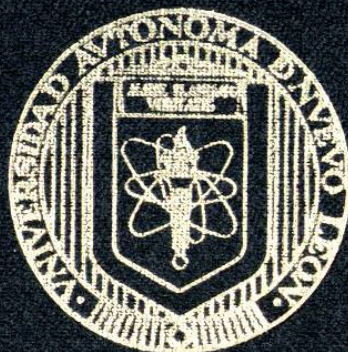


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD
EN ADOLESCENTES DE UNA AREA SUBURBANA DE
NUEVO LEON**

Por

LIC. MARIA NYDIA PORRAS SALAS

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

AGOSTO, 2002

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045



1080116251



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA
DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD
EN ADOLESCENTES DE UNA AREA SUBURBANA DE
NUEVO LEON

Por

LIC. MARIA NYDIA PORRAS SALAS

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

AGOSTO, 2002



TM

RAS64

.5

P6

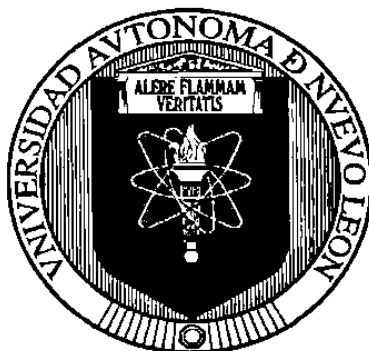
2002



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD
EN ADOLESCENTES DE UNA ÁREA SUBURBANA DE
NUEVO LEÓN**

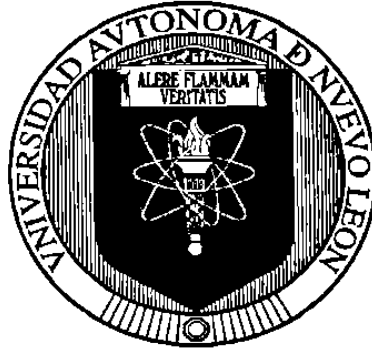
Por

LIC. MARÍA NYDIA PORRAS SALAS

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA
con Énfasis en Salud Comunitaria**

Agosto, 2002

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



AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD
EN ADOLESCENTES DE UNA ÁREA SUBURBANA DE
NUEVO LEÓN

Por

LIC. MARÍA NYDIA PORRAS SALAS

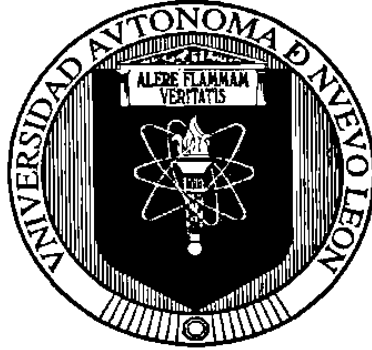
Director de Tesis

M.S.P. Magdalena Alonso Castillo

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA
con Énfasis en Salud Comunitaria

Agosto, 2002

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



AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD
EN ADOLESCENTES DE UNA ÁREA SUBURBANA DE
NUEVO LEÓN

Por

LIC. MARÍA NYDIA PORRAS SALAS

Asesor Estadístico

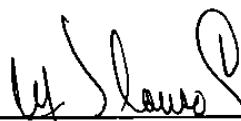
Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA
con Énfasis en Salud Comunitaria

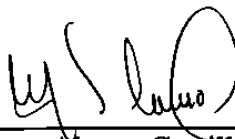
Agosto, 2002

**AUTOEFICACIA Y ESTILOS DE VIDA PROMOTOR DE SALUD
EN ADOLESCENTES DE UNA ÁREA SUBURBANA DE
NUEVO LEÓN.**

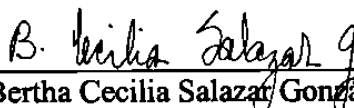
Aprobación de tesis



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



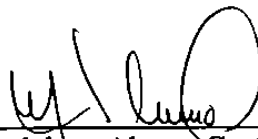
**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Presidente**



**Bertha Cecilia Salazar González, PhD.
Secretario**



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



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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Morelos, especialmente al Dr. Alejandro ex-Director de la Facultad de Ciencias de la Salud, por su apoyo al desarrollo académico y superación.

A la Escuela de enfermería de la Universidad de Morelos, a la Lic. Elizabeth Valles de Cortéz, ex-Coordinadora y a la Lic. Araceli Quiroz Villanueva, coordinadora actual, por las gestiones realizadas para llevar a cabo este proyecto de Maestría y extender la invitación al personal operativo del Hospital La Carlota y por la confianza depositada para integrarme al grupo.

Al Hospital La Carlota y a sus Directivos por permitirme llevar a cabo esta maestría especialmente por otorgarme las facilidades económicas y laborales para emprender y culminar este sueño de superación

A la M.S.P. Magdalena Alonso Castillo; director de la presente tesis Gracias por su valiosa asesoría, dedicación y paciencia en la elaboración de este proyecto, Gracias Maestra.

A la Facultad de Enfermería, División de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a cada uno de los maestros que hicieron posible este sueño de superación profesional, Gracias maestros por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

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

A la memoria de mi Madre FLORINDA SALAS SEPULVEDA por darme la vida y sembrar en mi el deseo de luchar por lo que uno se propone aún, cuando no pudo ver culminado este momento.

A mi Padre FRANCISCO PORRAS CASAS por su apoyo y su ánimo para proseguir y alcanzar mi objetivo.

A mi esposo JERSON CALDERÓN ORDAZ que desde que llegó a mi vida la ha llenado de amor y ternura, impulsándome a lograr esta meta, gracias por darme tu amor y apoyo incondicional en cada momento .

Con todo mi amor y ternura para mis cuatro hijos, ALMA, LORENA, JENNIFER y JERSON Jr. Por iluminar mi vida y el deseo de superación. Perdón por el tiempo que tuve que usar para este proyecto restando a ellos su atención. Este logro es de todos ustedes y su amor es el estímulo más grande para mí .

A mis hermanos, FELIPE, MAGDALENA, FRANCISCO, ROSALIO, JESUS, HUMBERTO, HERIBERTO, FLORINDA y JAIRO. Por sus oraciones y buenos deseos para alcanzar un peldaño más para mi superación profesional.

A mis amistades, por sus oraciones y buenos deseos, Gracias por el apoyo que siempre me brindaron.

RESUMEN

María Nydia Porras Salas
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto 2002

Título del estudio: AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD EN ADOLESCENTES DE UNA ÁREA SUBURBANA DE NUEVO LEÓN

Número de Páginas: 51 Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería Con Énfasis en Salud Comunitaria

Area de Estudio: Enfermería Comunitaria

Propósito y método del estudio: El propósito del estudio fue conocer de que manera algunos factores personales biológicos, socioculturales y la autoeficacia percibida afectan el estilo de vida promotor de salud en jóvenes adolescentes estudiantes de dos preparatorias de un área suburbana de Nuevo León. El estudio se realizó bajo la perspectiva teórica del Modelo de Promoción de la Salud de Pender (MPS, 1996). El diseño fue descriptivo correlacional; se utilizó censo en las dos poblaciones de alumnos, y se consideró como muestra en el tiempo, el nivel de confianza fue de 95% con un límite de error de estimación de .05. La población de la preparatoria de Universidad de Montemorelos se calculo con una potencia de .80 y se conformo por 212 estudiantes, la población de la Universidad Autónoma de Nuevo León se obtuvo una potencia de .86 por lo que la muestra se constituyo por 297 estudiantes, ambas muestras se estimaron para una regresión lineal múltiple. Los instrumentos utilizados en el estudio mostraron consistencia interna aceptable.

