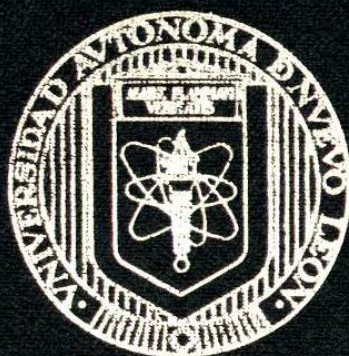


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR
DE LA SALUD EN TRABAJADORES
DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA**

Por

LIC. JUANA EDITH CRUZ QUEVEDO

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

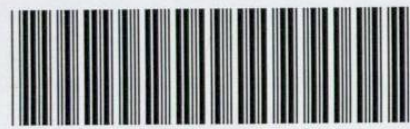
JULIO 2001

J. E. C. Q.

AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD
EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

TM
HD7269
.F7
C7
c.1

JUL



1080094216

HD 726

.F7

C7

c.1

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR
DE LA SALUD EN TRABAJADORES
DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

Por

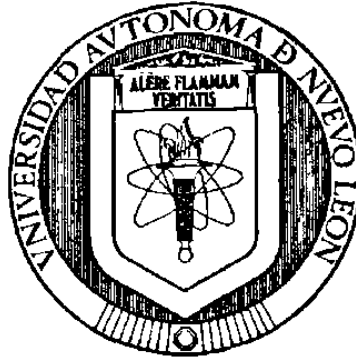
LIC. JUANA EDITH CRUZ QUEVEDO

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

JULIO 2001



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



AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD EN
TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

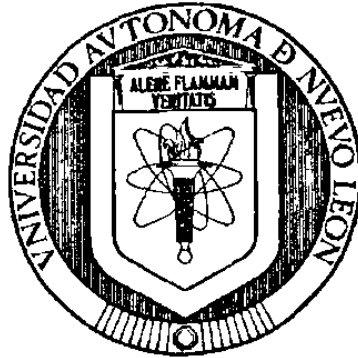
Por

LIC. JUANA EDITH CRUZ QUEVEDO

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

JULIO 2001

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



AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD EN
TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

Por

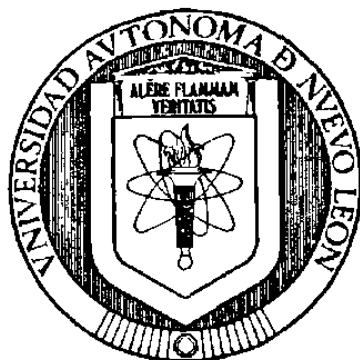
LIC. JUANA EDITH CRUZ QUEVEDO

Director de tesis
M.S.P. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

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

JULIO 2001

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



AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD EN
TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

Por

LIC. JUANA EDITH CRUZ QUEVEDO


Asesor Estadístico
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, Ph D

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

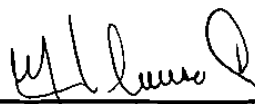
JULIO 2001

AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD EN
TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

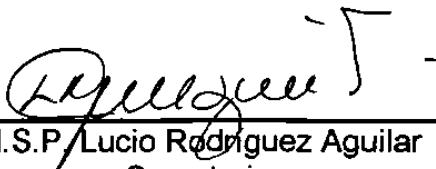
Aprobación de Tesis



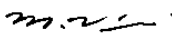
M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis



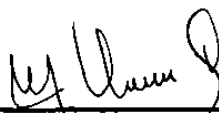
M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Presidente



M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar
Secretario



Marco Vinicio Gómez Meza, Ph D
Vocal



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

DEDICATORIA

A Dios, porque sé que vive en mí impulsando el logro de las metas de mi vida.

A ti madre, ejemplo de fortaleza y perseverancia. Tú me enseñaste a soñar y el valor del trabajo y la superación constante para hacer los sueños realidad. Este también es tu logro. ¡Gracias mami!

A ti hermana. Porque tu brillo hace reflejo en mí, dando en todo momento alegría a mi vida. Te quiero.

A mi tía Olga, Laury, Alejandrita y Alejandro; quienes en todo momento han estado al pendiente de mí y en este tiempo vieron además, por mi familia. Gracias, los quiero mucho.

A toda mi familia y amigos. Sus oraciones y buenos deseos fueron suficientes. Gracias por ser el apoyo que siempre necesito.

A Francis. Mi amiga, mi hermana. Dios ha sido muy bondadoso en enseñarme el valor de la amistad en una persona tan maravillosa como tú. El camino se facilitó con tu presencia y apoyo incondicional. ¡Gracias amiga!

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Veracruzana, especialmente al Dr. Mario Miguel Ojeda Ramírez, Director General de Apoyo al Desarrollo Académico y responsable del Programa de Mejoramiento al Profesorado .

A la Facultad de Enfermería, región Veracruz de la Universidad Veracruzana. A todo su personal docente que siempre fue fuente de apoyo y ejemplo de superación.

A las Maestras Maricela Sánchez Gándara y Margarita Véliz Cortés, ex directora y ex secretaria académica de la Facultad de Enfermería región Veracruz de la Universidad Veracruzana, por toda la dedicación y esfuerzo realizado para que se pudiera emprender este sueño que ahora se hace realidad.

A la M.S.P. Magdalena Alonso Castillo; mi director de tesis. Gracias por su acertada asesoría en este trabajo y permitirme compartir con usted esta experiencia. Es usted ejemplo profesional en mi vida.

A los integrantes del comité de Tesis, M.S.P. Lucio Rodríguez Aguilar y Marco Vinicio Gómez Meza Ph D., por las invaluable aportaciones realizadas a este trabajo.

A todo el personal docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León que participó en mi proceso de aprendizaje. Gracias por permitirme aprender dentro y fuera del aula de su experiencia y conocimiento.

A AXA alimentos, S.A., especialmente a la Ing. Nelly Arroyo, coordinadora de Desarrollo Humano y al Lic. Miguel A. Zapata, director de Recursos Humanos. Por todas las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo.

A los trabajadores que participaron como sujetos de estudio. Sin ellos no hubiese sido posible. Gracias.

A todo el personal administrativo de la subdirección de posgrado: Lic. Ana Ma. Castillo, Nydia, Silvia, Anell, Lupita y Maribel; así como al personal de biblioteca, Gustavo y Miguel quienes facilitaron los procesos dentro de la facultad. Gracias por su apoyo.

A mis compañeros de maestría con quienes tuve la oportunidad de compartir en algún momento de este proceso. A Ma. Inés, Margarita, Manuel, Graciela, Jorge, Nora Nelly, Nora Allen, Norma, Tere, Lulú y Carmen.

A mis nuevos amigos Karina y Juan Carlos. Todo lo que compartimos a lo largo de estos dos años, forman un fuerte cimiento para una buena amistad. Gracias por regalarme el don de su sonrisa en los momentos difíciles y participar con felicidad en los momentos de alegría.

A la Sra. Conchita Benavides y a toda su familia que abrieron las puertas de su casa y de su corazón para mí. Muchas gracias por dejarme formar parte de ustedes.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	6
Definición de términos	11
Estudios relacionados	12
Hipótesis	14
Capítulo II	
Metodología	16
Diseño de investigación	16
Universo	16
Plan de muestreo y muestra	16
Criterio de inclusión	17
Instrumentos	17
Consistencia interna de los instrumentos	20
Procedimiento para recolección de datos	21
Análisis de datos	22
Consideraciones éticas	24

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	25
Datos descriptivos de las variables de estudio	25
Correlación entre las variables de estudio	30
Estadísticas inferenciales para la verificación de hipótesis	31
Capítulo IV	
Discusión	43
Conclusiones	46
Recomendaciones	46
Referencias bibliográficas	48
Apéndices	
A. Estructura conceptual teórico – empírica	55
B. Cédula de datos personales para los trabajadores de la industria (CDPTI)	56
C. Información sobre instrumentos	57
D. Técnicas y parámetros de normalidad en mediciones biológicas	58
E. Consentimiento informado	61
F. Datos descriptivos por Sexo y Tipo de empleo	62

LISTA DE TABLAS

Tablas	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	21
2. Prueba de normalidad	23
3. Datos descriptivos de Factores personales (variables categóricas)	26
4. Datos descriptivos de Factores personales (variables continuas)	27
5. Clasificación de IMC de los Trabajadores de la Industria	27
6. Datos descriptivos de Autoeficacia percibida en los trabajadores de la industria	28
7. Datos descriptivos de Estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria	29
8. Datos descriptivos de Estilo de vida promotor de salud por Sexo en los trabajadores de la industria	29
9. Datos descriptivos de Estilo de vida promotor de salud por Tipo de empleo en los trabajadores de la industria	30
10. Correlación bivariada entre las Variables de Estudio	31
11. Regresión lineal múltiple. Efecto de la Edad y el Sexo sobre el Estilo de vida promotor de salud	32
12. Regresión lineal múltiple. Efecto de la Escolaridad, el Estado civil y el Tipo de empleo sobre el Estilo de vida promotor de salud	34
13. Efecto de la Escolaridad, el Estado civil y el Tipo de empleo sobre el Estilo de vida promotor de salud	34
14. Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud y los Factores socioculturales sobre el Estilo de vida promotor de salud	36

15. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud y los Factores socioculturales sobre el Estilo de vida promotor de salud	37
16. Regresión lineal simple. Efecto de la Autoeficacia sobre el Estilo de vida promotor de salud	38
17. Efecto de la Autoeficacia sobre el Estilo de vida promotor de salud	38
18. Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud	39
19. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud	39
20. Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud (procedimiento Backward)	40
21. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud (procedimiento Backward)	41
22. Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos índice de masa corporal, glicemia capilar y tensión arterial sobre el estilo de vida promotor de salud	42
23. Regresión lineal simple. Efecto del lugar de nacimiento sobre el estilo de vida promotor de salud	42

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996)	7
2. Relación de conceptos de investigación	10
3. Percepción del estado de salud y Estilo de vida promotor de la salud en trabajadores de la industria	33
4. Autoeficacia percibida y Estilo de vida promotor de la salud en trabajadores de la industria	35

RESUMEN

Juana Edith Cruz Quevedo
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio 2001

Título del estudio: AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA.

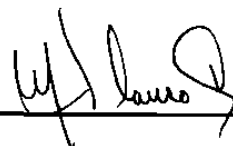
Número de Páginas: 63

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

Propósito y método del estudio: El propósito del estudio fue determinar de que manera los factores personales y la autoeficacia percibida afectan el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria. 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, los estratos se formaron para el grupo de obreros y el grupo de administrativos. La muestra fue de 178 trabajadores de ambos sexos, estimada con un límite de error de .05 y una potencia de .90. Los instrumentos utilizados fueron a) Cédula de Datos personales para los Trabajadores de la Industria, b) Cuestionario de Percepción de la Salud, c) Escala de Autoeficacia para el Estilo de vida promotor de la Salud y d) Perfil de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, en su primera aplicación en población mexicana. Los instrumentos mostraron consistencia interna aceptable.

