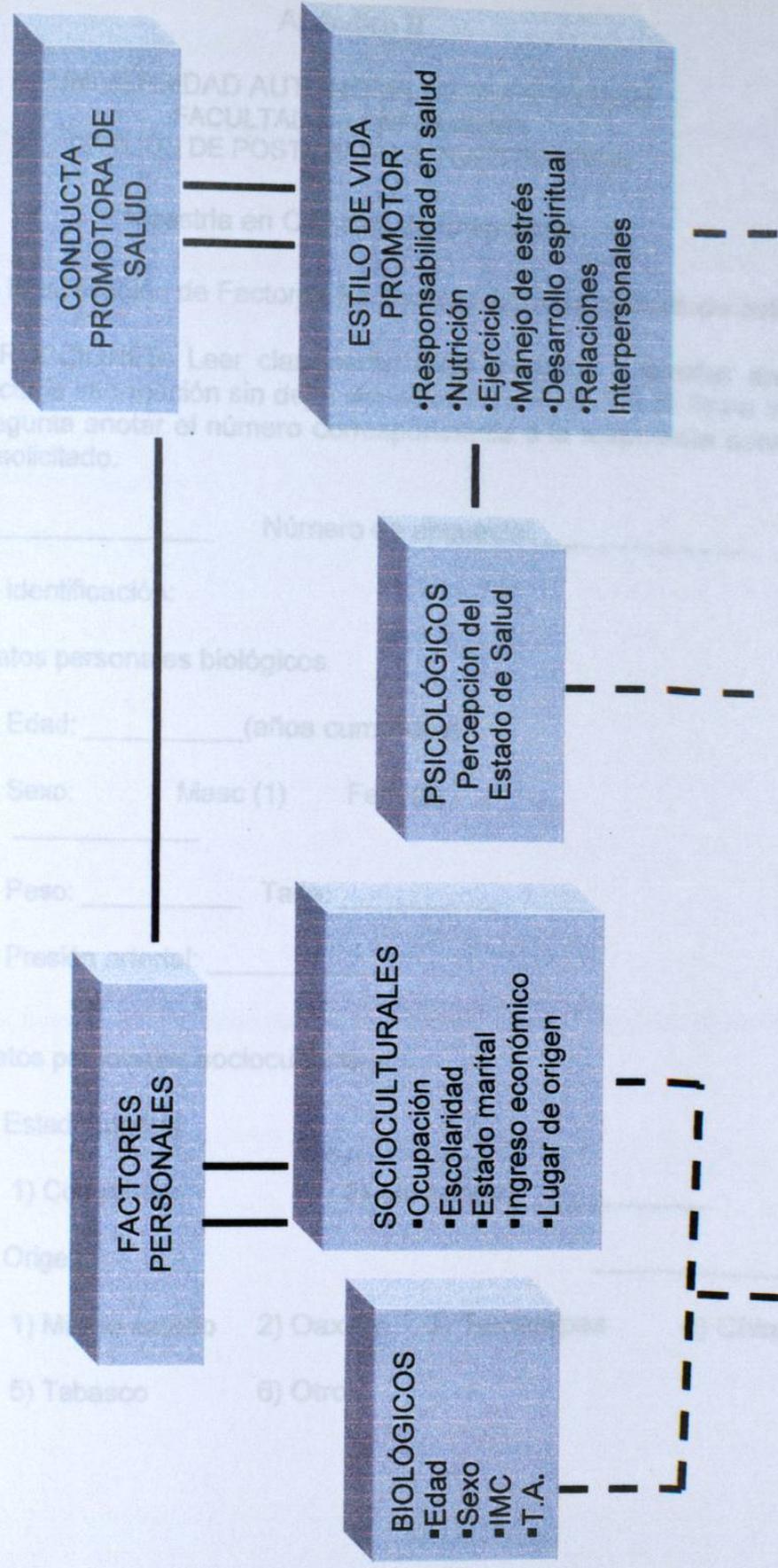
Walker, S.N., Sechrist, K. & Pender, N. (1995) Cuestionario de Estilo de Vida II.

Weitzel, M. H. (1988) A test of the health promotion model with blue-collar workers. Nursing Research, 38, (2), 99-104.