Contribuciones y conclusiones: Contribuye al conocimiento disciplinario al verificar en forma empírica algunos de los conceptos seleccionados de MPS. La participación en actividades religiosas se relacionó con el estilo de vida promotor de salud ($\chi^2(3) = 34.16$, $p < .001$). La autoeficacia percibida se relacionó positivamente con el estilo de vida promotor de salud ($r_s = .582$, $p = <.001$). La edad, sexo, índice de masa corporal, escolaridad, participación en actividades religiosas y autoeficacia percibida mostraron efecto sobre el estilo de vida promotor de salud. ($F_{8,500} = 36.53$, $p <.001$). Se concluye que a mayor autoeficacia percibida mejor estilo de vida promotor de salud.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS

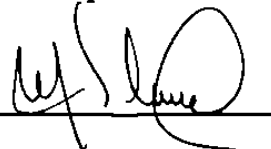


Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	1
Introducción	1
Marco teórico conceptual	4
Estudios relacionados	7
Definición de términos	9
Hipótesis	10
Capítulo II	11
Metodología	11
Diseño del estudio	11
Población	11
Muestreo y muestra	11
Criterios de exclusión	12
Instrumentos	12
Procedimiento de recolección de la información	13
Consideraciones éticas	14
Análisis de resultados	15
Capítulo III	17
Resultados	17
Consistencia interna de los instrumentos del estudio	17
Estadísticas descriptivas	17

Contenido	Página
Correlación entre las variables de estudio	21
Prueba de hipótesis	22
Capítulo IV	30
Discusión	30
Conclusiones	32
Recomendaciones	32
Referencias	33
Apéndices	36
A. Modelo de Promoción de la Salud	37
B. Escala de Autoeficacia para Estilo de Vida del Adolescente	38
C. Escala de Respuesta para EAEVA	41
D. Perfil del Estilo de Vida del Adolescente	42
E. Escala de Respuesta PEVA	45
F. Cédula de Datos Personales del Adolescente	46
G. Técnicas y Parámetros de Normalidad en Mediciones Biológicas	47
H. Cartas de Autorización de las Instituciones Participantes	49

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia interna de los instrumentos	17
2. Factores personales de los adolescentes que estudian preparatoria	18
3. Datos descriptivos de estilos de vida promotores de salud y prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov	19
4. Datos descriptivos de autoeficacia percibida y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smimov	20
5. Matriz de correlación de Spearman de las variables del estudio de los adolescentes participantes que estudian preparatoria	21
6. Resultados de la Prueba U de Mann–Whitney para variables sexo y estilo de vida promotor de salud	22
7. Medias de las subescalas de estilo de vida por sexo	23
8. Kruskal-Wallis de participación en actividades religiosas de los estudiantes adolescentes con estilo de vida	24
9. Medias y medianas de participación en actividades religiosas con estilo de vida promotor de salud	25
10. Coeficiente de correlación de Spearman de autoeficacia percibida y estilo de vida promotor de salud	26
11. Regresión lineal múltiple: efecto de la edad, sexo, IMC, escolaridad, participación en actividades religiosas y autoeficacia percibida sobre el estilo de vida promotor de salud	27
12. Efecto de edad, sexo, IMC, escolaridad, participación religiosa y autoeficacia percibida sobre estilos de vida promotor de salud	27
13. Regresión lineal múltiple de participación en actividades religiosas y autoeficacia percibida sobre estilo de vida promotor de salud (procedimiento Backward)	28
14. Efecto de participación en actividades religiosa y autoeficacia percibida, sobre estilos de vida promotores de salud (procedimiento Backward)	28

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Estructura teórico conceptual	6
2. Diagrama de dispersión de autoeficacia percibida con estilo de vida promotor de salud y participación en actividades religiosas	29

Capítulo I

Introducción

En los países en desarrollo se estima que cuando menos la mitad de las muertes que ocurren cada año son el resultado de estilos de vida que dañan la salud. Estos hábitos nocivos se establecen desde la infancia y se desarrollan en la adolescencia y adultez, lo que disminuye la posibilidad de una vida saludable y productiva, además de aumentar la morbilidad y mortalidad (Alonso, Martínez & Rodríguez, 1993).

Estudios epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) citados por Alonso, Martínez y Rodríguez (1993) revelan que aproximadamente el 50% de las causas de muerte tienen alguna relación con estilos de vida perjudiciales tales como: el sedentarismo, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y el consumo de una dieta inapropiada.

El estilo de vida está conformado por un conjunto de pautas que son el resultado de un proceso de aceptación inconsciente y que Wilson (1990) refiere como la manera que cada uno elige para dar forma a su vida. El estilo de vida se establece tempranamente en la infancia, va cambiando durante la vida dependiendo de los intereses personales y grupales, actividades laborales y de los cambios que ocurren en cada etapa de desarrollo (Pender, 1996).

La adolescencia es el resultado de la interacción de los procesos de desarrollo biológico, mental y social y de las influencias culturales, lo que genera los patrones de conducta o estilo de vida de los adolescentes (Salazar, 1996).

Según el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en el año 2000, la población joven a nivel nacional, fue de 19.7 %, la que incluye a los adolescentes. En el Estado de Nuevo León la población adolescente fue de 19.8% y en el municipio de Montemorelos correspondió a 22.7%, de este el 50.5% corresponde a hombres y 49.5% a mujeres.

Entre las principales causas de mortalidad en el estado de Nuevo León en el grupo de edad de 15 a 24 años se encuentran, accidentes, homicidios, tumores malignos, suicidios y enfermedades del corazón (INEGI, 2000), causas están relacionadas directa o indirectamente a los estilos de vida de los jóvenes adolescentes.

Pender (1996) señala que las conductas promotoras de salud forman parte de un estilo de vida. Las conductas que las personas pueden realizar para la promoción de la salud son: el ejercicio físico, evitar el consumo de tabaco y alcohol, manejo de estrés, alimentarse correctamente y ser responsables de su salud, estas conductas llevan a las personas a niveles más altos de salud y bienestar.

Pender (1996) a través del Modelo Promoción de la Salud (MPS) explica que los individuos desarrollan estilos de vida promotores de salud a través de la influencia de factores personales; cogniciones y afectos específicos de la conducta y del compromiso con un plan de acción y propone una forma de explicar y predecir el estilo de vida, promotor y protector de salud, además el modelo constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman decisiones con respecto al cuidado de su salud, por tal motivo el presente estudio se realizó bajo esta perspectiva teórica.

Una de las metas de enfermería como profesión es promover la salud de grupos específicos de la población, entre ellos el de adolescentes, que por su etapa formativa y de desarrollo pueden presentar diferencias significativas en la morbilidad y mortalidad de problemas de salud en las etapas de adultez y vejez (Pender, 1996).

Los estilos de vida de los adolescentes se han estudiado en relación con el género y se encontró que las mujeres tienen mejores prácticas dietéticas, relaciones interpersonales y responsabilidad en salud que los hombres, sin embargo los hombres hacen más ejercicio que las mujeres, las mujeres consumen más tabaco y tienen más estrés, mientras que los hombres consumen más alcohol.

Los adolescentes universitarios tanto hombres, como mujeres han demostrado bajo manejo de estrés, además dependiendo del lugar de residencia los adolescentes

tienen un estilo de vida diferente, los que viven en zona urbana tienen estilos de vida más pobres que los que viven en zona rural (Álvarez & López, 1998, Larouche, 1998, Porter, Earls & Montgomery, 1988, Thomas & Groer, 1986).

En relación al estrato socioeconómico, los adolescentes de estrato alto tienen mejores conductas saludables de nutrición, manejo de estrés, ejercicio y seguridad que los de estrato bajo. La afiliación y participación religiosa también influyó, en el ejercicio, la higiene, la nutrición y manejo de estrés (Porter, Earls & Montgomery, 1988).

En adolescentes del área metropolitana de Monterrey que estudian preparatoria se encontró que algunos factores personales como la edad y escolaridad se relacionan con el estilo de vida saludable de nutrición, ejercicio, no consumo de tabaco, alcohol y responsabilidad en salud. El índice de masa corporal (I.M.C) no mostró efecto sobre el estilo de vida saludable (Guzmán, López & Trujillo, 2000; Rodríguez, 1996).

De acuerdo a la revisión de la literatura, hasta el momento de este estudio, se encontró que se han estudiando en los adolescentes, los estilos de vida de nutrición y ejercicio, evitar el consumo de alcohol, y tabaco, manejo de estrés y responsabilidad y su relación con el género, escolaridad, religión, nivel socioeconómico y lugar de residencia (Álvarez & López, 1998, Guzmán, López & Trujillo 2000, Larouche 1998, Porter, Earls & Montgomery 1988, Thomas & Groer 1986).

Por otra parte Pender (1996) señala que en la medida en que el individuo se siente capaz y eficaz para realizar una conducta saludable aumenta la probabilidad de realizarla, contrario al sentir o percibir que es inepto o que no tiene capacidades para desarrollar determinadas acciones, a lo que Pender llama como autoeficacia. La autoeficacia percibida es el juicio de la capacidad de la persona de alcanzar cierto nivel de desempeño o de ejecutar un estilo de vida saludable.

Se estudió, la autoeficacia en relación a las conductas de salud y se encontró una relación positiva y significativa, con la ejecución de la conducta promotora de salud en

trabajadores de la industria alimentaria, en mujeres mexicano-americanas, adultos jóvenes, estudiantes universitarios y adolescentes femeninas (Cruz, 2001; Gillis, 1994; Pender, 1990; Rodríguez, 1996), pero en la revisión de la literatura, hasta el momento de este estudio, no se encontraron estudios que abordaran la autoeficacia en adolescentes que cursan la preparatoria y que residan en áreas suburbanas.

En la experiencia, la autora de este estudio observó que existe un interés en los jóvenes adolescentes por conocer si los estilos de vida que ellos desarrollan son los adecuados para mantenerse sanos y además de solicitar con frecuencia orientación al respecto.