Contribución y conclusiones: Contribuye al conocimiento disciplinario al verificar en forma empírica los conceptos seleccionados del MPS. Los resultados muestran que el estilo de vida promotor de la salud de los trabajadores se relaciona positiva y significativamente con el estado de salud percibido ($r_s=.317$, $p=.001$); así como con la autoeficacia percibida ($r_s=.361$, $p=.001$). El estilo de vida promotor de la salud de los trabajadores es afectado por la escolaridad, el estado civil y el tipo de empleo ($F_{(3,174)}= 2.88$, $p= <.05$), siendo la escolaridad la que contribuye a la significancia del modelo ($t= 1.97$, $p= .05$). Los factores personales afectan indirectamente el estilo de vida promotor de la salud a través de la autoeficacia percibida al incrementar con su presencia la varianza explicada de 18.8 por ciento ($F_{(11,165)}= 3.49$, $p= .001$) a 29.4 por ciento ($F_{(12,165)}= 5.71$, $p= .001$). La edad y el sexo no tuvieron efecto sobre el estilo de vida promotor de la salud ($F_{(3,174)}= 1.91$, $p= .12$).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



Capítulo I

Introducción

La salud es un concepto con alto valor en la sociedad; en las últimas décadas ha asumido una mayor importancia debido a la creciente convicción de que cambios en los estilos de vida pueden mejorar la salud y reducir la enfermedad (Fleetwood & Packa, 1991).

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 1989) afirma que aproximadamente el 50 por ciento de las causas de muerte tienen alguna relación con los estilos de vida perjudiciales como el sedentarismo, la nutrición inadecuada, el tabaquismo y la ingesta de alcohol. Estos estilos de vida perjudiciales se reflejan en la sociedad en indicadores de incidencia y prevalencia de enfermedades y años de vida saludables perdidos (AVISP). En los últimos años se ha presentado una alta incidencia de enfermedades crónicas degenerativas, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, las que se relacionan estrechamente con conductas de salud perjudiciales.

Los trabajadores constituyen un grupo importante a ser estudiado ya que son la fuerza laboral del país, y en la mayoría de las familias, son la única fuente de ingreso. En el estado de Nuevo León la tasa de empleo es del 92.3 por ciento y una participación por sexo del 76 por ciento en hombres y 40.3 por ciento en mujeres; por edades, la participación económica se encuentra mayormente entre los 20 y 44 años con tasas superiores al 68.6 por ciento (INEGI, 1996).

No cabe duda que para responder con la energía necesaria y expresar su potencial de desarrollo, el trabajador debe tener buena salud. El trabajo no solo ocupa un tercio del tiempo que se disfruta despierto, determina el estilo de vida e influye en la personalidad, sino que además predice la forma de morir (Matey, 1996).

La práctica de conductas promotoras de salud y en general un estilo de vida saludable tal como llevar una buena nutrición, realizar ejercicio, el manejo adecuado del estrés, y la responsabilidad en salud, disminuyen el riesgo de enfermedades crónico-degenerativas (Matarazzo, citado en Sallis, Pinsky, Grossman, Patterson & Nader, 1988).

Alcanzar un estilo de vida saludable debe ser la meta de los individuos de todas las edades, en el cual se integren conductas promotoras de salud dirigidas al logro de estados de salud positivos (Pender, 1996); sin embargo los cambios de hábitos son difíciles de iniciar y mantener y los resultados de la mayoría de los programas son desalentadores, lo que sugiere que se requiere de un conocimiento más detallado de los mediadores de estos cambios de conducta (Sallis et al., 1988).

El promover los cambios de conducta hacia estilos de vida saludable es campo y preocupación de enfermería. El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propone una forma de explicar y predecir el componente promotor de la salud del estilo de vida (Pender, 1996); constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia

salud, explora los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud.

Pender define el estilo de vida promotor de la salud como un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, la autorrealización y realización del individuo.

El MPS afirma que la conducta promotora de salud es resultado de las interacciones que existen entre a) las características y experiencias individuales y b) las cogniciones y afecto específico de la conducta.

Las conductas promotoras de salud y los estilos de vida de los trabajadores son temas que han sido poco abordados. Los estudios en México encontrados en este grupo de la población, se dirigen a la exploración de riesgos laborales y accidentes de trabajo.

En los Estados Unidos se han estudiado determinantes de conductas promotoras de salud en mujeres empleadas (Duffy, 1988), en mujeres empleadas México- americanas (Duffy, 1997), y en militares (Fleetwood & Packa, 1991) y en algunas conductas específicas de promoción de la salud en los lugares de trabajo, como el uso de la protección auditiva de los trabajadores de la construcción (Lusk, Ronis & Hogan, 1997); estos estudios muestran que algunos aspectos cognitivo – perceptuales como el locus de control, el valor de su salud y el conocer sus riesgos pueden determinar las conductas promotoras de salud; no así con las determinantes sociodemográficas en las que, en contradicción con el modelo propuesto por Pender (1987), parecen no influir

directamente sobre la conducta (Johnson, Rattner, Bottorf & Hayduk, 1993; Lusk et al., 1997; Fleetwood & Packa, 1991; Alley N., Macne, Sunita, Alley A. & Hollifield, 1998).

Es de hacer notar que bajo la perspectiva del Modelo de Promoción a la Salud revisado (Pender 1996), el determinante cognitivo – perceptual autoeficacia no ha sido estudiado.

En México se han realizado estudios para explicar el estilo de vida promotor de salud en población aparentemente sana en conductas específicas (ejercicio, nutrición y no consumo de alcohol y tabaco) en jóvenes universitarios (Rodríguez, 1996) en el cual se encontró relación positiva y significativa del afecto relacionado a la actividad y características personales como el sexo y la autoestima; sin embargo la población trabajadora no ha sido estudiada bajo la perspectiva de este modelo.

En la experiencia personal del investigador se ha observado que en la industria la promoción de la salud se dirige a la prevención de riesgos laborales derivados de los procesos productivos para evitar incapacidades médicas y reducir costos dejando de lado la promoción de estilos de vida que pueden potencializar el nivel de salud y reducir los riesgos de enfermedades crónico – degenerativas los cuales seguramente generan una proporción igual o mayor de incapacidades médicas que los accidentes laborales. En México existen pocos registros de estudios en esta población, los escasos esfuerzos realizados al respecto de conductas promotoras de salud, no toman en cuenta los aspectos cognitivos de motivación a ésta, tal como la autoeficacia.

La autoeficacia percibida, definida como el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar un curso particular de acción motiva las conductas promotoras de salud directamente por medio de las expectativas de eficacia, a su vez puede estar determinada por las características y experiencias individuales (Pender, 1996).

Conocer los estilos de vida y los procesos que determinan la motivación de la conducta del grupo de trabajadores permitirá a enfermería promover y crear condiciones en las cuales los individuos puedan expresar su potencial de salud a través de la ejecución de conductas promotoras de salud, por lo que fue necesario conocer ¿De que manera los factores personales y la autoeficacia percibida afectan el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria?

El estudio aporta conocimiento de los procesos que motivan a los trabajadores, particularmente la autoeficacia percibida, a la realización de conductas promotoras de salud, para que eventualmente en un futuro pueda ser utilizado como estrategia para la promoción para la salud.

Contribuye al conocimiento disciplinario, al aplicar en forma empírica los conceptos factores personales, autoeficacia percibida y estilo de vida promotor de salud del MPS en una población no abordada.

Se utilizó por vez primera en población mexicana el Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II versión en español (Health-Promoting Lifestyle Profile II)

Se utilizó un concepto de cada categoría por lo que una limitación del presente estudio es su capacidad para explicar todo el modelo.

Marco teórico conceptual

El marco teórico que se utilizó en este estudio fue el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996), se aplicaron los conceptos de factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales), autoeficacia percibida y conducta promotora de salud / estilo de vida promotor de salud.

El Modelo de Promoción a la Salud (MPS) nace a partir del Modelo Conceptual de Conducta para la Salud Preventiva realizado por la Dra. Nola J. Pender en 1975; constituyó como tal, una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de enfermería.

Explora los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud, se basa teóricamente en la Teoría de Expectativa – Valor y la Teoría Cognoscitiva Social (Pender, 1996).

El MPS enfatiza el rol activo del cliente para dar forma y mantener las conductas de salud y modificar el contexto ambiental de las conductas de salud, se ha utilizado como base teórica en estudios para determinar el poder de sus constructos para explicar y predecir las conductas de salud, su aplicabilidad es potencial en todas las edades. En la investigación se ha utilizado para la predicción de estilos de vida generales en poblaciones específicas como pacientes de cirugía cardíaca y diabéticos; así como en conductas específicas tales como el ejercicio y la protección auditiva.

La teorista ha desarrollado quince proposiciones teóricas, de las cuales, para el presente estudio se consideraron pertinentes las dos siguientes:

1. Las características heredadas y adquiridas (factores personales) influyen en la conducta promotora de salud.
2. La autoeficacia percibida para ejecutar una conducta incrementa la probabilidad de comprometerse en la acción y ejecución de la conducta actual.

El MPS propone la conducta promotora de salud como resultado de las interacciones que existen entre a) las características individuales y b) las cogniciones y afecto específico de la conducta (Figura 1).

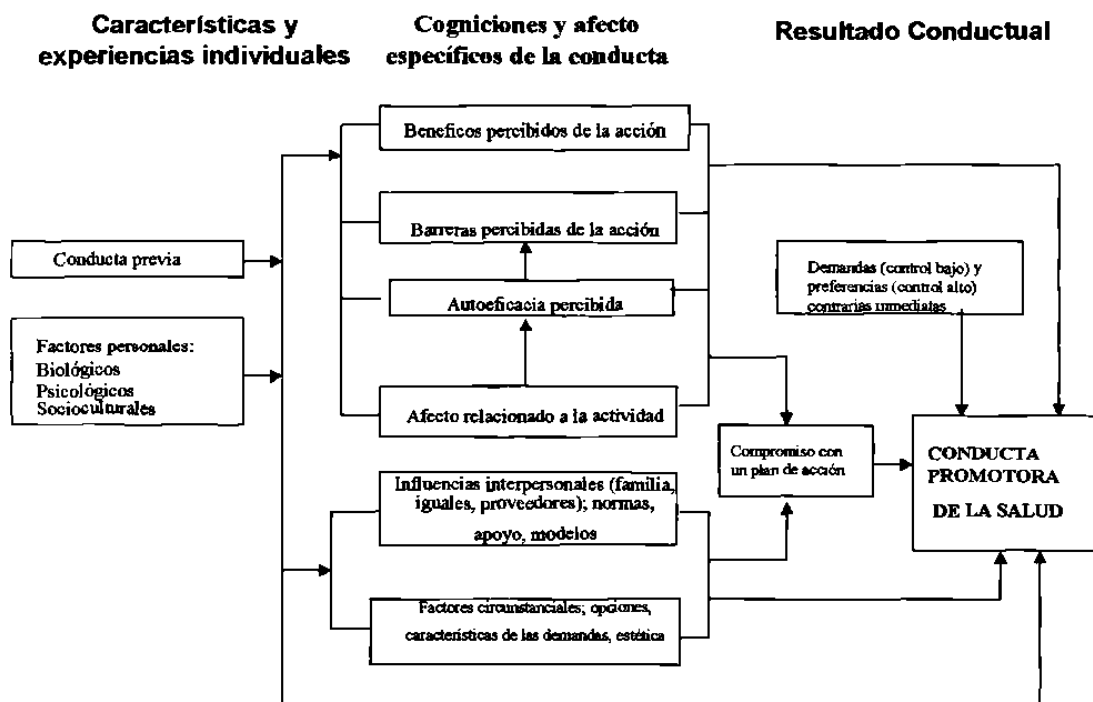


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996)

En el MPS, las características y experiencias individuales tienen un efecto directo sobre la conducta y a través de las cogniciones y afecto específico de la

conducta un efecto indirecto sobre la misma; cada persona tiene características personales y únicas que afectan sus acciones subsecuentes, los aspectos de estas características brindan en el Modelo de Promoción a la Salud, la flexibilidad para encontrar las variables que puedan ser altamente relevantes para una conducta hacia la salud. Incluye las conductas previas relacionadas, los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales.