Weitzel, M.H. & Walker, P.R. (1990) Predictive factors for promotive behaviors in white hispanic and black blue-collars workers. Family Community Health, 13 (1), 23-34.

APÉNDICES

Apéndice A Estructura Conceptual Teórica Empírica



(CIFP) (Díaz & Rodríguez, 2001)

(MOS) (Stewart & Ware, 1988)

(PEPS II) (Walker, et al., 1995)

Apéndice B

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA DIVISIÓN DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

Maestría en Ciencias de Enfermería

Cédula de Identificación de Factores Personales de trabajadores de refinería

- **INSTRUCCIONES:** Leer claramente cada pregunta y anotar en forma correcta la información sin dejar espacios en blanco. En la línea lateral a la pregunta anotar el número correspondiente a la respuesta escogida o dato solicitado.

Fecha: _____ Número de encuesta: _____

Ficha de identificación:

I. Datos personales biológicos

1. Edad: _____ (años cumplidos)
2. Sexo: Masc (1) Fem (2)

3. Peso: _____ Talla: _____
4. Presión arterial: _____

II. Datos personales socioculturales

6. Estado marital:
 - 1) Con pareja
 - 2) Sin pareja _____
7. Origen: _____
 - 1) Mismo estado 2) Oaxaca 3) Tamaulipas 4) Chiapas
 - 5) Tabasco 6) Otro

8. Años de escolaridad (total): _____

9. Ocupación: _____

1) Obreros

2) Administrativos

10. Ingreso económico en salarios mínimos: _____

Gracias por su atención.

Apéndice C

Técnica de toma de peso.

1. Saludar y explicar al cliente del procedimiento a realizar.
2. Pedir al cliente se quite los zapatos y objetos que le puedan dar más peso (sacos, bolsas, llaves, etc.).
3. Calibrar la báscula.
4. Tomar la lectura exacta del peso y registrela en la encuesta.
5. Si hay variación grande o menor de peso, informar al cliente para valoración médica correspondiente.
6. Dar las gracias por cooperar al procedimiento.

Técnica de toma de talla.

1. Saludar y explicar al cliente del procedimiento a realizar.
2. Solicitar al encuestado que se retire los zapatos.
3. Que permanezca de pie y de espaldas a la pared, teniendo cuidado que la región dorsal y glútea se encuentren en contacto con la misma.
4. Coloque la regla en el borde superior de la coronilla.
5. Adhiera la cinta a partir del borde superior de la regla, hacia arriba.
6. Proceda a medir la talla con la cinta métrica después de que se halla retirado el encuestado de la pared.
7. Anotar los metros y centímetros obtenidos (Ejemplo: 1.70 mts.).
8. Agredecer su colaboración.

Material requerido:

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

(Potter, P.A. 1995)

Apéndice D

Clasificación de la tensión arterial (Adultos ≥ 18 años)*

PA (mmHg)	Clasificación
Sistólica	
≤ 140	Presión arterial normal
140-159	Hipertensión sistólica moderada
≥ 160	Hipertención sistólica severa
Diastólica	
< 85	Presión arterial normal
85-90	Presión arterial normal alta
90-104	Hipertensión leve
105-114	Hipertensión moderada
≥ 115	Hipertensión severa

Fuente: OPS, 1990.

Apéndice E

Técnica de toma de tensión arterial

2. Explicar al cliente del procedimiento a realizar.
3. Enrollar el manguito alrededor del brazo a unos 2 ó 3 cm por encima de la fosa antecubital (pliegue entre brazo y antebrazo) con los tubos de goma encima de la arteria braquial.
4. Cerciorarse que la válvula de la pera de goma esté bien cerrada.
5. Palpar la arteria braquial. Inflar el manguito rápidamente hasta que ya no se pueda sentir su latido y observar el valor en este momento.
6. Desinflar el manguito y esperar de treinta a sesenta segundos a fin de que el flujo sanguíneo se recupere.
7. Colocarse el estetoscopio y situar su membrana bien plana sobre la arteria. Insuflar de nuevo el aire rápidamente hasta 20-30 mmHg por encima de la presión arterial sistólica palpada anteriormente (sonido de Korotkoff).
8. Dejar escapar el aire lentamente (2 a 4 mmHg/segundo) desenroscando la válvula.
9. El primer ruido percibido corresponde al valor de la presión arterial sistólica, la desaparición del sonido corresponde a la presión arterial diastólica..
10. Desinflar hasta cero.
11. Si existe duda y se quiere efectuar otra medición deberemos esperar por lo menos un minuto para dejar circular otra vez el flujo sanguíneo.
12. Anotar los valores medios obtenidos.