Los elementos enunciados anteriormente conducen al planteamiento del presente estudio de investigación con el propósito de conocer de que manera algunos factores personales, biológicos, socioculturales y la autoeficacia percibida afectan el estilo de vida promotor de salud de jóvenes adolescentes estudiantes de dos preparatorias de un área suburbana de Nuevo León, para lo cual se realizó un estudio descriptivo (Polit & Hungler, 1999).

Marco teórico conceptual

El Modelo de Promoción de la Salud apareció a principios de 80's y fue propuesto como un marco para integrar las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales sobre factores que influyen en las conductas de salud. El marco fue *utilizado como una guía para explorar los procesos biológicos y psicosociales*, complejos que motivan a los individuos de todas las edades a realizar conductas dirigidas a la ampliación de la salud y bienestar.

Según el MPS las conductas promotoras son influidas de manera directa o indirecta por dos constructos: a) características y experiencias individuales que incluyen: conducta previa relacionada y factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales; b) cogniciones y afectos específicos de la conducta que incluyen:

beneficios percibidos, barreras percibidas, autoeficacia percibida, afecto relacionado a la actividad, influencias interpersonales y factores circunstanciales. El resultado conductual representa la conducta promotora de la salud, que puede alcanzarse por medio del compromiso con un plan de acción y éste compite con las demandas y preferencias inmediatas contrarias (Figura 1).

En este estudio se consideraron los conceptos: factores personales, autoeficacia percibida y estilo de vida promotor de salud.

Factores personales: Son características de la persona y predicen la conducta, se clasifican como biológicos, psicológicos y socioculturales. En los biológicos se estudiaron, edad, sexo e IMC. En los socioculturales: escolaridad, estado marital, religión y frecuencia de participación en actividades religiosas.

Autoeficacia percibida: es el juicio de la capacidad personal para alcanzar un cierto nivel de desempeño. La autoeficacia se basa en cuatro tipos: logros de desempeño, experiencias sustitutas, persuasión verbal y estados fisiológicos. El MPS propone que esta influye directamente en la conducta promotora de salud e indirectamente afectando las barreras percibidas y el compromiso con un plan de acción.

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. Cuando la conducta promotora de salud esta integrada a un estilo de vida saludable que incorpore todos los aspectos de la vida, da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida.

En la figura 1, se presenta, la estructura conceptual para la operacionalización de las variables del presente estudio, de la cual se derivaron los tres constructos del MPS (Pender 1996).

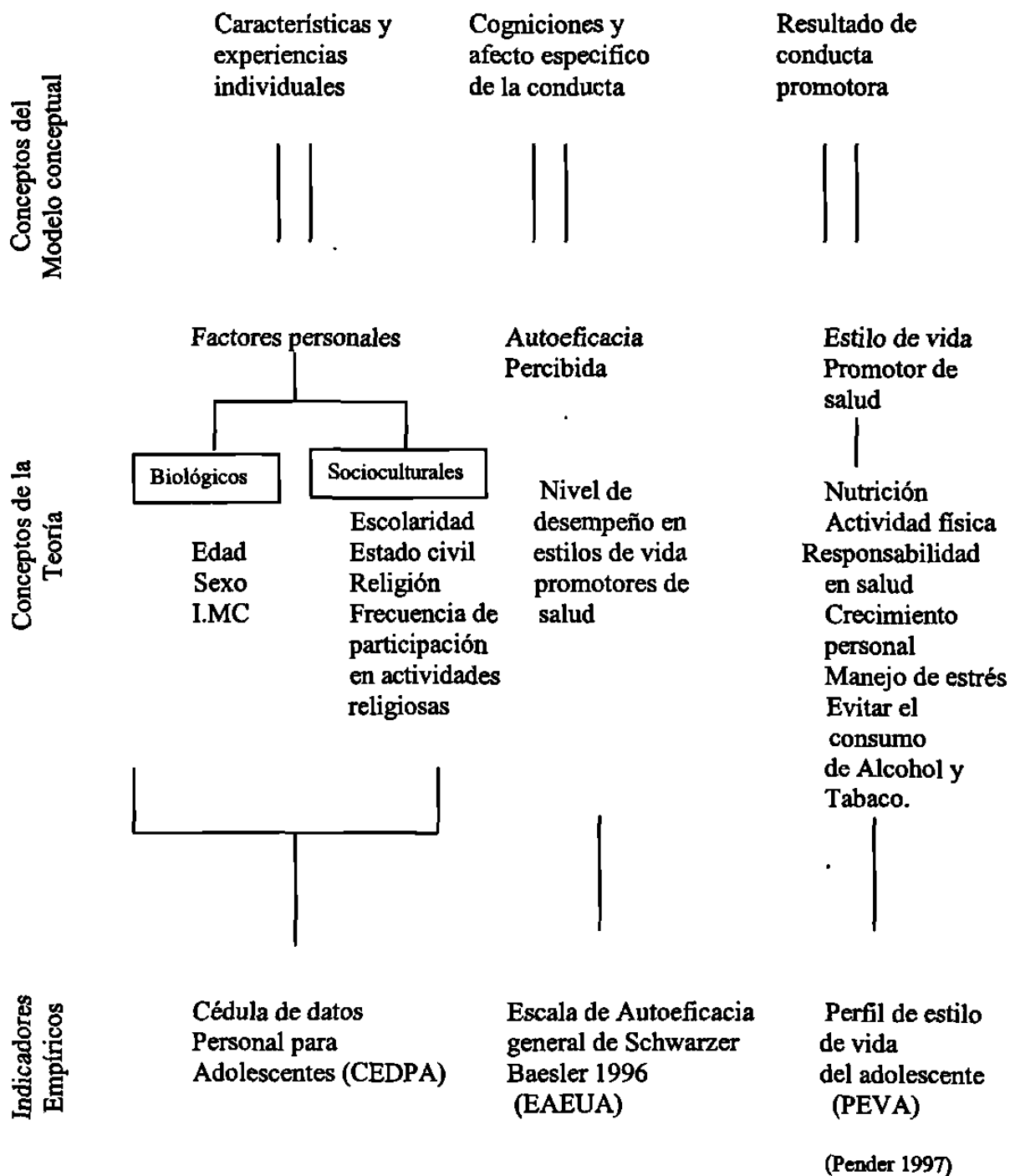


Figura 1. Estructura teórico conceptual

Estudios relacionados

Guzmán, López & Trujillo, 2000, realizaron un estudio en jóvenes adolescentes estudiantes de una preparatoria de Nuevo León y encontraron que los factores personales, edad y sexo, mostraron efecto significativo con los estilos de vida ejercicio, no consumo de alcohol, no consumo de tabaco y responsabilidad en salud ($F= 4.49$, $p=.03$)

Alvarez y López en 1998, estudiaron en una muestra de 721 estudiantes, de una preparatoria de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), con edades entre 14 a 20 años, las características y explicaciones de hábitos de salud de estos jóvenes y encontraron que las mujeres cuidaban más su alimentación, consumían menos alcohol y tabaco que los hombres. Por su parte los varones hacían más ejercicio pero no cuidaban su alimentación, ingerían más alcohol y tabaco; las razones por las que los estudiantes realizaban más ejercicio, fueron para tener más músculo y fuerza, mientras que las mujeres cuidaban de su alimentación para verse esbeltas y de buen cuerpo.

En un estudio realizado para evaluar los estilos de vida y patrones de conducta social y de salud en adolescentes se encontró que el 50% tenían de 17 a 18 años de edad, el 70% provenían de hogares con problemas económicos y se observaron diferencias significativas ($p < .001$) entre el estrato económico con el peso, asistencia al dentista, uso del cinturón de seguridad, ejercicio, descanso y sueño.

El 34% de los jóvenes adolescentes habían consumido alcohol al menos una vez al mes, el 21% fumaba tabaco todos los días, siendo más alto en varones que en mujeres, un aspecto relevante encontrado en este estudio es que cuando los adolescentes realizaban prácticas religiosas en forma grupal, desarrollaron actividades más saludables como ejercicio, tareas, asistir a chequeos médicos, usar el cinturón de seguridad y cuidar de su peso (Porter, Earls & Montgomery, 1988).

Un estudio realizado en estudiantes de preparatoria de áreas urbanas y rurales, se encontró que los estudiantes residentes en el área urbana, tenían estilos de vida más

pobres que los que residían en área rural ($t = 4.64, p < .001$). En relación al género se encontró que los hombres y mujeres presentaban diferentes patrones de dieta y ejercicio ($F = 4.89, p < .002$). Las mujeres tenían mejores hábitos nutricionales pero se ejercitaban menos, fumaban más que los hombres y se sentían más estresadas (Thomas & Groer 1986).

Larouche en 1998, encontró que el sexo fue predictor de los estilos de vida general y de cada uno de ellos como ejercicio, nutrición, manejo de estrés y crecimiento espiritual ($F = 6.44, p = .001$). Las mujeres mostraron mejores estilos de vida en cuanto a nutrición y responsabilidad en salud que los varones, en relación con el manejo de estrés no se encontró significancia, en varones o mujeres.