La conducta previa relacionada y los factores personales como parte de este primer grupo afectan directamente las conductas promotoras de salud e indirectamente al tener efecto sobre la autoeficacia percibida.

Conducta previa relacionada. El mejor predictor de la conducta es la frecuencia con la que se ha realizado conductas promotoras de salud en el pasado; puede tener efecto directo en la conducta promotora de salud debido a la formación del hábito, predisponiendo al individuo a realizar la conducta automáticamente; y también efecto indirecto, en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de salud a través de percepciones de autoeficacia.

Factores personales. Los factores personales relevantes que predicen una conducta dada son moldeados por la naturaleza de la conducta objetivo bajo consideración, el modelo propone que los factores personales influyen directamente en las cogniciones específicas de la conducta, así como en la conducta promotora de salud, se han clasificado como biológicos, psicológicos y socioculturales.

La categoría cogniciones y afecto específico de la conducta se considera de mayor significancia motivacional y constituyen el núcleo crítico de la intervención ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería.

Autoeficacia percibida. La autoeficacia percibida es un auto juicio de las capacidades para alcanzar un cierto nivel de desempeño. El conocimiento personal acerca de la autoeficacia se basa en cuatro tipos de información: a) logros de desempeño de la realización real de la conducta u evaluación del desempeño en relación con algún auto estándar o retroalimentación externa dada por otros, b) las experiencias sustitutas al observar el desempeño de otros y su auto evaluación y retroalimentación relacionadas, c) la persuasión verbal por parte de otros a cerca de la capacidad para llevar a cabo un curso particular de acción y d) los estados fisiológicos.

Estilo de vida promotor de salud. El estilo de vida promotor de salud se conceptualiza como un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, autorrealización o realización del individuo; está básicamente dirigida al logro de resultados de salud positivos para el individuo, cuando la conducta promotora de salud está integrada a un estilo de vida saludable que impregna todos los aspectos de la vida, dan como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida.

Para este estudio se seleccionaron tres conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996); un concepto de la categoría de características y

experiencias individuales (factores personales), un concepto de la segunda categoría cogniciones y afecto específicos de la conducta (autoeficacia) y un concepto de resultado conductual (conducta promotora de salud / estilo de vida promotor de salud).

En este esquema, bajo el enfoque del Modelo de Promoción de la Salud, se propone que la relación de los conceptos factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales afectan directamente la conducta promotora de salud y en forma indirecta a través de la autoeficacia percibida. La autoeficacia percibida también puede tener efecto directo sobre la conducta promotora de salud, se espera que a mayor autoeficacia, mayor conducta promotora de salud (Figura 2).

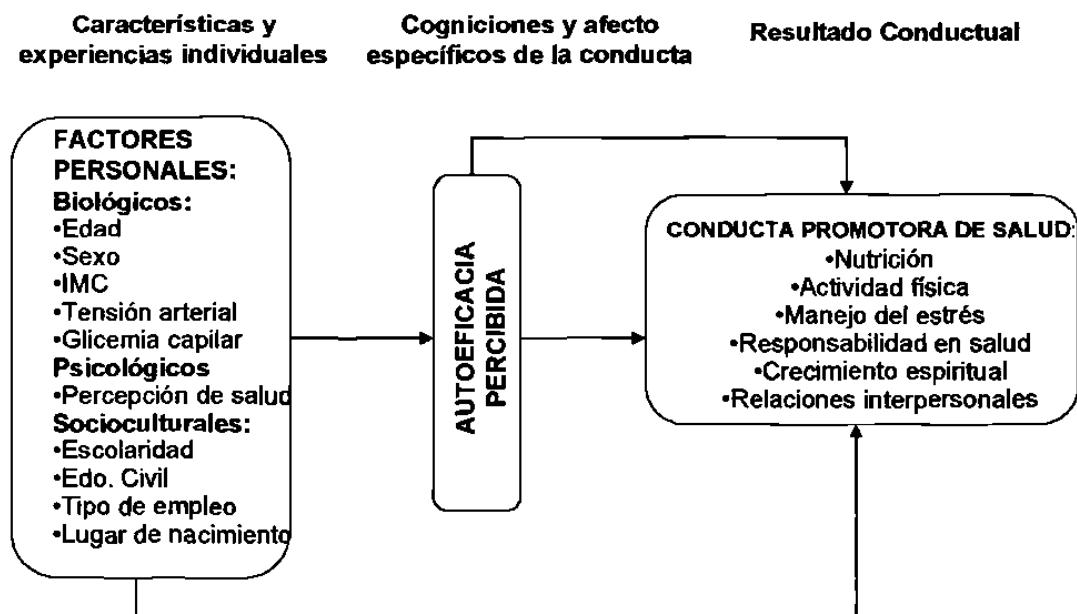


Figura 2. Relación de conceptos de investigación.

Definición de términos

Factores personales. Características propias de la persona, clasificadas como biológicas (edad, sexo, IMC, tensión arterial y glicemia capilar), psicológicos (percepción del estado de salud) y socioculturales (escolaridad, estado civil, lugar de nacimiento, tipo de empleo). Se midieron con la cédula de datos personales de trabajadores de la industria (CDPTI) y el cuestionario de Estudios de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS; Stewart, Hayes & Ware 1988, traducido al español por Gallegos, 1996).

Autoeficacia percibida. Factor cognitivo definido como el auto juicio de las capacidades del trabajador para alcanzar un cierto nivel de desempeño en una conducta promotora de salud. Se midió con la escala de autoeficacia para estilo de vida promotor de salud en trabajadores adaptada de la Escala de Autoeficacia General (EAEVPST), versión española (Baessler & Schwarzer, 1996).

Estilo de vida promotor de salud. Patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, autorrealización y realización del trabajador tales como nutrición, actividad física, responsabilidad en salud, manejo de estrés, crecimiento espiritual y relaciones interpersonales. Se midió con el Perfil de estilo de vida promotor de salud II (Walker, Sechrist & Pender, 1995).

La estructura conceptual teórico-empírica se muestra en el apéndice A.

Estudios relacionados

Dado que muchos aspectos de salud se relacionan a las elecciones de estilo de vida, existe una amplia variedad de oportunidades para que la gente impacte de manera positiva en su propio bienestar. Las conductas promotoras de salud y los estilos de vida reciben cada vez mayor atención como resultado de la conversión de un modelo biomédico a uno biopsicosocial (Bandura, 1995) para conocer los factores que determinan la práctica de conductas saludables. Los hallazgos de estudios en adultos han mostrado resultados diversos al respecto.

Los factores personales biológicos como edad y sexo, hacen una modesta contribución a la explicación del estilo de vida promotor de salud, se obtiene que las mujeres califican significativamente mejor que los hombres en estilo de vida promotor de salud (Duffy, 1997; Larouche, 1998; Pender, Walker, Sechrist & Stromberg, 1990).

La edad y sexo tuvieron una influencia indirecta en la realización de actividades promotoras de salud relacionadas con el estilo de vida (Johnson et al., 1993) y en conductas específicas de promoción a la salud (Lusk et al., 1997). En contraste, Fleetwood y Packa (1991) y Alley, et al. (1998) no encontraron relación alguna.

El estado de salud percibido, como factor psicológico ha explicado fuertemente la probabilidad de reportar práctica regular o frecuente de conductas promotoras de salud que se relacionan con el estilo de vida promotor de salud en mujeres (Christiansen, 1981 en Duffy, 1997), mujeres trabajadoras (Duffy, 1988, 1997) y población en general (Fleetwood & Packa, 1991; Gillis,

1994; Larouche, 1998; Moore, 1992 en Larouche, 1998; Pender et al., 1990).

Sin embargo, para Lusk et al. (1997) una percepción de salud baja, fue la que predijo mayor conducta de protección a la salud.

En la realización de prácticas de promoción de la salud en general se ha encontrado que la educación y el estado civil estaban positivamente asociados (Alley et al., 1998; Duffy, 1988; Hanner, 1986 en Duffy, 1997; Muhlenkamp & Sayles, 1986; Walker, Volkan, Sechrist & Pender, 1988;). También se ha encontrado asociación positiva de estos factores socioculturales con conductas específicas como práctica de buena nutrición, apoyo interpersonal y manejo del estrés (Walker et al., 1988) que forman parte de un estilo de vida promotor de salud.

Así mismo, la categoría laboral y la ocupación también se asoció significativamente a la práctica de buena nutrición y a la práctica de conductas más sanas (Christiansen, 1981 en Duffy, 1997; Talvi, Järvisalo & Knuts, 1999).

Los estudios que investigan las relaciones entre la autoeficacia y las prácticas de salud han producido diversos hallazgos. Se ha encontrado que la autoeficacia percibida está positivamente relacionada a la realización de conductas de salud (Bernier & Avard, 1986; Gillis, 1994; Pender et al., 1990; Stanley & Maddux, 1986;).

En una serie de análisis de regresión, Weitzel y Waller (1990) encontraron que la autoeficacia era el predictor más importante de la práctica de conductas promotoras de salud de los obreros México-americanos; también fue predictor de buena nutrición (Weitzel, 1989) y manejo del estrés (Jerusalem & Mittag,

1995); así como de la participación en el ejercicio (Conn, 1998; Cousins, 1996; DuCharme & Brawley, 1995; Fontaine & Shaw, 1995; Mc Auley & Jacobson, 1991), actividades que se integran en el perfil de estilo de vida promotor de salud.

Mc Auley y Courneya (1992), sin embargo, encuentran que la autoeficacia inicial tuvo un efecto significativo para iniciar la práctica de ejercicio, pero no fue predictor del mantenimiento de la conducta.

Hipótesis

H 1. La edad y el sexo afectan significativamente el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

H 2. A mayor percepción del estado de salud mayor estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

H 3. La escolaridad, el estado civil, y el tipo de empleo afectan significativamente el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

H 4. A mayor autoeficacia percibida mayor estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

H 5. Los factores personales biológicos, la percepción del estado de salud y los factores socioculturales afectan indirectamente el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria a través de la autoeficacia percibida.

Preguntas de investigación:

1. ¿Los factores personales biológicos: índice de masa corporal, glicemia capilar y tensión arterial afectan el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria?.
2. ¿El lugar de nacimiento afecta el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria?.

Capítulo II

Metodología

Diseño de investigación

Se realizó un estudio de tipo descriptivo – correlacional (Polit y Hungler, 1999) ya que describe las características de la muestra y buscó asociaciones entre autoeficacia percibida y estilo de vida promotor de salud.

Universo

El universo lo conformaron 1072 trabajadores de ambos sexos, administrativos y obreros de una empresa grande (más de 501 trabajadores, de acuerdo a la clasificación de la Cámara de la Industria de la Transformación, CAINTRA) del ramo alimenticio elegida para la realización del presente estudio.

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 213 sujetos (n_1 [administrativos]= 49; n_2 [obrero] = 164) estimada para la prueba de correlación, con un límite de error de .05, con una potencia de .90 y correlación alternativa de .20 o más. Sin embargo, por motivos administrativos, ajenos a la investigación sólo se completó la muestra

de 178 sujetos (127 obreros y 51 administrativos), con lo que se trabajó con un límite de error de .05 y una potencia de .85, respetando la correlación alternativa de .20 o más.