(Potter, P.A. 1995)

Apéndice F

Cuestionario de estilos de vida II

Fecha: _____

Número de encuesta: _____

INTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

	N = Nunca (1)	A = Algunas Veces (2)	F = Frecuentemente (3)	R = Rutinariamente (4)	
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas	N	A	F	R	
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas y colesterol	N	A	F	R	
3. Informo a un doctor (a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño	N	A	F	R	
4. Sigo un programa de ejercicios planificados	N	A	F	R	
5. Duermo lo suficiente	N	A	F	R	
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva	N	A	F	R	
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos	N	A	F	R	
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces)	N	A	F	R	
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud	N	A	F	R	
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la máquina escaladora)	N	A	F	R	
11. Tomo algún tiempo para relajarte todos los días	N	A	F	R	
12. Creo que mi vida tiene propósito	N	A	F	R	
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras	N	A	F	R	
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días	N	A	F	R	
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones	N	A	F	R	
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)	N	A	F	R	
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar	N	A	F	R	
18. Miro adelante hacia el futuro	N	A	F	R	
19. Paso tiempo con amigos íntimos	N	A	F	R	
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días	N	A	F	R	
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud	N	A	F	R	
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta)	N	A	F	R	
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme	N	A	F	R	
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a)	N	A	F	R	

25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros	N	A	F	R
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días	N	A	F	R
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de salud	N	A	F	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana	N	A	F	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión	N	A	F	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida	N	A	F	R
31. Toco y soy tocado (a) por las personas que me importan	N	A		R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día	N	A	F	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas	N	A	F	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar)	N	A	F	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos	N	A	F	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)	N	A	F	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad	N	A	F	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días	N	A	F	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí mismo (a)	N	A	F	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios	N	A	F	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente	N	A	F	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida	N	A	F	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí	N	A	F	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados	N	A	F	R
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal	N	A	F	R
46. Alcanzo mi pulso cardiaco objetivo cuando hago ejercicios	N	A		R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio	N	A	F	R
48. Me siento unido (a) con una fuerza más grande que yo	N	A	F	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso	N	A	F	R
50. Como desayuno	N	A	F	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario	N	A	F	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos	N	A	F	R

S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995

Sé prohíbe la reproducción de este cuestionario sin el permiso escrito de las autoras. Se puede obtener dicho permiso de:

Reproduction without the authors' express written consent is not permitted. Permission to use this scale may be obtained from:

Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330

Apéndice G

Forma abreviada de del cuestionario de la salud (MOS)

Fecha: _____ No. De Cuestionario: _____

INSTRUCCIONES:

- I. En cada una de las siguientes preguntas, seleccione el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido durante el pasado mes:

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
1. ¿Cuánto tiempo se vio limitado en sus actividades sociales por motivos de salud? (Por ejemplo: visitar a sus amigos o familiares cercanos)	1	2	3	4	5	6
2. ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Cuánto tiempo ha sido una persona calmada y con paz?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Cuánto tiempo se ha sentido usted una persona desanimada y triste?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona feliz?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Cuánto tiempo se ha sentido tan desanimado (a) que nada podía animarlo (a)?	1	2	3	4	5	6

- II. Por cuanto tiempo (si así ha sucedido) su estado de salud le ha limitado en las siguientes actividades:

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
7. El tipo y cantidad de actividades pesadas que usted puede realizar como levantar objetos, correr o practicar deportes rudos	1	2	3	4	5	6
8. El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota	1	2	3	4	5	6
9. Caminar cuesta arriba o subir varios por la escalera	1	2	3	4	5	6
10. Agacharse, pararse de puntas o doblarse hasta el suelo	1	2	3	4	5	6
11. Caminar una cuadra	1	2	3	4	5	6
12. Comer, vestirse, bañarse o ir al baño	1	2	3	4	5	6

13. ¿Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a la escuela?