Rodríguez en 1996, estudió la autoeficacia percibida, en adultos jóvenes universitarios, estudiantes de ciencias de la salud y de ingeniería, en relación a las conductas promotoras de salud y encontró relación significativa entre la autoeficacia percibida con algunos estilos de vida saludable como la responsabilidad en salud ($r = .14, p < .001$), ejercicio ($r = .12, p < .001$), nutrición ($r = .11, p = .002$), manejo de estrés ($r = .16, p < .001$) y auto actualización ($r = .13, p < .001$).

En trabajadores de la industria alimentaria, Cruz en 2001, estudió la autoeficacia percibida con el conjunto de estilos de vida y encontró que la autoeficacia tiene efecto significativo sobre el estilo de vida promotor de la salud ($F(176) = 28.46, p = .001$), además encontró que a mayor autoeficacia percibida, mayor es el estilo de vida promotor de la salud ($r_s = .361, p = .001$).

En 184 adolescentes del sexo femenino con edades de 12 a 19 años, estudiantes entre el 7 y 12 grado, aparentemente sanas, se encontró que la autoeficacia percibida fue el predictor más fuerte dentro de un conjunto de variables como nivel de salud, percepción de salud y etnicidad, la autoeficacia percibida mostró un 41% de la variación explicada, en relación al conjunto de estilos de vida saludables (Guillis 1994).

Definición de términos

Los factores personales son los factores biológicos en este estudio se abordaron la edad en años cumplidos según lo expresado por el adolescente, sexo en femenino o masculino; índice de masa corporal (I.M.C), es el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la estatura en metros. Los factores personales socioculturales que se estudiaron fueron: años de escolaridad, estado civil, religión que profesa y frecuencia de participación en actividades religiosas de la misma. La escolaridad se consideró como los años de preparación académica que el adolescente ha cursado; religión son las creencias que profesan los adolescentes se registró lo que el adolescente refirió como, católica, adventista, metodista, cristiana, testigo de Jehová y otras que refiera el adolescente. La frecuencia de participación en actividades religiosas de su iglesia se midió como asistir de 2 a 3 veces por semana, 1 vez a la semana y si asiste eventualmente, si asiste 1 vez al mes, no practicante, si no asiste.

El estado marital, se registró con pareja o sin pareja; los factores personales se midieron con una cédula de datos personales, (apéndice F).

La autoeficacia percibida, es el juicio personal de las capacidades del adolescente *para alcanzar un cierto nivel de desempeño en el estilo de vida promotor de salud. Se midió con la escala de Autoeficacia para el Estilo de Vida Promotor de Salud en Adolescentes (EAEUA), (apéndice B). Adaptada de la Escala de Autoeficacia General versión española (Baessler & Schwarzer, 1996)*

El estilo de vida promotor de la salud es un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar, auto realización del adolescente tales como nutrición, actividad física, responsabilidad en salud, manejo de estrés, crecimiento personal, evitar consumo de alcohol y de tabaco se midió con el Perfil Estilo de Vida del Adolescente (PEVA), (apéndice D), (Pender, 1997).

Hipótesis

H₁ Los adolescentes del sexo femenino tienen mayores puntajes en la escala de estilo de vida promotor de salud que los del sexo masculino.

H₂ La participación en las actividades religiosas se relaciona con el estilo de vida promotor de salud de los adolescentes.

H₃ A mayor autoeficacia percibida, mayor puntaje en la escala de estilos de vida promotores de salud de los adolescentes.

H₄ La edad, sexo, IMC, escolaridad, actividades religiosas y autoeficacia percibida afectan el estilo de vida promotor de salud de los adolescentes.

Capítulo II

Metodología

Diseño del estudio

El presente estudio fue descriptivo y correlacional (Polit & Hungler, 1999) en virtud de que se describen las características de los participantes del estudio y se asociaron las variables factores personales y autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud.

Población

La población del estudio se conformó por los estudiantes matriculados en la Preparatoria de la Universidad de Morelos (U.M.) en el periodo escolar 2001 a 2002 , y estudiantes de la Preparatoria # 6 de la Universidad Autónoma de Nuevo León (U.A.N.L.) ubicada también en Morelos, N. L.

El total de alumnos de ambas preparatorias fue de 509 adolescentes cuyas edades oscilaron entre 15 y 19 años.

Muestreo y muestra

Dado que la población de adolescentes estudiantes de preparatoria se consideró como una población cautiva, se realizó un censo en dos preparatorias, la Preparatoria #6 de UANL y la preparatoria de la UM y se consideró como una muestra en un momento en el tiempo.

La potencia de la muestra se calculó a través del paquete estadístico N'Query, se consideró como una prueba unilateral, con 95% de confianza un límite de error de estimación de .05, y con un .80 de potencia para la población de la preparatoria de la UM la muestra fue de 212 estudiantes adolescentes. Para la UANL se obtuvo una

potencia de .86, para una muestra de 297 estudiantes, ambas muestras estimadas para una regresión lineal múltiple.

Criterios de exclusión

Alumnos de sistema abierto de las escuelas preparatorias del estudio.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el estudio fueron dos el primero de ellos es la Escala de Autoeficacia para el Estilo de Vida del Adolescente (EAEVA) (Apéndice B). El segundo es el Perfil del Estilo de Vida del Adolescente (PEVA) (Apéndice C) y una Cédula de Datos Personales para Adolescente (CEDPA) (Apéndice D).

La Escala de Autoeficacia para el estilo de vida del adolescente (EAEVA) fue adaptada de la escala de autoeficacia general de Schwarzer y Baessler (1996) por el autor del estudio. La adaptación consistió en utilizar los reactivos de la Escala General y modificarlos para cada uno de los estilos de vida estudiados. La Escala General de Autoeficacia tiene un coeficiente de Alpha de Cronbach .81 en población latina y de .79 a .93 en población europea.

La escala adaptada tiene 32 oraciones que mide el autojuicio de las capacidades del adolescente para alcanzar un cierto nivel de desempeño en cada estilo de vida promotor de salud . La escala se subdivide en 8 subescalas con cuatro reactivos cada uno distribuidos de la siguiente manera: actividad física (reactivos 1, 9, 17, 25), responsabilidad en salud (reactivos 2, 10, 18, 26), nutrición (reactivos 3, 11, 19 y 27), crecimiento personal (reactivos 4, 12, 20, 28), relaciones interpersonales (reactivos 5, 13, 21 y 29), manejo de estrés (reactivos 6, 14, 22 y 30), evitar consumo de tabaco (reactivos 7, 15, 23 y 31), evitar consumo de alcohol (reactivos 8, 16, 24 y 32). La escala de respuesta es de cuatro puntos. El 1, corresponde a seguro que no podría, 2, apenas podría, 3, casi podría, 4, seguro que sí podría. Teniendo un valor mínimo de respuesta

de 32 y un máximo de 128 lo que significa que a mayor puntaje mayor autoeficacia percibida.

La Escala del Perfil del Estilo de Vida del Adolescente (PEVA) fue diseñada por Pender (1997). La escala tiene 50 oraciones que miden el perfil del estilo de vida del adolescente o sea las conductas promotoras de salud. Esta se subdivide en ocho subescalas con la siguiente distribución: Responsabilidad en salud (reactivos 3, 9, 14, 20, 32, 34, 38), actividad física (reactivos 2, 4, 15, 26, 31, 40), nutrición (reactivos 8, 10, 13, 19, 22, 25, 29, 33, 41), crecimiento personal (reactivos 6, 17, 21, 24, 27, 37, 39), relaciones interpersonales (reactivos 1, 7, 12, 18, 28, 30, 36), manejo de estrés (5, 11, 16, 23, 35, 42), evitar consumo de tabaco (reactivos 44, 46, 48, 50), evitar consumo de alcohol (reactivos 43, 45, 47, 49).

La escala de respuesta es de cuatro puntos el 1, corresponde a nunca, 2, algunas veces, 3, con frecuencia, 4, siempre, teniendo un valor mínimo de respuesta de 50 y un máximo de 200 lo que significa que mayor puntaje mejor perfil del estilo de vida del adolescente. La escala ha mostrado en población adolescente norteamericana un coeficiente de Alpha de Cronbach de .92 y un rango en las subescalas que va de .70 a .90 (Walker, Sechrist & Pender, 1987)

La Cédula de Datos Personales tiene 9 preguntas de las características sociodemográficas: Datos personales biológicos con 5 preguntas: edad, sexo, peso, talla e I.M.C. y datos personales socioculturales con, 4 preguntas: estado civil, escolaridad, religión y participación en actividades religiosas.

Procedimiento de recolección de la información

Antes de iniciar el estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., posteriormente se solicitó la autorización de los directivos de las dos preparatorias del estudio quienes asumieron la responsabilidad de los adolescentes.