Criterio de inclusión

Individuos aparentemente sanos mayores de 16 años.

Instrumentos

Los instrumentos que fueron utilizados en este estudio son 1) Cédula de datos personales de trabajadores de la industria (CDPTI), 2) Estudios de Resultados Médicos (MOS), 3) Escala de autoeficacia para estilo de vida promotor de salud en trabajadores (EAEVPST) y 4) el Perfil de estilo de vida promotor de salud II, versión en español, (PEPS II).

La Cédula de datos personales de trabajadores de la industria (CDPTI), este instrumento se construyó para la realización del presente estudio, consta de dos secciones: En la primera se incluyen los factores personales, presenta siete preguntas correspondientes a datos personales biológicos y socioculturales e incluyen edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, años de escolaridad, tipo de empleo y relación laboral. En la segunda sección, se registraron las mediciones biológicas peso, talla, índice de masa corporal, tensión arterial sistólica y diastólica y glicemia capilar (Apéndice B).

El segundo instrumento denominado Estudios de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS), en su forma corta con 20 ítems, fue

desarrollado en 1988 por los doctores Stewart, Hays y Ware, 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 en población mexicana por Cadena (1999), Campa (1997), Gallegos (1996), y Zamora (2000).

La escala de respuesta de este cuestionario es de tipo Likert en seis opciones que van de todo el tiempo, la mayor parte del tiempo, buena parte del tiempo, algo del tiempo, poco tiempo y nada del tiempo para los ítems del 1 al 12 y 15 al 18. Los ítems 13, 14 requieren respuestas entre cero y uno; en tanto, los reactivos 19 y 20 entre uno y cinco.

La escala es calificada en tres pasos: a) recodificación de los ítems tres, cinco, 16, 17, 19 y 20, para mantener el sentido de la puntuación; b) suma de los ítems de la escala, teniendo un puntaje que oscila entre 18 el valor mínimo y 108 el valor máximo y c) transformación de la puntuación resultante a una escala de 0 a 100 donde a mayor puntuación refleja un mejor resultado en el estado de salud percibido. La confiabilidad de cada subescala se reporta de 0.81 a 0.88 (Stewart, Hayes & Ware, 1988); en población mexicana se ha reportado coeficientes Alpha de Cronbach de .87, .78, .75 y .86 (Gallegos, 1996; Campa 1997; Cadena 1999 y Zamora, 2000; respectivamente; Apéndice C).

Para medir la autoeficacia de los trabajadores se diseñó la Escala de autoeficacia para estilo de vida promotor de salud en trabajadores (EAEVPST), adaptada de la Escala General de Autoeficacia, versión española, esta escala

obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.81 en población latina y de 0.79 a 0.93 en ¹⁹ población europea (Baessler & Schwarzer, 1996).

La escala adaptada consta de 24 oraciones que miden el auto juicio de las capacidades del trabajador para alcanzar un cierto nivel de desempeño en una conducta promotora de salud.

Esta escala fue sometida a validez de contenido por un panel de 5 expertos a fin de relacionar los reactivos con el concepto, de las sugerencias por ellos aportadas, se concluye con la escala, la cual se divide en seis subescalas con cuatro reactivos cada una para medir la autoeficacia en las conductas promotoras de salud: responsabilidad en salud (reactivos 6,7,14 y 22), actividad física (reactivos 3, 11, 12 y 20), nutrición (reactivos 2,8,9 y 17), crecimiento espiritual (reactivos 4,5,13 y 24), relaciones interpersonales (reactivos 1,15,21 y 23), y manejo del estrés (reactivos 10,16,18 y 19).

La escala de respuesta es de tipo Likert en cuatro niveles 1: seguro que no podría, 2: apenas podría, 3: casi podría y 4: seguro que si podría; teniendo un valor mínimo de respuesta de 24 y un máximo de 96, que fue transformado en índices donde a mayor puntaje, significa mayor autoeficacia (Apéndice C).

El cuarto instrumento que se aplicó para el presente estudio es el Perfil de estilo de vida promotor de salud II – versión en español – (PEPS II) (Walker et al., 1995) en la que fue su primera aplicación en población mexicana.

La versión original de este instrumento se puso a disposición en 1987, y se ha utilizado ampliamente, mide la conducta promotora de salud, la escala cuenta con 52 ítems en un formato de respuesta de 4 puntos (nunca,1; algunas

veces, 2; frecuentemente, 3 y rutinariamente, 4) para medir la frecuencia actual de conductas promotoras de salud; se divide en seis subescalas: responsabilidad en salud con 9 ítems con valor mínimo de respuesta de 9 y máximo de 36; actividad física con 8 ítems, valor mínimo de 8 y máximo de 32; nutrición con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; crecimiento espiritual con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; relaciones interpersonales con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; y manejo del estrés con 8 ítems, valor mínimo de 8 y máximo de 32. Para el análisis estadístico se obtuvieron 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 en un rango de .79 a .87 para las subescalas y .94 para la escala total (Walker, comunicación personal, junio 25, 1999; Apéndice C).

Estos instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto con 40 sujetos de similares características a la población estudiada, a fin de verificar su consistencia interna y la claridad de los ítems, lo que permitió modificar aquellos que no fueron claros para los sujetos.

Consistencia interna de los instrumentos

A través del coeficiente Alpha de Cronbach se determinó la consistencia interna de los instrumentos utilizados. Los resultados de la tabla 1 muestran que son aceptables de acuerdo a lo referido por Polit y Hungler (1999) y congruentes con los coeficientes reportados por otros autores.

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Alpha de Cronbach
MOS	.80
Autoeficacia	.85
Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud	.93

FUENTE: MOS, EAEVPST, PEPS.

n= 178

Procedimiento para recolección de datos

Una vez aprobado el proyecto por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se solicitó autorización a la empresa seleccionada, y el consentimiento informado a cada uno de los sujetos de la muestra.

La recolección de datos inició con las mediciones de los factores personales biológicos: para la toma de peso y talla se utilizó una báscula con estadímetro calibrada basándose en el procedimiento señalado por Vargas y Casillas (1993) para la medición correcta.

Para la medición de la tensión arterial se utilizó un baumanómetro previamente calibrado utilizando el procedimiento que recomienda la Norma Técnica No. 66 para la prevención y control de la hipertensión arterial esencial en Atención Primaria de Salud (Secretaría de Salud, 1986); la medición de glicemia capilar se realizó con un glucómetro digital (One Touch), se siguió el procedimiento recomendado por el fabricante. Para la toma de esta muestra se respetó un ayuno mínimo de dos horas en los sujetos.

Estos resultados se proporcionaron a los participantes en forma inmediata. Los criterios para definir normalidad o anormalidad de estas variables, así como las técnicas de medición se presentan en el apéndice D.

En una entrevista, con tiempo promedio de 25 minutos, se tomaron los datos del cuestionario de Estudios de Resultados Médicos (Medical Outcomes Study; MOS), Escala de autoeficacia para estilo de vida promotor de salud en trabajadores y el perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud, en este orden; para facilitar la comprensión de las escalas de respuestas, se presentaron al entrevistado cartillas que muestran en forma gráfica las opciones de respuesta. La recolección de datos se llevó a cabo por el investigador.

Análisis de datos

El análisis estadístico fue de tipo descriptivo e inferencial para lo cual se procesó la información con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 8.0.

El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias, índices de las subescalas de los instrumentos, proporciones, medidas de tendencias central, de dispersión.

El cálculo del IMC se realizó con la fórmula: $IMC = (\text{peso}/\text{talla}^2)$ (Apéndice D).

Se aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov a todas las variables continuas del estudio para determinar normalidad.

Los valores en la tabla 2, permiten observar que sólo las variables Índice de masa corporal y Estilo de vida promotor de salud obtuvieron normalidad; el

resto de las variables presentan una significancia $< .05$, por lo que se rechaza la hipótesis nula de normalidad. Por lo tanto, para el análisis estadístico inferencial, se aplicaron pruebas no paramétricas.

Tabla 2

Prueba de Normalidad

Variable	Parámetros normales		Significancia de la prueba K-S
	Media	Desviación Estándar	
Edad	31.06	7.73	.04
Escolaridad	10.97	3.17	.00
IMC	27.87	4.90	.88
Tensión arterial sistólica	121.24	17.14	.00
Tensión arterial diastólica	77.56	12.46	.00
Glicemia capilar	89.17	22.34	.00
Percepción del estado de salud	88.34	8.67	.00
Autoeficacia	87.92	9.80	.00
Estilo de vida promotor de salud	50.35	14.10	.97

FUENTE: MOS, EAEVPST, PEPS

n= 178

Para conocer el efecto de las variables independientes sobre la variable dependiente, en las hipótesis 1, 3 y 5 se utilizó análisis de regresión lineal simple y múltiple; para las hipótesis 2 y 4, se utilizó correlación de Spearman.

Los resultados se presentan a través de tablas de contingencia y gráficas.

Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó 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:

A fin de asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar, el estudio cuenta con el dictamen de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Capítulo I, Artículo 14, fracción VII).

Tal como lo establece el reglamento, se contó con el consentimiento informado por escrito (Capítulo I, Artículo 14, fracción V; Artículo 20 y Artículo 21) que garantiza el anonimato de los sujetos, su participación voluntaria, la libertad de retirar su consentimiento y dejar de participar en el estudio (Apéndice F).

Se consideró una investigación de riesgo mínimo (Capítulo I, Artículo 17, fracción II) dado que el registro de datos se llevó a cabo a través de procedimientos comunes y sólo se requirió de una punción digital para toma de glicemia capilar.

Así mismo, al aplicarse la investigación en trabajadores, se rigió también por lo dispuesto en el capítulo V, Artículo 57 y Artículo 58 fracciones I y II al garantizar 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.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se reportan los resultados del presente estudio en los siguientes apartados: a) Datos descriptivos de los Factores personales, Autoeficacia percibida y Estilo de vida promotor de salud; b) Correlación entre las variables de estudio, y c) Estadísticas inferenciales para verificación de hipótesis.

Datos descriptivos de las variables de estudio

Factores personales

La tabla 3 muestra las proporciones de las variables categóricas de los factores personales, en ella se puede observar que el 55.6 por ciento de la población estudiada son del sexo femenino, el 62.4 por ciento manifiesta tener pareja, el 72.5 por ciento son nacidos en el estado de Nuevo León, de la categoría de obreros se encuentra un 71.3 por ciento y trabajadores de planta o base son 85.4 por ciento.

Tabla 3

Datos descriptivos de Factores personales de los Trabajadores de la Industria
(variables categóricas)

Factores Personales	Fr	%
BIOLÓGICO		
Sexo		
▪ Masculino	99	55.6
▪ Femenino	79	44.4
SOCIOCULTURALES		
Estado civil		
▪ Con pareja	111	62.4
▪ Sin pareja	67	37.6
Lugar de nacimiento		
▪ Nuevo León	129	72.5
▪ Foráneo	49	27.5
Tipo de empleo		
▪ Obrero	127	71.3
▪ Administrativo	51	28.7
Relación Laboral		
▪ Contrato o eventual	15	08.4
▪ Planta o base	152	85.4
▪ Confianza	11	06.2

Fuente: CDPTI

n= 178

En la tabla 4 se reportan los datos descriptivos de las variables continuas pertenecientes a los factores personales; como se puede observar, es una población joven, con una media de edad de 31.06 años ($DE= 7.73$); presentan sin embargo una media de IMC de 27.87 ($DE= 4.90$) lo que sugiere obesidad, y una glicemia capilar de 89.17 con una desviación estándar amplia (22.34). La media de escolaridad se presenta en 10.97 ($DE= 3.17$) años de estudio y en escala de 0 a 100 la percepción del estado de salud es calificada con una media de 88.34 ($DE= 8.67$).