- a) Sí, por más de tres meses
- b) Sí, por tres meses o menos
- c) No

14. ¿ Le ha sido imposible hacer cierto tipo o cantidad de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?

- a) Sí, por más de tres meses
- b) Sí, por tres meses o menos
- c) No

III. Por favor seleccione el número (1 al 6) que describa mejor si cada una de las siguientes afirmaciones es verdadera o falsa para usted:

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
15. Estoy algo enfermo (a)	1	2	3	4	5	6
16. Estoy tan saludable como cualquier persona que conozco	1	2	3	4	5	6
17. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5	6
18. Me he sentido mal recientemente	1	2	3	4	5	6

19. En general diría usted que su salud es:

- b) Excelente
- c) Muy buena
- d) Buena
- e) Regular
- f) Deficiente

20. ¿Qué tanto dolor corporal ha experimentado usted durante las últimas cuatro semanas?

- b) Ninguno
- c) Muy breve
- d) Leve
- e) Moderado
- f) Grave

Apéndice H

INSTRUCCIONES: Por favor muestre esta escala gráfica con cada persona entrevistada, al preguntar el Apéndice G (MOS)

1 Todo el tiempo

L	M	M	J	V	S	D

2 La mayor parte del tiempo

L	M	M	J	V	S	D

3 Buena parte del tiempo

L	M	M	J	V	S	D

4 Algo de tiempo

L	M	M	J	V	S	D

5 Poco tiempo

L	M	M	J	V	S	D

6 Nada del tiempo

L	M	M	J	V	S	D

Apéndice I

Presión arterial de los trabajadores de una refinería.

Clasificación	fr	%
Sistólica		
Presión arterial normal	193	98.5
Hipertensión arterial moderada	3	1.5
Diastólica		
Presión arterial normal	179	91.3
Presión normal alta	17	8.7

Fuente: CIFP.

n= 196

Apéndice J

Consentimiento informado

Por medio de la presente entiendo que la Lic. Felicitas Elena Díaz Vega está realizando una investigación para conocer los estilos de vida de los trabajadores de una refinería. Solicita mi participación voluntaria en una entrevista, donde responderé a los cuestionarios sobre mis datos personales, hábitos de vida y percepción del estado de salud.

Se me ha explicado de los procedimientos a seguir como la medición de peso y talla, presión arterial. Comprometiéndome a entregarme estos datos de inmediato y me proporcionará información si yo tuviera dudas al respecto.

Tanto la entrevista como las mediciones, se realizarán en la empresa donde laboro dentro de mi horario de trabajo, tendré la libertad de retirarme cuando lo deseé, mis datos serán confidenciales y que los resultados se darán a conocer a la empresa de manera grupal, sin haber la posibilidad de identificación individual.

Con lo anterior expuesto, estoy de acuerdo en participar en la investigación:

Fecha: _____

Entrevistado: _____

Entrevistador: _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD Y ESTILO DE VIDA EN LOS TRABAJADORES DE UNA REFINERÍA.

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía: Nacida en la Ciudad Madero, Tamaulipas el 12 de julio de 1958; hija de Consuelo Vega Castillo y Nicolás Díaz Ruiz.

Educación: Egresada de la Universidad Veracruzana con el grado de Licenciada en Enfermería en 1978. Curso Postécnico Pediatría en 1988 en HIM. Diplomado en Computación 1999, Diplomado en Enseñanza Superior 1999 en la Universidad Veracruzana. Diplomado en Salud Reproductiva 2000 en el IMSS. Inglés avanzado por la Universidad Veracruzana en 1997-1999.

Experiencia profesional: Enfermera especialista pediatra en el Hospital Regional de PEMEX de Minatitlán, Veracruz de 1980 a la fecha, enfermera general IMSS de Minatitlán, Veracruz de 1978 a 1980. Profesora de asignatura en la Facultad de Enfermería de Minatitlán de la Universidad Veracruzana de 1988 a la fecha. Capacitación de Cursos de Promoción a la Salud en CANACO 1999 a la fecha. Certificación de Calidad Profesional 1998. Consultor CUSEM de la Universidad Veracruzana.

E-mail: fdiazv@yahoo.es