Los estudiantes se reunieron en una aula y se les orientó para contestar los instrumentos que fueron autoaplicados. Se les enfatizó que contestaran todas las preguntas lo más apegado a la realidad, que no habría consecuencias por sus respuestas y que el cuestionario era anónimo.

La autora del estudio fue responsable de la recolección de los datos de las dos preparatorias de los diversos turnos en que se encontraban los alumnos. La aplicación de los cuestionarios fue en el siguiente orden, Cédula de Datos Personales para Adolescentes (CDEPA), posteriormente la Escala del Perfil de Estilo de Vida del Adolescente (PEVA) y por último la Escala de Autoeficacia para el Estilo de Vida del Adolescente (EAEVA). A cada estudiante se le entregó una cartilla gráfica donde se ilustran las escalas de respuesta de los cuestionarios a fin de facilitar la comprensión de las pregunta (Apéndice B y C)

El tiempo de duración de la aplicación de los cuestionarios fue aproximadamente de 20 minutos.

Posteriormente se procedió a pesarlos y medirlos, de acuerdo a lo recomendado por Saucedo, Ocampo, Mancillas & Gómez, 2001. El resultado del IMC se les entregó por escrito en una tarjeta y se les agradeció su participación y su tiempo, (Apéndice E).

Antes de salir del aula, el estudiante colocó el instrumento contestado en una caja sellada con la finalidad de garantizar el anonimato.

Consideraciones éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1987), en su título segundo.

En base al capítulo I Artículo 14, fracción VII el estudio se sometió a consideración de la Comisión de Etica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la revisión y aprobación del mismo.

Debido a que no se realizó manipulación de las variables y solo se aplicaron cuestionarios a los sujetos de estudio y se tomó peso y talla, se consideró una investigación con riesgo mínimo para los participantes (capítulo I, Artículo 17, Fracción II).

Se garantizó a los participantes el que pudieran recibir respuesta a cualquier duda sobre la investigación, (Capítulo I, Artículo 21, Fracciones VI, VII), así como la privacidad y el anonimato de los sujetos (Capítulo I, Artículo 21, Fracción VIII), esto se cumplió dado que no se solicitó el nombre de los adolescentes y los resultados que se presenten serán en lo general de todos los participantes y no de una persona en particular.

No se solicitó el consentimiento de los padres, ya que los directivos de las instituciones asumieron esta responsabilidad. Siempre y cuando la información se recolectara dentro de la institución, en el horario escolar de los alumnos.

Por ser estudiantes los sujetos de estudio y considerarse un grupo subordinado según lo dispuesto en el Capítulo V, Artículo 58; se garantizó que la participación o el rechazo de los sujetos a contestar el instrumento, no afectaría su situación escolar y que los resultados de la investigación no se utilizarán en perjuicio de los individuos. Capítulo V, Artículo 58, Fracciones I y II). Para tal efecto se habló con los directivos del plantel, explicándoles que la participación de los alumnos era voluntaria y que la información obtenida, no se utilizaría con fines correctivos ni para lesionar a la persona en ningún área de su vida, ni en su situación escolar.

Análisis de resultados

Para la captura de la información se utilizó el programa estadístico SPSS 10.0 (Statistical Package for the Social Sciences). El procedimiento para procesar la información se llevó a cabo en dos etapas: primero se obtuvieron estadísticas descriptivas como: frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central como

media, mediana y desviación estándar. Se determinó el Coeficiente de Alpha de Cronbach a los instrumentos de opción múltiple. Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para conocer la normalidad de las variables y decidir la utilización de estadística inferencial con pruebas paramétricas o no paramétricas. La verificación de hipótesis se realizó de la siguiente manera; para la hipótesis 1 se utilizó la prueba no paramétrica de U. de Mann Whitney ya que los datos no mostraron normalidad. Para la hipótesis 2, dado que la religión es una variable categórica con cuatro niveles se utilizaron variables de engaño y se aplicó la prueba de Kruskal Wallis. Para la hipótesis 3 se utilizó correlación de Spearman dado que los datos no mostraron normalidad, finalmente para la hipótesis 4 se utilizó regresión lineal múltiple.

Los resultados se presentan en tablas de contingencia, figuras, para lo cual se utilizó el programa Word.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del presente estudio en los siguientes apartados: a) consistencia interna de los instrumentos , b) datos descriptivos de los factores personales ,autoeficacia y estilos de vida promotores de salud, c) correlación entre las variables de estudio y d) prueba de hipótesis .

Consistencia interna de los instrumentos del estudio

En la tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach, los cuales mostraron ser aceptables (Polit & Hungler, 1999).

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos.

Instrumento	No. de preguntas	Alpha de Cronbach
Escala de autoeficacia para el estilo de vida del adolescente (EAEVA)	1 al 32	.88
Escala de perfil del estilo de vida del adolescente (PEVA)	1 al 50	.89

Fuente: EAEVA, PEVA

n =509

Estadísticas descriptivas

En la tabla 2 se describen algunos factores personales de los participantes del estudio, donde se observa que un 97.6% de los adolescentes no tienen pareja, de acuerdo al índice de masa corporal el 50.9%, se encuentra en límites normales (Saucedo,

Ocampo, Mancilla & Gómez, 2001). En estos jóvenes predomina la religión católica con un 54.2%, y la participación en actividades religiosas de los adolescentes es por lo menos una vez a la semana en el 29.7%.

Tabla 2

Factores personales de los adolescentes que estudian preparatoria

Factores	Frecuencia	%
Estado Civil		
Con Pareja	12	2.4
Sin Pareja	497	97.6
Sexo		
Masculino	249	38.9
Femenino	260	51.1
IMC		
Bajo	79	15.5
Normal	259	50.9
Sobrepeso	112	22.0
Obesidad	59	11.6
Religión		
Católica	276	54.2
Adventista	177	34.8
Otros	56	11.0
Práctica religiosa		
2 a 3 veces por semana	80	15.7
1 vez por semana	151	28.7
Ocasionalmente	155	30.5
Nunca	123	24.2

Fuente: CEDPA

n=509

Tabla 3

Datos descriptivos de estilo de vida promotor de salud y prueba de normalidadKolmogorov-Smirnov

Indice	Valor mínimo	Valor máximo	Media	DE	Ks-Z	Valor de p
Estilo de vida promotor de salud	.20	92.0	58.66	12.21	.862	.448
Subescalas						
Responsabilidad en salud	.00	100.0	38.93	21.32	2.00	.001
Actividad Física	.00	100.0	46.00	20.81	1.40	.040
Nutrición	3.70	96.30	44.75	16.97	1.38	.044
Crecimiento Personal	14.20	100.0	73.60	15.43	2.19	.001
Relaciones Interpersonales	9.52	100.0	65.39	17.20	2.36	.001
Manejo de estrés	5.56	100.0	66.18	17.53	1.84	.002
No consumo de Tabaco	.00	100.0	72.83	26.03	3.95	.001
No consumo de Alcohol	.00	100.0	82.76	22.49	5.56	.001

Fuente: PEVA

n =509

La tabla 3 muestra que la media más alta del estilo de vida fue para el no consumo de tabaco, con una media de 82.76 y la mas baja fue de 38.93 para la subescala del estilo de vida responsabilidad en salud. El estilo de vida promotor de salud mostró una media de 58.66 con una desviación estándar de 12.21. Los índices de las subescalas no mostraron normalidad, solo el índice general de estilo de vida promotor de salud, por tal motivo se utilizó para el análisis inferencial las pruebas no paramétricas.

Tabla 4

Datos descriptivos de autoeficacia percibida y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Indice	Valor mínimo	Valor máximo	Media	DE	K-S	Valor de p
Autoeficacia total (escala total)	29.00	100.00	80.20	12.56	1.96	.001
Subescalas						
Responsabilidad en salud	.00	100.00	71.87	18.76	3.04	.001
Actividad Física	29.17	100.00	68.06	20.79	2.78	.001
Nutrición	.00	100.00	76.86	19.76	2.90	.001
Crecimiento Personal	16.67	100.00	84.75	14.82	4.24	.001
<i>Relaciones Interpersonales</i>	16.67	100.00	82.18	16.66	2.95	.001
Manejo de estrés	.00	100.00	73.21	18.95	2.95	.001
No consumo de Tabaco	.00	100.00	83.61	21.74	5.42	.001
No consumo de Alcohol	.00	100.00	80.20	21.26	4.88	.001

Fuente: EAEVA

n =509

La tabla 4 muestra que la media más alta fue para autoeficacia en el estilo de vida, crecimiento personal con una media de 84.75, la media más baja fue de 68.06, para actividad física. Como puede observarse los índices de la escala de autoeficacia percibida no mostraron normalidad por lo tanto se utilizó para el análisis inferencial las pruebas no paramétricas.