El comportamiento de los factores personales por sexo y tipo de empleo se presentan en el apéndice F.

Tabla 4

Datos descriptivos de Factores personales de los Trabajadores de la Industria

Factores personales	Media	Mediana	Desviación Estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
BIOLÓGICOS					
Edad	31.06	29.50	7.73	19	50
IMC	27.87	27.83	4.90	18.69	40.76
Tensión arterial sistólica	121.24	120	17.14	90	210
Tensión arterial diastólica	77.56	80	12.46	50	140
Glicemia capilar	89.17	87	22.34	61	307
PSICOLÓGICO					
Percepción del estado de salud	88.34	90	8.67	37	100
SOCIOCULTURAL					
Escolaridad	10.97	11	3.17	3	20

FUENTE: CDPTI, MOS

n= 178

Al clasificar el IMC de los sujetos participantes de acuerdo a la NOM – 015-SSA2 se obtienen los siguientes resultados.

Tabla 5

Clasificación de IMC de los trabajadores de la Industria

(de acuerdo la NOM – 015-SSA2)

Rango	Fr	%
Peso bajo	8	4.5
Peso normal	47	26.4
Sobrepeso	24	13.5
Obesidad	99	55.6
Total	178	100.0

FUENTE: CDPTI

n=178

Autoeficacia percibida

La variable Autoeficacia percibida presentó una media de 87.92 (DE= 9.80), el comportamiento por subescalas, se muestra en la tabla 6. El comportamiento de esta variable por sexo y por tipo de empleo se presenta en el apéndice F.

Tabla 6

Datos descriptivos de Autoeficacia percibida en los Trabajadores de la Industria

Autoeficacia percibida	Media	Mediana	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Escala total	87.92	90.28	9.80	40	100
Subescalas					
En Responsabilidad en salud	91.39	91.67	11.13	50	100
En Actividad física	78.32	83.33	20.01	0	100
En Nutrición	84.50	91.67	16.87	25	100
En Crecimiento Espiritual	94.94	100	8.78	58	100
En Relaciones interpersonales	92.74	91.67	8.59	58	100
En Manejo del estrés	85.63	91.67	13.49	33	100

FUENTE: EAEVPST

n= 178

Estilo de vida promotor de salud

En la tabla 7, se presentan las medias del índice del Estilo de vida promotor de salud, en los que se obtuvo una media en la escala total de 50.35 (DE= 14.10). La subescala con mayor índice fue crecimiento espiritual con una media de 77.20 (DE= 17.20) y la más baja actividad física con una media de 26.99 (DE= 20.79).

Los Estilos de vida promotor de la salud por sexo se muestran en la tabla 8, en la que se observa para la escala total una media inferior en las mujeres (49.04, DE= 14.15) con respecto a la de los hombres (51.40, DE= 14.05). Se

mantiene el crecimiento espiritual como la subescala más alta y la actividad física como las más baja en cada una de las categorías de sexo.

Tabla 7

Datos descriptivos de Estilo de vida promotor de salud en los Trabajadores de la Industria

Estilo de Vida	Media	Mediana	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo
Escala Total	50.35	50.64	14.10	15	91
Subescalas					
Responsabilidad en salud	38.58	37.04	19.20	4	100
Actividad física	26.99	20.83	20.79	0	88
Nutrición	44.26	44.44	19.61	0	96
Crecimiento espiritual	77.20	79.63	17.20	30	100
Relaciones interpersonales	66.58	66.67	17.48	7	100
Manejo del estrés	45.37	45.83	18.25	13	100

FUENTE: PEPS

n= 178

Tabla 8

Datos descriptivos de Estilo de vida promotor de salud por Sexo en los Trabajadores de la Industria

Estilo de vida	Hombres			Mujeres		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
Escala total	51.40	51.28	14.05	49.04	50.00	14.15
Subescalas						
Responsabilidad en salud	37.49	33.33	18.78	39.94	37.04	19.75
Actividad física	30.56	25.00	21.72	22.52	16.67	18.77
Nutrición	41.83	40.74	21.19	47.30	48.15	17.08
Crecimiento espiritual	79.91	85.19	15.66	73.79	74.07	18.49
Relaciones interpersonales	69.06	70.37	16.57	63.48	62.96	18.18
Manejo del estrés	46.72	45.83	18.67	43.67	41.67	17.68

FUENTE: PEPS

n_h= 99

n_m= 79

En la tabla 9 se observa la descripción de los Estilos de vida promotor de la salud por tipo de empleo; en la escala total, la categoría administrativos resulta con una media superior a la media general (53.90, DE= 13.18), y se mantienen con medias más altas que los obreros.

Tabla 9

Datos descriptivos de Estilo de vida promotor de salud por Tipo de empleo en los Trabajadores de la Industria

Estilo de vida	Obreros			Administrativos		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
Escala total	48.93	48.72	14.26	53.90	54.49	13.18
Subescalas						
Responsabilidad en salud	38.50	33.33	19.40	38.78	37.04	18.86
Actividad física	26.31	20.83	19.97	28.68	20.83	22.85
Nutrición	44.01	44.44	18.29	44.88	48.15	22.75
Crecimiento espiritual	74.04	74.07	18.07	84.97	85.19	11.75
Relaciones interpersonales	62.64	62.96	16.78	76.40	77.78	15.31
Manejo del estrés	45.11	41.67	18.99	46.00	45.83	16.44

FUENTE: PEPS

$n_o = 127$

$n_a = 51$

Correlación entre las variables de estudio

A continuación se presenta la matriz de correlación de Spearman, en la que se puede observar que la autoeficacia percibida se correlaciona positiva y significativamente con la edad y la percepción del estado de salud; en tanto el estilo de vida promotor de salud refleja una asociación positiva y significativa con la escolaridad, la percepción del estado de salud y la autoeficacia percibida (Tabla 10).

Tabla 10.

Correlación bivariada entre las Variables de Estudio

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Edad	1								
2. Escolaridad	-.147 .05	1							
3. IMC	.359 .001	-.265 .001	1						
4. T.A. sistólica	.383 .001	-.100 .18	.416 .001	1					
5. T.A. diastólica	.373 .001	-.054 .47	.400 .001	.711 .001	1				
6. Glicemia capilar	.069 .36	-.032 .67	.072 .34	.110 .14	-.064 .39	1			
7. Percepción del estado de salud	-.108 .15	.079 .29	-.039 .60	.024 .75	-.059 .43	.072 .33	1		
8. Autoeficacia percibida	.215 .001	-.124 .10	.130 .08	.114 .12	.030 .69	.165 .02	.253 .001	1	
9. Estilo de vida promotor de salud	.057 .44	.257 .001	-.021 .78	-.001 .98	-.006 .93	.014 .84	.317 .001	.361 .001	1

FUENTE: CDPTI, MOS, EAEVPST, PEPS

n=178

Nota: El valor superior corresponde a la correlación.
El valor inferior corresponde al valor de p.

Estadísticas inferenciales para la verificación de hipótesis

H 1. La edad y el sexo afectan significativamente el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

Para verificar esta hipótesis se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple en donde la variable dependiente fue el estilo de vida promotor de salud, en

este modelo se introdujo como variable de engaño el tipo de empleo (valor de 1 para obrero y 2 para administrativo). El resultado del modelo no fue significativo ($F_{(3,174)} = 1.91$, $p = .12$) por lo que se rechaza la hipótesis de que la edad y el sexo afectan el estilo de vida promotor de salud (Tabla 11).

Tabla 11

Regresión lineal múltiple. Efecto de la Edad y el Sexo sobre el Estilo de vida promotor de salud (controlada por tipo de empleo)

Modelo 1	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	3	1123.95	374.65	1.91	.12
Residual	174	34063.44	195.76		

Modelo 1:

$R^2 = 3.2\%$

Variable independiente: Factores personales biológicos (edad y sexo) y tipo de empleo.

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

H 2. A mayor percepción del estado de salud mayor estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

Esta hipótesis se verificó a través de la correlación de Spearman donde se obtuvo una correlación positiva y significativa ($r_s = .317$, $p = .001$; tabla 10) por lo que se aprueba la hipótesis planteada.

En la figura 3, se presenta la dispersión de las variables percepción del estado de salud y estilo de vida promotor de salud, en la que se observa que a mayor percepción del estado de salud, mayor estilo de vida promotor de salud.

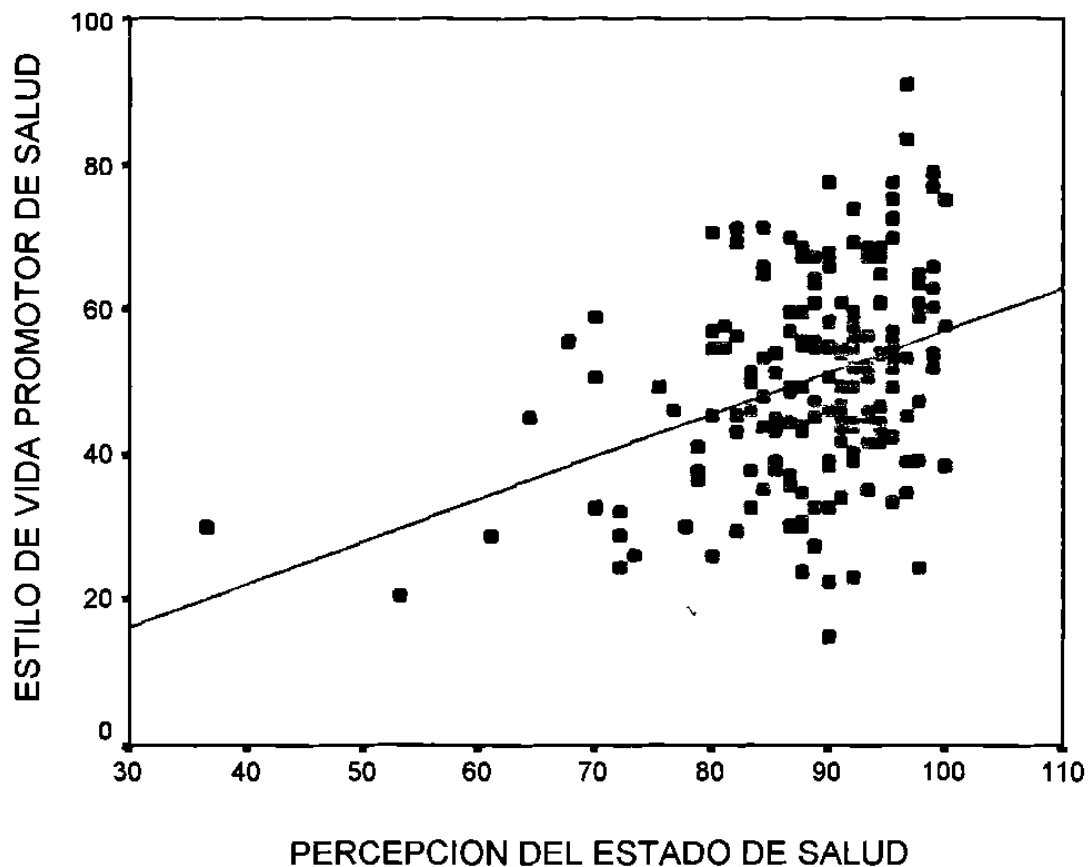


Figura 3. Percepción del estado de salud y estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria

H 3. La escolaridad, el estado civil, y el tipo de empleo afectan significativamente el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria.

Para verificar esta hipótesis 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 fue significativo ($F_{(3,174)} \approx 2.88$, $p < .05$) explicando el 4.7 por ciento de la varianza (Tabla 12), por lo que se acepta la hipótesis; sin

embargo, al analizar la contribución de las variables independientes a la significancia del modelo, se encontró que sólo la escolaridad fue significativo ($t=1.97$, $p=.05$; tabla 13).

Tabla 12

Regresión lineal múltiple. Efecto de la Escolaridad, el Estado civil y el Tipo de empleo sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo 2	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	3	1665.93	555.31	2.88	.03
Residual	174	33521.45	192.65		

Modelo 2:

$R^2= 4.7\%$

Variable independiente: Factores personales socioculturales (escolaridad, estado civil y tipo de empleo).

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

Tabla 13

Efecto de la Escolaridad, el Estado civil y el Tipo de empleo sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	40.904	4.892	8.36	.00
Escolaridad	.855	.434	1.97	.05
Estado civil	-.909	2.153	-.42	.67
Tipo de empleo	1.024	3.038	.33	.73

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

$n= 178$

H 4. A mayor autoeficacia percibida mayor estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

Esta hipótesis se verificó a través de la correlación de Spearman donde se obtuvo una correlación positiva y significativa ($r_s = .361$, $p = .001$; tabla 10) por lo que se aprueba la hipótesis planteada. En la figura 4, se presenta la dispersión de las variables autoeficacia percibida y estilo de vida promotor de salud, en la que se observa que a mayor autoeficacia percibida, mayor estilo de vida promotor de salud.

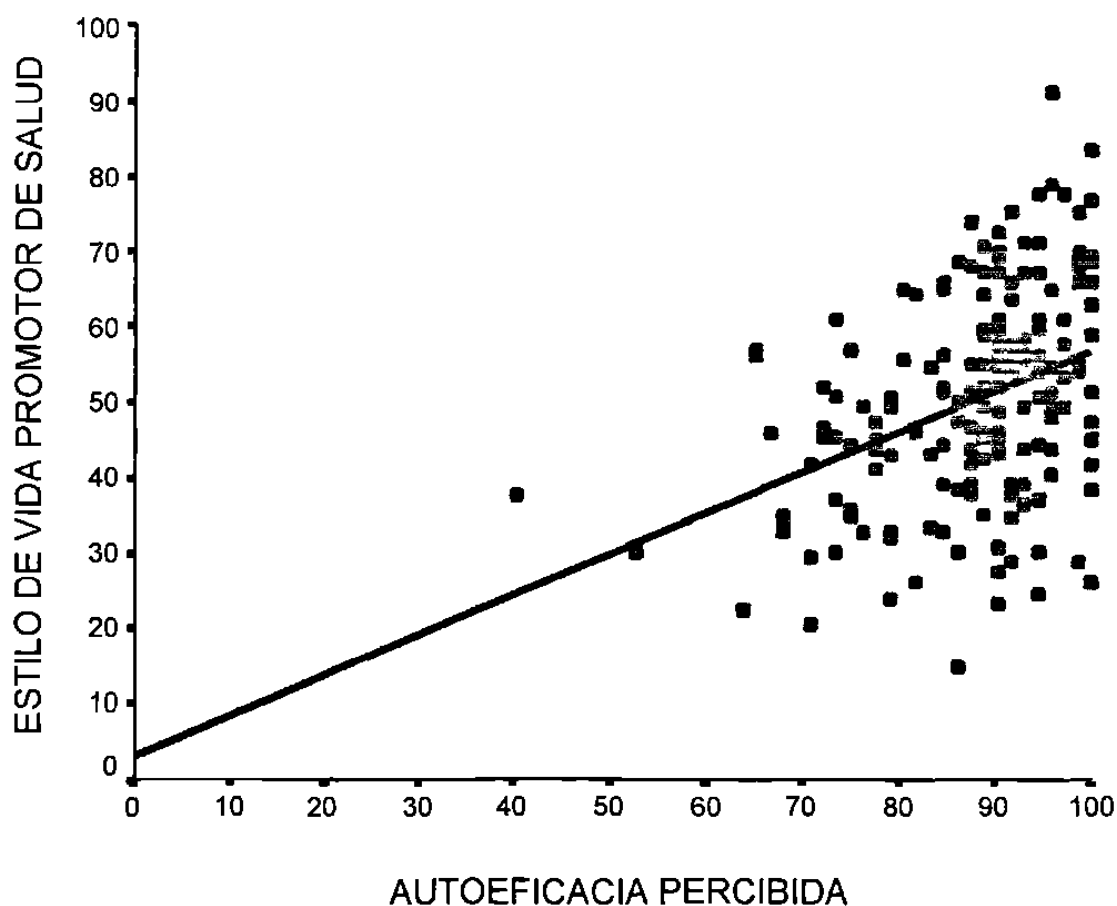


Figura 4. Autoeficacia y Estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria.

H 5. Los factores personales biológicos, la percepción del estado de salud y los factores socioculturales afectan indirectamente el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria a través de la autoeficacia percibida.

Esta hipótesis se verificó a través de tres modelos de regresión lineal, dos múltiples y uno simple en donde la variable dependiente fue el estilo de vida promotor de salud.

En el primer modelo ajustado, se consideran como variables independientes los factores personales y como variable dependiente el estilo de vida promotor de salud, este modelo resulta significativo ($F_{(11,166)} = 3.49$, $p = .001$) con un 18.8 por ciento de la varianza explicada (Tabla 14). Las variables que contribuyen significativamente a este modelo son la escolaridad ($t = 2.10$, $p < .05$) y la percepción del estado de salud ($t = 4.91$, $p = .001$; Tabla 15).

Tabla 14

Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud y los Factores socioculturales sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo 3	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	11	6613.890	601.263	3.49	.00
Residual	166	28573.505	172.130		

Modelo 3:

$R^2 = 18.8\%$

Variables independientes: Factores personales biológicos (edad, sexo, IMC, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica y glicemia capilar), percepción del estado de salud y factores socioculturales (escolaridad, estado civil, lugar de nacimiento y tipo de empleo).

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

Tabla 15

Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud y los Factores socioculturales sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo 3	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	-18.182	17.185	-1.05	.29
Edad	.215	.167	1.29	.19
Sexo	.295	2.498	.11	.90
IMC	.150	.245	.61	.54
Tensión arterial sistólica	-3.700E-02	.102	-.36	.71
Tensión arterial diastólica	7.739E-03	.131	.05	.95
Glicemia capilar	-3.784E-02	.046	-.82	.41
Percepción del estado de salud	.587	.119	4.91	.001
Escolaridad	.896	.426	2.10	.03
Estado civil	-.312	2.349	-.13	.89
Tipo de empleo	.638	2.902	.22	.82
Lugar de nacimiento	1.875	2.433	.77	.44

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

n= 178

El segundo modelo ajustado para verificar esta hipótesis, plantea como variable independiente a la autoeficacia percibida y como variable dependiente el estilo de vida promotor de salud, resultando significativo ($F_{(1, 176)} = 28.46$, $p = .001$) con una varianza explicada de 13.9 por ciento (Tabla 16).

Tabla 16

Regresión lineal simple. Efecto de la Autoeficacia sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo 4	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	4898.079	4898.079	28.46	.001
Residual	176	30289.316	172.098		

Modelo 4:

 $R^2=13.9\%$

Variable Independiente: Autoeficacia percibida.

Variable Dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

Tabla 17

Efecto de la Autoeficacia sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo 4	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	3.178	8.897	.357	.72
Autoeficacia percibida	.537	.101	5.335	.00

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

n= 178

Por último, se ajusta un tercer modelo en el que se incluyen como variables independientes los factores personales más la autoeficacia percibida, este modelo resulta significativo ($F_{(12,166)}= 5.71$, $p= .001$) con una varianza explicada del 29.4 por ciento (tabla 18). La contribución de las variables al modelo se mantiene en la escolaridad, la percepción del estado de salud y además la autoeficacia (tabla 19).

Tabla 18

Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo 5	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	12	10329.283	860.774	5.71	.00
Residual	165	24858.112	150.655		

Modelo 5:

$R^2 = 29.4\%$

Variables independientes: Factores personales biológicos (edad, sexo, IMC, tensión arterial sistólica, tensión arterial diastólica y glicemia capilar), percepción del estado de salud y factores socioculturales (escolaridad, estado civil, lugar de nacimiento y tipo de empleo) y autoeficacia percibida.

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

Tabla 19

Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud

Modelo 5	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	-43.116	16.843	-2.560	.01
Edad	7.974E-02	.158	.504	.61
Sexo	.856	2.340	.366	.71
IMC	8.177E-02	.230	.356	.72
Tensión arterial sistólica	-5.045E-02	.095	-.530	.59
Tensión arterial diastólica	5.700E-02	.123	.464	.64
Glicemia capilar	-6.877E-02	.044	-1.579	.11
Percepción del estado de salud	.429	.116	3.687	.001
Escolaridad	1.144	.401	2.850	.001
Estado civil	-.927	2.201	-.421	.67
Tipo de empleo	.153	2.717	.056	.95
Lugar de nacimiento	.478	2.293	.208	.83
Autoeficacia percibida	.516	.104	4.966	.001

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

n = 178

Al analizar los tres modelos, se puede observar la contribución de la autoeficacia percibida, valorando su peso a través del importante aumento a la varianza que hace su presencia. Al utilizar el procedimiento de discriminación de variables hacia atrás (Backward) se obtiene la contribución de las variables resultando finalmente el modelo donde se mantiene la escolaridad, la percepción de salud y la autoeficacia con lo que se confirma su significancia (Tabla 20 y tabla 21).

Tabla 20

Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud (Procedimiento Backward)

Modelo 6	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	3	9704.20	3234.67	22.08	.000
Residual	174	25483.37	146.45		

Modelo 6:

$$R^2 = 27.6\%$$

Variáveis independientes del modelo resultante: percepción del estado de salud, escolaridad, y autoeficacia percibida.

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

Tabla 21

Efecto de los Factores personales biológicos, la Percepción del estado de salud, los Factores socioculturales y la Autoeficacia percibida sobre el Estilo de vida promotor de salud (Procedimiento Backward)

Modelo 6	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	-42.87	11.70	-3.66	.000
Escolaridad	1.10	.29	3.76	.000
Percepción del estado de salud	.41	.10	3.82	.000
Autoeficacia percibida	.50	.09	5.19	.000

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud. n= 178

Ante estos resultados, se aprueba la hipótesis planteada que los factores personales biológicos, la percepción del estado de salud y los factores socioculturales afectan indirectamente el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria a través de la autoeficacia percibida.

Pregunta de investigación: ¿Los factores personales biológicos (Índice de masa corporal, glicemia capilar y tensión arterial) afectan el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria?