Correlación entre las variables de estudio

Tabla 5

Matriz de correlación de Spearman para las variables del estudio de los adolescentes participantes que estudian preparatoria

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.Edad	1												
2.Escolaridad	.263 .000	1											
3.IMC	.096 .030	.056 .203	1										
4.Autoeficacia	-.055 .215	.008 .852	-.041 .361	1									
5.Estilos de vida	.030 .496	.020 .659	-.003 .945	.582 .000	1								
6.Responsabilidad en salud	.008 .855	.062 .162	.065 .142	.418 .000	.689 .000	1							
7.Actividad física	-.017 .708	-.014 .760	.040 .368	.317 .000	.603 .000	.364 .000	1						
8.Nutrición	.086 .052	-.046 .303	.073 .099	.287 .000	.680 .000	.462 .000	.433 .000	1					
9.Crecimiento personal	-.017 .705	.020 .653	-.100 .025	.404 .000	.654 .000	.365 .000	.357 .000	.276 .000	1				
10.Relaciones interpersonales	-.021 .629	.133 .003	-.023 .605	.372 .000	.642 .000	.356 .000	.242 .000	.267 .000	.474 .000	1			
11.Manejo de estrés	-.076 .087	.025 .579	-.077 .082	.372 .000	.716 .000	.433 .000	.348 .000	.273 .000	.539 .000	.537 .000	1		
12.No tabaco	-.054 .226	-.060 .177	-.032 .475	.417 .000	.531 .000	.229 .000	.168 .000	.257 .000	.234 .000	.225 .000	.234 .000	1	
13.No alcohol	-.125 .005	-.030 .497	-.073 .101	.401 .000	.462 .000	.159 .000	.076 .085	.181 .000	.200 .000	.186 .000	.233 .000	.650 .000	1

Fuente: CEDPA, PEVA, EAEVA

n =509

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

La tabla 5 muestra la matriz de correlación de Spearman en la que se puede observar que la autoeficacia percibida de los estudiantes de preparatoria se asoció significativamente con el estilo de vida saludable, también la edad con no consumo de alcohol y la escolaridad con relaciones interpersonales.

Prueba de hipótesis

H₁ Los adolescentes del sexo femenino tienen mayores puntajes en la escala de estilo de vida promotor de salud que los del sexo masculino.

Para verificar esta hipótesis se aplicó la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, la tabla 6 muestra que existen diferencias significativas en relación al sexo solo para algunas subescalas del estilo de vida como: actividad física, relaciones interpersonales, no consumo de alcohol y de tabaco.

Tabla 6

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney para las variables sexo y estilo de vida promotor de salud

Estilo de vida	U de Mann Whitney	Valor de p
Estilo de vida promotor de salud	31698.0	.685
Responsabilidad en salud	32278.5	.950
Actividad física	24545.0	.001
Nutrición	31257.0	.500
Crecimiento personal	29494.0	.080
Relaciones interpersonales	25163.5	.001
Manejo de estrés	31488.0	.590
No consumo de tabaco	27326.0	.001
No consumo de alcohol	26512.0	.001

Fuente: CEDPA, EAEVA

n =509

La tabla 7 muestra las medias de subescalas de estilo de vida que fueron significativos. En ella se observa que los adolescentes varones realizan más actividad física que las mujeres; sin embargo las mujeres señalan tener mejores relaciones interpersonales, finalmente las mujeres mostraron medias más altas de no consumo de tabaco y alcohol que los varones.

Tabla 7

Medias de las subescalas de estilo de vida por sexo

Subescalas de estilo de vida	Hombres	Mujeres
Actividad física	50.49	41.70
Relaciones Interpersonales	62.21	68.44
No consumo de tabaco	69.64	75.89
No consumo de alcohol	78.91	86.44

Fuente: CEDPA, EAEVA

n = 509

Por los anteriores resultados no se sustenta la hipótesis 1

Para probar la hipótesis 2 que señala, la participación en las actividades religiosas se relaciona con el estilo de vida promotor de salud de los adolescentes, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, donde se observa en la tabla 8 que la participación en actividades religiosas de los adolescentes estudiantes de preparatoria fue significativa con el estilo de vida promotor de salud en general y con responsabilidad en salud, actividad física, relaciones interpersonales, manejo de estrés, no consumo de tabaco y de alcohol.

Tabla 8

Kruskal- Wallis de participación en actividades religiosas de los estudiantes adolescentes con estilo de vida

Estilo de vida	gl	X ²	Valor de p
Estilo de vida promotor de salud.	3	34.16	.001
Responsabilidad	3	15.60	.001
Actividad física	3	17.10	.057
Nutrición	3	7.53	.302
Crecimiento personal	3	3.65	.001
Relaciones interpersonales	3	33.60	.001
Manejo de estrés	3	11.34	.001
No consumo de tabaco	3	17.93	.001
No consumo de alcohol	3	20.48	.001

Fuente: CEDPA, EAEVA

n =509

Las medias y medianas del estilo de vida promotor de salud por tipo de participación en actividades religiosas se presentan a continuación en la tabla 9 donde se puede apreciar que mientras más participación en actividades religiosas tienen los adolescente mayores son las medianas del estilo de vida promotor de salud, por ejemplo para la escala total de estilo de vida se muestra que la media para los que participan de 2 a 3 veces por semana en actividades religiosas es de 63.38, para los que participan una vez a la semana es de 60.56, para los que ocasionalmente participan en actividades religiosas es de 58.53 y para los que nunca participan es de 53.69, por lo anterior se sustenta la hipótesis 2

Tabla 9

Medias y medianas de participación en actividades religiosas con estilo de vida promotor de salud

Estilo de vida	Frecuencia de actividades religiosas											
	2 a 3 veces por semana			Una vez por semana			Ocasionalmente una vez por mes			Nunca		
	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana	N	Media	Mediana
Escala total de estilo de vida	80	63.38	62.66	151	60.56	61.33	155	58.31	58.00	123	53.69	52.00
Responsabilidad en salud	80	43.68	41.66	151	41.53	44.44	155	38.92	38.88	123	32.65	33.33
Actividad física	80	53.81	55.55	151	46.76	44.44	155	44.19	44.44	123	42.27	38.88
Relaciones interpersonales	80	69.40	71.42	151	63.66	71.42	155	65.19	66.66	123	57.80	57.14
Manejo de estrés	80	69.65	72.22	151	68.10	66.66	155	65.44	66.66	123	62.51	61.11
No consumo de tabaco	80	81.66	91.66	151	74.94	83.33	155	72.44	83.33	123	64.63	66.66
No consumo de alcohol	80	89.37	100	151	84.60	100	155	84.62	91.66	123	73.84	75.00

Fuente: CDPA, EAEVA

Para probar la hipótesis 3 que señala, la participación en las actividades religiosas se relaciona con el estilo de vida promotor de salud de los adolescentes, se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman.

Tabla 10

Coefficiente de correlación de Spearman de autoeficacia percibida y estilo de vida promotor de salud

Variable	r_s	Valor de p
Estilo de vida promotor de salud	.58	.001
Responsabilidad en salud	.42	.001
Actividad física	.31	.001
Nutrición	.28	.001
Crecimiento personal	.40	.001
Relaciones interpersonales	.37	.001
Manejo de estrés	.37	.001
No consumo de tabaco	.41	.001
No consumo de alcohol	.40	.001

Fuente: PEVA, EAEVA

$n = 509$

La tabla 10 muestra que la autoeficacia percibida se asocia positivamente y significativamente con el estilo de vida promotor de salud en general y con cada uno de ellos, por lo anterior se sustenta la hipótesis 3.

Para probar la hipótesis 4 que señala la edad, sexo, IMC, escolaridad, participación en actividades religiosas y autoeficacia percibida afectan el estilo de vida promotor de salud de los adolescentes, se realizó un modelo de regresión lineal múltiple en donde la variable dependiente fue el estilo de vida promotor de salud.

Tabla 11

Regresión lineal múltiple: efecto de la edad, sexo, IMC, escolaridad, participación en actividades religiosa y autoeficacia percibida sobre el estilo de vida promotor de salud

Modelo I	gl	SC	Cuadrado medio	F cal.	Valor de p
Regresión	8	27975.958	3496.995	36.53	.001
Residual	500	47859.594	95.719		

R² 36.9%

Fuente: CEDPA, PEVA, EAEVA

n = 509

La tabla 11 muestra que el modelo fue significativo explicando el 36.9% de la varianza, por lo anterior se sustenta la hipótesis 4, es importante señalar que la variable participación en actividades religiosas tiene cuatro niveles por lo que fue necesario introducir variables de engaño al modelo. Se muestra la contribución de las variables independientes a la significancia del modelo en la siguiente tabla.