Para responder esta pregunta se ajustó un modelo de regresión múltiple, donde la variable dependiente es el estilo de vida promotor de la salud, el cuál resulta no significativo ($F_{(4,173)} = .37$, $p = .83$) por lo que no se acepta que los factores personales biológicos: índice de masa corporal, glicemia capilar y tensión arterial afectan el estilo de vida promotor de salud (tabla 22).

Tabla 22

Regresión lineal múltiple. Efecto de los Factores personales biológicos índice de masa corporal, glicemia capilar y tensión arterial sobre el estilo de vida promotor de salud

Modelo 6	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	4	298.410	74.603	.370	.83
Residual	173	34888.985	201.670		

Modelo 6: $R^2 = 0.8\%$

Variables independientes: Factores personales biológicos: Índice de masa corporal, glicemia capilar y tensión arterial.

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud.

Segunda pregunta de investigación: ¿El lugar de nacimiento afecta el estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria alimentaria?

Esta pregunta se respondió por medio de una regresión lineal simple, el modelo ajustado no resulta significativo ($F_{(1,176)} = .35$, $p = .55$), lo que sugiere que no hay efecto del lugar de nacimiento en el estilo de vida promotor de salud (tabla 23).

Tabla 23

Regresión lineal simple. Efecto del lugar de nacimiento sobre el estilo de vida promotor de salud

Modelo 7	g.l.	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Regresión	1	70.441	70.441	.35	.55
Residual	176	35116.954	199.528		

Modelo 7: $R^2 = 0.2\%$

Variables independientes: Factor personal sociocultural (lugar de nacimiento)

Variable dependiente: Estilo de vida promotor de salud

Capítulo IV

Discusión

Las proposiciones entre los conceptos factores personales, autoeficacia percibida y estilo de vida promotor de salud del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996) fueron verificados parcialmente a través de los resultados de la presente investigación en una muestra de trabajadores de la industria alimentaria aparentemente sanos.

Los factores personales biológicos edad y sexo no afectaron el estilo de vida promotor de salud ya que no se encontró significancia estadística que apoyara este efecto; en forma similar Fleetwood y Packa (1991) y Alley, et al. (1998) no encontraron relación alguna entre edad y sexo y el estilo de vida promotor de salud. Lo anterior no es acorde con los hallazgos de Duffy (1997), Larouche (1998), y Pender et al. (1990) en cuyos estudios la edad y el sexo hacen una modesta contribución a la explicación del estilo de vida promotor de la salud.

El estado de salud percibido, como factor psicológico ha explicado fuertemente la probabilidad de reportar práctica regular o frecuente de conductas promotoras de salud en diversos estudios (Christiansen, 1981 en Duffy, 1997; Duffy, 1997, 1998; Fleetwood y Packa, 1991; Gillis, 1994; Larouche, 1998; Moore, 1992 en Larouche, 1998; Pender, et al., 1990), los resultados de la presente investigación apoyaron estos hallazgos con una

relación positiva y significativa con lo que se afirma que a mayor percepción del estado de salud, mayor estilo de vida promotor de salud.

La escolaridad afectó significativamente el estilo de vida promotor de salud; es la que contribuye a la aprobación del modelo de factores personales socioculturales. Estos hallazgos coinciden con lo referido por Alley et al. (1998), Duffy (1988), Hanner (1996 en Duffy, 1997), Mulenkamp y Sayles (1986) y Walker et al. (1988) quienes encontraron que la educación y el estado civil estaban positivamente asociados a la realización de prácticas de promoción de la salud. La categoría laboral y la ocupación también se asoció a la práctica de buena nutrición (Christiansen, 1981 en Duffy, 1997) y a la práctica de conductas más sanas (Talvi, et al., 1999).

Pender (1996) propone en su modelo que los factores personales tienen caminos directos hacia el estilo de vida. En el presente estudio, sólo la percepción del estado de salud como factor personal psicológico y la escolaridad como factor personal sociocultural apoyaron esta proposición.

Pender también propone que la autoeficacia percibida para ejecutar una conducta incrementa la probabilidad de ejecución de la misma; los resultados de este estudio apoyan esta proposición al aceptarse que a mayor autoeficacia percibida, mayor estilo de vida promotor de salud.

Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Weitzel y Waller (1990) quienes encontraron que la autoeficacia era el predictor más importante de la práctica de conductas promotoras de salud de los obreros México-americanos; también fue predictor de buena nutrición (Weitzel, 1989) y manejo del estrés

(Jerusalem & Mittag, 1995), así como de la participación en el ejercicio (Conn, 1998; Cousins, 1996; DuCharme y Brawley, 1995; Fontaine y Shaw, 1995; Mc Auley y Jacobson, 1991) que son conductas de salud integrantes del estilo de vida promotor de salud.

En el MPS, la autoeficacia como variable cognitiva, es mediador de los factores personales, en este modelo se propone que los factores personales tienen un efecto indirecto sobre el estilo de vida a través de la autoeficacia los resultados apoyan esta proposición al contribuir significativamente a explicar con su presencia el 29.4 por ciento de la varianza.

En este estudio se plantearon dos preguntas de investigación al respecto del efecto de los factores personales biológicos: índice de masa corporal, glicemia capilar y tensión arterial, así como del factor sociocultural lugar de nacimiento sobre el estilo de vida promotor de salud. Los hallazgos no apoyaron estas preguntas por lo que no se acepta que tengan efecto sobre el estilo de vida promotor de salud.

Desde el punto de vista clínico, es de hacer notar que pese a ser una población joven, se encuentran factores de riesgo muy elevados para enfermedades crónico-degenerativas tal como el alto índice de sobrepeso y obesidad aunado al bajo índice de estilo de vida promotor de salud, máxime en aquellas conductas directamente relacionadas como actividad física, responsabilidad en salud, nutrición y manejo del estrés.

Los resultados sugieren además, que los individuos perciben bien su estado de salud y su autoeficacia, sin embargo esto no se refleja en el estilo de vida promotor de salud.

Conclusiones

Teóricamente, se concluye que la percepción del estado de salud y la escolaridad afectan directamente en forma significativa el estilo de vida promotor de salud y de manera indirecta a través de la autoeficacia con lo que se apoya parcialmente lo propuesto por Pender (1996) en el Modelo de Promoción de la Salud.

Clínicamente, la población de trabajadores estudiada refleja un alto riesgo a enfermedades crónico-degenerativas que son manifestados por el alto índice de sobrepeso y obesidad y los bajos índices de actividad física, responsabilidad en salud, nutrición y manejo del estrés.

El perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II (PEPS II) mostró confiabilidad en su aplicación por vez primera en población mexicana al obtener un coeficiente de Alpha de Cronbach de .93.

Recomendaciones

Realizar replica del estudio utilizando además de autoeficacia percibida otros conceptos cognitivo perceptuales como afecto, beneficio, barreras, influencias interpersonales y factores circunstanciales que permitan aumentar la varianza explicada del estilo de vida promotor de salud.

Seguir utilizando el PEPS II a fin de confirmar su confiabilidad y validar su uso en población mexicana. ⁴⁷

Realizar con la población estudiada una valoración precisa de riesgos individuales e intervenir con el objetivo de reducirlos y poner a prueba el concepto de autoeficacia en la práctica del estilo de vida promotor de salud.

Realizar un estudio de costo / beneficio donde se muestre la oportunidad de un programa de salud para los trabajadores con el propósito de reducir riesgos de enfermedad crónica.

Referencias bibliográficas

Alley, N., Macne, C., Sunita, A., Alley, A., Hollifield, M. (1998). Health promotion lifestyles of women experiencing crises. Journal of Community Health Nursing, 15 (2), 91-99.

Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. Ansiedad y Estrés 2(1): 1-8.

Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies, in self-efficacy in Changing societies. Cambridge Univ. press.

Bernier, M. & Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome and attrition in a weight-reduction program. Cognitive Therapy and Research, 10, 319-338.

Cadena, F. (1999). Apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

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

Conn, V.S., (1998). Older adults and exercise: Path analysis of self-efficacy related constructs. Nursing Research, 47, 3 180-189.

Cousins, S. (1996). Exercise cognitions among elderly women. Journal of Applied Sport Psychology, 8, 131-45.

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

Duffy, M.E., (1997). Determinants of reported health promotion behaviors in employed Mexican American women. Health care for women international 18, 149 – 163.

DuCharme, K. A. & Brawley, LR. (1995). Predicting the intentions and behavior of exercise initiates using two forms of self-efficacy. Journal of Behavioral Medicine, 18, 5 479 – 497.

Fleetwood, J. & Packa, D.R. (1991). Determinants of health – promoting behaviors in adults. Journal of Cardiovascular Nursing; 5,(2): 67-79.

Fontaine, K.R. & Shaw, D.F. (1995). Effects of self-efficacy and dispositional optimism on adherence to step aerobic exercise classes. Perceptual and Motor Skills, 81, 1 251- 255.

Gallegos, E. (1996). The effect of social, family and individual conditioning factors on self-care agency and self-care of adult Mexican women. Disertación doctoral no publicada, Wayne University, Detroit, Michigan, EE.UU.

Gillis, A.J. (1994). Determinants of health – promoting lifestyles in adolescents females. Journal Nursing Research 26, 2: 13- 28.

INEGI/95 (1996). Anuario Estadístico del Estado de Nuevo León.

INEGI/95 (1996). Perfil Sociodemográfico de Nuevo León.

Jerusalem, M. & Mittag, V.V. (1995). Self-efficacy in stressful life transitions, in self-efficacy in changing societies (A. Bandura, ed.) Cambridge Univ. Press.

Johnson, J.L., Rattner, P.A., Bottorf, J.L. & Hayduk, L.A. (1993). An exploration of Pender's Health Promotion Model using LISREL. Nursing Research,42:132-138.

Larouche, R. (1998). Determinants of college student's health – promoting lifestyles. Clinical Excellence for Nurse Practitioner. 2 (1): 35-44.

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

Matey, P. (1996). Peligro, trabajo Salud y medicina [on line] disponible: [http:// www. elmundo.es/salud.com](http://www.elmundo.es/salud.com).

McAuley, E. & Jacobson, L. (1991). Self-efficacy and exercise participation in sedentary adult females. American Journal of Health Promotion, 5, 185 –191.

McAuley, E. & Courneya, K. (1992). Self-efficacy relationships with affective and exertion responses to exercise. Journal of Applied Social Psychology 26, 12:312-326.

Muhlenkamp, A.F. & Sayles, J. A. (1986). Self-esteem, support social and positive health practices. Nursing Research, 35, 334 – 338.

OMS – OPS (1989). Manual de normas técnicas y administrativas del programa de Diabetes Mellitus.

Pender, N.J. (1987). Un modelo propuesto para la conducta promotora de salud. Promoción de la salud en la práctica de Enfermería USA: Century Appleton.

Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. & Frank – Stromberg, M. (1990). Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 39,6:326 –332.

Pender, N.J. (1996). Health promotion in Nursing Practice (3rd. ed.)
Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.

Polit, D.F. & Hungler B.P. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud. México: Mc Graw - Hill.

Rodríguez A. (1996). Conocimientos y percepciones de salud de adultos jóvenes en relación con su estilo de vida. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Sallis, J.F., Pinski, R.B., Grossman, R.M., Patterson, T.L., Nader, P.R. (1988). The development of self-efficacy scales for health – related diet and exercise behaviors. Health Education Research, Theory & Practice 3, 3 283 – 292.