Tabla 12

Efecto de edad, sexo, IMC, escolaridad, participación religiosa, autoeficacia percibida, sobre estilo de vida promotor de salud

Modelo 1	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	12.072	6.806	1.77	.07
Edad	-.192	.294	-.65	.51
Sexo	1.136	.888	1.28	.20
IMC	-2.897	.096	-.30	.76
Escolaridad	.322	.375	.85	.39
Participación religiosa 1	5.782	1.439	4.01	.01
Participación religiosa 2	1.868	.613	3.04	.02
Participación religiosa 3	.694	.403	1.72	.08
Autoeficacia	.543	.036	15.27	.01

Fuente: CDPA

n = 509

Como puede observarse solamente la participación en actividades religiosas y la autoeficacia percibida fueron significativas (tabla 12), finalmente se aplicó el procedimiento de discriminación de variables hacia atrás (Backward). Se inició eliminando en primer lugar el IMC, después edad en años cumplidos, escolaridad y finalmente el sexo, la tabla siguiente muestra el modelo final donde la participación en actividades religiosas y la autoeficacia percibida siguen mostrando efecto significativo, la varianza explicada fue de 36.5% (tabla 13 y 14).

Tabla 13

Regresión lineal múltiple de la participación en actividades religiosas y autoeficacia percibida sobre el estilo de vida promotor de salud (procedimiento Backward)

Modelo 2	gl	SC	Cuadrado medio	F cal.	Valor de p
Regresión	4	27713.714	6928.428	36.53	.001
Residual	504	48121.838	95.480	72.56	

R^2 36.5%

Fuente: CEDPA, PEVA, EAEVA

n =509

Tabla 14

Efecto de participación en actividades religiosas y autoeficacia percibida sobre estilo de vida promotor de salud (procedimiento Backward)

Modelo 2	B	Error estándar	t	Valor de p
Constante	14.163	2.731	5.18	.001
Participación religiosa 1	5.946	1.425	4.17	.001
Participación religiosa 2	1.827	.603	3.03	.003
Participación religiosa 3	.726	.397	1.83	.068
Autoeficacia	.539	.035	15.29	.001

Fuente: CEDPA

n =509

A continuación la figura 2, muestra que a mayor autoeficacia percibida, mayores son los puntajes para el estilo de vida promotor de salud en cualquier nivel de participación de actividad religiosa.

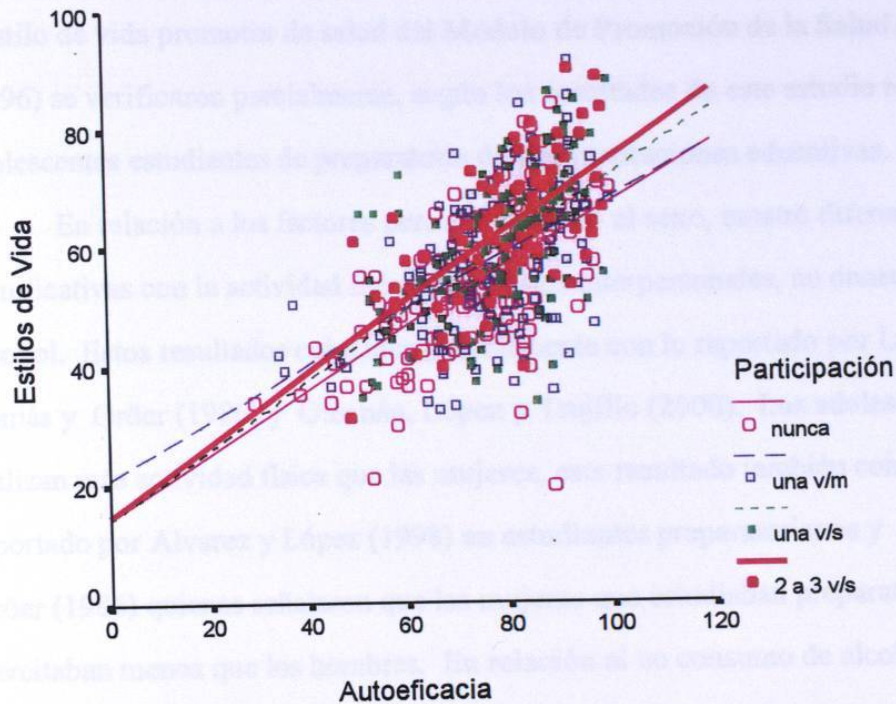


Figura 2. Diagrama de dispersión de autoeficacia percibida con estilo de vida promotor de salud y participación en actividades religiosas

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 de Pender (1996) se verificaron parcialmente, según los resultados de este estudio realizado en adolescentes estudiantes de preparatoria de dos instituciones educativas.

En relación a los factores personales como el sexo, mostró diferencias significativas con la actividad física, relaciones interpersonales, no consumo de tabaco y alcohol. Estos resultados coinciden parcialmente con lo reportado por Larouche (1998), Tomás y Gröer (1986) y Guzmán, López y Trujillo (2000). Los adolescentes varones realizan más actividad física que las mujeres, este resultado también coincide con lo reportado por Alvarez y López (1998) en estudiantes preparatorianos y con Tomás y Gröer (1986) quienes señalaron que las mujeres que estudiaban preparatoria se ejercitaban menos que los hombres. En relación al no consumo de alcohol y tabaco en el presente estudio las mujeres mostraron medias más altas que los varones. Este dato también coincide con Alvarez y López (1998) y Porter, Earls y Montgomery (1988) quienes identificaron que los adolescentes varones son mayores consumidores de alcohol y tabaco. Sin embargo el sexo no mostró diferencia con el estilo de vida promotor de salud en general y lo que no concuerda con lo referido por Pender et al (1990) y Larouche (1998) quienes señalan que el sexo hace una contribución a la explicación del estilo de vida promotor de salud.

La participación de los adolescentes en prácticas religiosas se relacionó con el índice general de estilo de vida promotor de salud y en forma específica con la responsabilidad en salud, actividad física, relaciones interpersonales, manejo de estrés, no consumo de alcohol y de tabaco, esto coincide parcialmente por lo reportado por Porter, Earls y Montgomery (1988) quienes encontraron en adolescentes que las

prácticas religiosas influyeron en el ejercicio y la responsabilidad en salud. Por su parte esto concuerda con Pender (1996) donde señala que la actividad religiosa influye en el estilo de vida promotor de salud.

En relación a la autoeficacia percibida se encontró en el estudio que se asoció positiva y significativamente con el estilo de vida promotor de salud en adolescentes que estudian preparatoria. Este hallazgo es similar a lo reportado por Rodríguez (1996) quien encontró que la autoeficacia mostró relación significativa con las conductas promotoras en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud e Ingeniería. También Gillis (1994) encontró en adolescentes del sexo femenino que la autoeficacia percibida fue el predictor más fuerte en el estilo de vida saludable. Cruz (2001) en trabajadores de la industria alimentaria también encontró que la autoeficacia percibida tiene efecto significativo sobre el estilo de vida promotor de salud.

Un dato que llama la atención en el estudio es en relación a la autoeficacia percibida donde se encontraron medias más altas para el estilo de vida promotor de salud y para cada uno de ellos. En cambio las medias en cada estilo de vida promotor de salud fueron menores que las reportadas en autoeficacia. Es decir los adolescentes refieren poder realizar las conductas promotoras, consideraron tener buen nivel de desempeño en ellas, pero al preguntar si realizan estas conductas se observa que no las ejecutan.

Probablemente esta contradicción entre lo que dicen poder hacer y no hacer se deba a características propias de su etapa de desarrollo, dado que los adolescentes se sienten fuertes y poderosos, pero a la vez son inconsistentes y tienen tendencia a perder el interés en ciertas actividades que requieren esfuerzo (Díaz-Guerrero, 1994).

Por otra parte Pender (1996) propone en su modelo que la autoeficacia percibida incrementa la probabilidad de ejecutar la conducta promotora de salud; los resultados del presente estudio apoyan dicha proposición que a mayor autoeficacia, mejor estilo de vida promotor de la salud.

Finalmente el presente estudio mostró que la participación en actividades religiosas y la autoeficacia percibida fueron las dos variables que más contribuyeron a explicar el estilo de vida promotor de salud en adolescentes que estudian preparatoria en dos instituciones educativas.

Conclusiones

El estudio contribuye a reafirmar las relaciones conceptuales de participación en actividades religiosas y autoeficacia percibida con el estilo de vida promotor de salud, con lo que se apoya parcialmente lo propuesto en el Modelo de Promoción de la Salud de Pender (1996).

Las escalas de medición utilizadas en el estudio de autoeficacia para estilo de vida del adolescente y perfil de estilo de vida promotor de salud del adolescente, mostraron consistencia interna aceptable. Los adolescentes participantes del estudio reportaron medias más altas en autoeficacia en el estilo de vida no consumo de alcohol, tabaco y crecimiento personal.

Recomendaciones

Realizar replica del estudio utilizando además de los factores personales y la autoeficacia percibida, las influencias interpersonales que permitan aumentar la explicación del estilo de vida promotor de salud en adolescentes.