Secretaría de Salud (1986). Norma técnica No. 66 para la prevención y control de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria de salud. Diario Oficial de la Federación.

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

Stanley, M.A. & Maddux, J.E. (1986). Cognitive processes in health enhancement: Investigation of a combined protection motivation and self – efficacy model. Basic and Applied Social Psychology 7, 101 – 113.

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

Talvi, A.I., Järvisalo, J.O., Knuts, R.L. (1999). A health promotion needs observed at three years. Occupational Medicine 49, 2: 93 –101.

Vargas y Casillas (1993). Indicadores Antropométricos del Déficit y Exceso de Peso en el Adulto para el empleo en el consultorio y en el campo. México: Salud y nutrición.

Walker, S.N., Sechrist, K., Pender, N. (1995). Cuestionario de Estilos de Vida II. Instrumento no publicado.

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.

Weitzel, M.H. (1989). A test of the health promotion model with blue – collar workers. Nursing Research 38 99-104.

Weitzel, M.H. & Waller, P.R. (1990). Predictive factors for health promotive behaviors in white Hispanic and black blue – collars workers. Fam Community Health 13, 1: 23-34.

Zamora V. (2000). Estado de salud y autocuidado en adultos expuestos a enfermedad cardiovascular. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

APÉNDICES

Apéndice C

INFORMACIÓN SOBRE INSTRUMENTOS

1. Cuestionario de percepción de la Salud

Medical Outcomes Study (MOS) Stewart, Hays y Ware (1988)
traducido al español por Gallegos (1996)
Autorización para su uso en: poserf@mail.sci.net.mx

2. Escala de Autoeficacia para el Estilo de vida promotor de salud para los trabajadores de la industria (EAEVPST)

Adaptada por Cruz y Alonso (2000) de la Escala General de Autoeficacia, versión española (Baessler & Schwarzer, 1996)

Información: jedith_cruz@hotmail.com

3. Perfil de Estilo de Vida Promotor de Salud II (PEPS II) Walker, Sechrist y Pender (1995).

Información y autorización para su uso:

Susan Noble Walker, EdD

University of Nebraska Medical Center
College of Nursing
42nd & Dewey Ave.
Omaha, NE 68105-1065

E-mail: swalker@unmc.edu

Apéndice D

TECNICAS Y PARAMETROS DE NORMALIDAD EN MEDICIONES BIOLÓGICAS

- **Peso.** En kilogramos

Báscula fija de 160 kilogramos con altímetro.

1. Calibre la báscula en ceros antes de pesar al paciente.
2. Pida al paciente que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
3. Coloque al sujeto de pie y en posición de firmes (columna vertebral extendida), mirando hacia el frente, los talones juntos y los brazos a un costado del cuerpo.
4. Lea el peso y registre la cantidad separando con un punto los kilogramos y fracciones.

- **Talla.** En metros

Altímetro de báscula.

1. Coloque un pliego de papel en el área del paciente.
2. Pida al paciente que se quite los zapatos y sitúelo de pie en posición de firmes en medio del altímetro con los talones juntos y las rodillas sin doblar.
3. Cuide que la persona que va a ser medida no tenga moños, peinados altos, diademas o gorras que impidan registrar la estatura en la parte más alta de la cabeza.
4. Pida al sujeto que apoye la espalda al altímetro en posición de firmes, sin estirar la columna vertebral, subir los hombros, ni levantar los talones.
5. La cabeza debe estar levantada con la vista hacia el frente y permanecer en esa posición durante la lectura.
6. Coloque la escuadra sobre la parte más alta de la cabeza del paciente y realice la lectura sin que el paciente se retire del altímetro y registre la medida exacta, separando con un punto los metros de los centímetros.

- **Índice de Masa Corporal (IMC).** Se calculará a partir del peso y la talla por medio de la ecuación $\text{peso}/\text{talla}^2$; se clasificará de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM – 015-SSA2, 1994) [Tabla 1]

Tabla 1.

Clasificación de Índice de masa corporal (NOM – 015-SSA2, 1994)

<i>CLASIFICACION</i>	<i>TALLA BAJA</i>	<i>TALLA NORMAL</i>
Obesidad	>25	>27
Sobrepeso	23>25	25>27
Normal	<23	<25
Peso bajo	<20	<20

- **Presión arterial.** La interpretación de las cifras de presión arterial será de acuerdo a los criterios de la OPS (1990) [Tabla 2]

Tabla 2

Criterios para clasificar la presión arterial en adultos (OPS, 1990)

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

PROCEDIMIENTO:

1. Sentar al paciente con el brazo derecho sentado en una superficie firme doblado en un ángulo de 45° a la altura del nivel del corazón (cuarto espacio intercostal). Dejar reposar por lo menos de 5 a 10 minutos para evitar que el paciente esté agitado.
2. Colocar el brazalete de tal manera que su borde inferior quede por lo menos de 2 a 3 cm. Por encima del pliegue del codo
3. Inflar el manguito rápidamente hasta un nivel inmediatamente superior a la presión palpatoria radial
4. Desinflar el manguito a una velocidad de 2 mm por segundo
5. Determinar a través de método auscultatorio

▪ Glicemia capilar. En mg/dl**Glucómetro digital**

1. Prepare el glucómetro: enciéndalo, calíbrelo y coloque la tira en su lugar.
2. Elija el dedo que va a puncionar y de un ligero masaje para estimular la circulación
3. Limpie la zona que va a puncionar con una torunda alcoholada con movimientos circulares; deje que se seque la piel. De ser necesario repita el procedimiento.
4. Sujete el dedo y puncione en una de las zonas laterales de la yema del dedo
5. Deje que salga una gota gruesa de sangre y colóquela en la zona indicada del glucómetro.
6. Espere un minuto y lea el resultado.

Apéndice E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Entiendo que la Lic. Juana Edith Cruz Quevedo está realizando un estudio para conocer algunos hábitos que tenemos personas que trabajan, como yo.

La licenciada solicita mi participación voluntaria en una entrevista, donde será necesario que yo responda tres cuestionarios sobre mis hábitos de vida; así como decir algunos de mis datos personales (edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, años de escolaridad, tipo de empleo y relación laboral).

La Lic. Cruz Quevedo me ha explicado que además, hará la medición de mi peso, talla, presión arterial y nivel de glucosa, para esta última, requiere que se me realice una punción en un dedo de mi mano. Ella se compromete a entregarme estos datos de inmediato y a proporcionarme mayor información si yo llegara a tener dudas al respecto, y que si alguno de ellos, no es adecuado para mí, me sugerirá acudir a mi servicio de salud.

Tanto la entrevista como las mediciones, se realizarán en la empresa donde laboro dentro de mi horario de trabajo y se me ha dicho que tengo la libertad de retirarme, si al momento de la entrevista no estoy de acuerdo con lo que se me pregunta.

La licenciada me ha explicado que los datos que yo le proporcione serán confidenciales y que los resultados se darán a conocer a la empresa de manera grupal, sin haber la posibilidad de identificación individual.

Conociendo todo esto, estoy de acuerdo en participar y doy mi consentimiento para ello:

Fecha: _____

Entrevistado: _____

(Nombre y firma)

Entrevistador: _____

(Nombre y firma)

Apéndice F

Datos descriptivos de Factores personales por Sexo en los Trabajadores de la Industria

Factores personales	Hombres			Mujeres		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
BIOLÓGICOS						
Edad	30.24	28.00	7.54	32.08	31.00	7.88
IMC	27.62	27.28	4.52	28.19	28.76	5.36
T.A sistólica	126.52	120	17.18	114.62	110.00	14.69
T.A. diastólica	80.61	80	12.66	73.73	70.00	11.44
Glicemia capilar	86.00	86	14.73	90.85	88.00	29.24
PSICOLÓGICO						
Percepción del estado de salud	90.19	91.11	7.68	86.02	87.78	9.31
SOCIOCULTURAL						
Escolaridad	11.55	11	2.79	10.25	9	3.47

FUENTE: CDPTI, MOS

n_h= 99n_m= 79

Datos descriptivos de Factores personales por Tipo de empleo en los

Trabajadores de la Industria

Factores personales	Obreros			Administrativos		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
BIOLÓGICOS						
Edad	31.29	30.00	8.20	30.47	29.00	6.44
IMC	28.22	28.35	4.92	27.02	26.60	4.79
T.A sistólica	120.91	120	17.28	122.06	120	16.92
T.A. diastólica	77.28	80	12.06	78.24	80	13.48
Glicemia capilar	89.79	86	25.28	87.65	87.00	12.39
PSICOLÓGICO						
Percepción del estado de salud	87.99	88.89	8.78	89.22	91.11	8.40
SOCIOCULTURAL						
Escolaridad	9.67	9.00	2.29	14.22	15.00	2.71

FUENTE: CDPTI, MOS

n_o= 127n_a= 51

Datos descriptivos de Autoeficacia percibida por Sexo en los Trabajadores de la Industria

Autoeficacia percibida	Hombres			Mujeres		
	Media	Mediana	DE	Media	Mediana	DE
Escala total	87.93	90.28	9.23	87.90	90.28	10.54
Subescalas						
En Responsabilidad en salud	90.99	91.67	10.29	91.88	100	12.16
En Actividad física	80.39	83.33	19.24	75.74	75	20.77
En Nutrición	81.57	83.33	18.14	88.19	91.67	14.41
En Crecimiento espiritual	95.54	100	8.01	94.20	100	9.66
En Relaciones interpersonales	93.52	91.67	7.67	91.77	91.67	9.58
En Manejo del estrés	85.61	83.33	11.89	91.67	91.67	15.33

FUENTE: EAEVPST

$n_h = 99$

$n_m = 79$

Datos descriptivos de Autoeficacia percibida por Tipo de empleo en los

Trabajadores de la Industria

Autoeficacia percibida	Obreros			Administrativos		
	Media	Mdn	D.E	Media	Mdn	D.E
Escala total	88.32	90.28	10.00	86.93	90.28	9.31
Subescalas						
En Responsabilidad en salud	92.65	100	10.10	88.24	91.67	12.93
En Actividad física	78.08	83.33	20.76	78.92	83.33	18.21
En Nutrición	86.29	91.67	15.48	80.07	83.33	19.37
En Crecimiento espiritual	94.42	100	9.57	96.24	100.00	6.31
En Relaciones interpersonales	92.26	91.67	9.28	93.95	91.67	6.47
En Manejo del estrés	86.22	91.67	13.82	84.15	83.33	12.61

FUENTE: EAEVPST

$n_o = 127$

$n_a = 51$

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

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

Tesis: AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE LA SALUD EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA.

Campo de estudio: Salud comunitaria.

Biografía: Nacida en Veracruz, Veracruz el 10 de Noviembre de 1972; hija de Juan Modesto Cruz Pérez y Sirenia Quevedo Cruz.

Educación: Egresada de la Universidad Veracruzana con el grado de Licenciada en Enfermería en 1995, segundo lugar de la generación. Diplomada en Enseñanza Superior por la Universidad Veracruzana en 1997. Postécnico en Administración y Docencia en los Servicios de Enfermería en 1998 por la Universidad Veracruzana.

Experiencia profesional: Enfermera General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital General de Veracruz de 1995 a 1999. Profesora interina de la Facultad de Enfermería región Veracruz de la Universidad Veracruzana de 1996 a 1999. Testimonio de Calidad Profesional expedido por CENEVAL en 1998.

E-mail: jedith_cruz@hotmail.com