Profundizar en la variable participación en actividades religiosas, dado que mostró significancia en el estudio.

Realizar un estudio de intervención donde se refuerce la autoeficacia percibida para incrementar el estilo de vida promotor de salud.

Referencias

Alonso, C. M. Martínez, M. & Rodríguez A. L. (1993). Estilos de Vida y Usos de los Servicios de Salud. Tesis inédita de Maestría en Salud Pública, Facultad de salud pública y nutrición de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Alvarez, & Lopez (1998). Características explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes. Monterrey, Nuevo León.

Cruz, J.E. (2001) Autoeficacia y Estilo de Vida Promotor de Salud en trabajadores de la Industria Alimentaria. Tesis inédita de Maestría en Ciencias de enfermería con énfasis en salud comunitaria de la U.A.N.L., Monterrey, N. L.

Díaz, G. R. (1994). Psicología del Mexicano. (6ª. Ed) Descubrimiento de la etnopsicología. México. Trillas.

Guzmán, F. R., López, K. & Trujillo, M. P. (2000) Efecto de los Factores Personales y Afecto de los Estilos de Vida del Adolescente. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, N. L.

Gillis A.J. (1994). Determinants of Health-promoting lifestyles in adolescent females. Journal Nursing Research, Vol,26 (2), pp. 13-28.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica, (2000). Anuario Estadístico del Estado de Nuevo León.

Instituto Nacional de Estadística Geográfica, (2000). Perfil Sociodemográfico de Nuevo León. Información estadística del sector salud y seguridad social. Cuaderno No. 14, pp. 48-51, México, 1998.

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

Pender, N. J. (1997). 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.) Stanford, Connecticut; Apleton & Lange.

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

Porter, K. P., Earls, F. J. & Montgomery, A. C. (1988). Estilos de Vida y Patrones de Conducta Social y de Salud en los Adolescentes de Alto Riesgo. Advances in Nursing Science, 11 (1), 22

Rodríguez, A. E.L. (1996). Conocimientos y Percepciones de Salud de Adultos Jóvenes en Relación con su Estilo de Vida. Tesis inédita de Maestría de la Universidad Autónoma de Nuevo León , Monterrey, N. L.

Salazar, C. M. (1996) Factores Culturales y Sociales de la mujer para promover la salud familiar y la propia. Tesis Inédita de Maestría de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, N. L.

Saucedo, M.T., Ocampo, T. M., Mancillas, D. J. & Gómez, P.G. (2001). Índice de masa corporal en preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México. 22 (3) 184 – 190.

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

Secretaria de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Tomas, P. & Gröer, M. W. (1986). Relación de las Variables Demográficas en los Adolescentes. Nursing Research. Vol. 35 (3), 169 - 172.

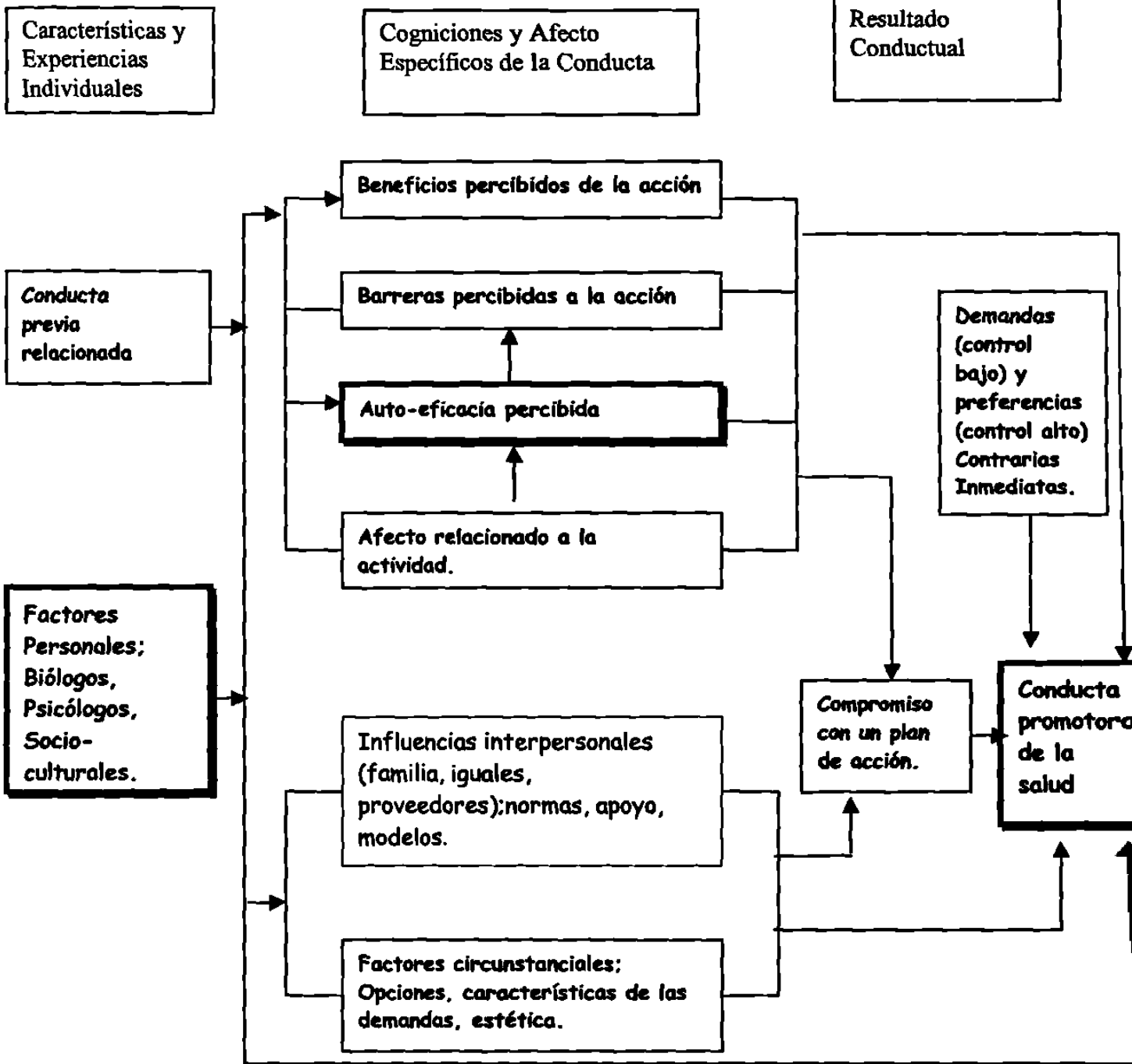
Walker, S., Sechrist, K.R., & Pender, N.J. , (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric-characteristics. Nursing Research. 36 (2), 76-81.

Wilson, M.B. (1990) Enfermería en salud comunitaria. (1 ed.esp.) Un enfoque de estilo de vida para la practica de la enfermería. Organización Panamericana de la Salud Washinton, D.C. EUA.

Apéndices

Apéndice A

Modelo de Promoción de la Salud



Pender (1996)



Conceptos que se estudiaron

Apéndice B

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

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA ESTILO DE VIDA DEL ADOLESCENTE (EAEVA)

No. de Cuestionario _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Favor de leer cuidadosamente cada frase. Encierra en un círculo el número correspondiente a la respuesta en la que estés de acuerdo que sea tu caso. Si tienes duda consulta al encuestador.

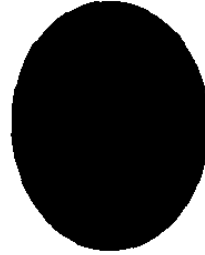
No.	Pregunta	Seguro que no podría	Apenas podría	Casi podría	Seguro que sí podría
1.	Podría realizar ejercicio aunque mis tareas escolares sean excesivas	1	2	3	4
2.	Puede posponer cualquier actividad para ir a checar mi salud	1	2	3	4
3.	Puedo hacer cambios en mi alimentación para cuidar mi peso	1	2	3	4
4.	Podría encontrar la manera de conseguir lo que es importante para mí aunque tenga obstáculos	1	2	3	4
5.	Puedo resolver la mayoría de mis problemas por medio del diálogo y del compromiso	1	2	3	4
6.	Puedo organizar mis obligaciones para tener tiempo para relajarme	1	2	3	4
7.	Puedo argumentar los motivos por lo que no quiero fumar aunque este con un grupo de amigos fumadores	1	2	3	4
8.	En las fiestas o reuniones puedo mantenerme sin tomar alcohol, aunque mis amigos me insistan en que tome	1	2	3	4
9.	Puedo ajustarme a cambios de horarios escolares y turno con tal de realizar ejercicio	1	2	3	4
10.	Podría ser capaz de encontrar información, sobre el cuidado de mi salud	1	2	3	4
11.	Podría sustituir en mi alimentación, azúcares, grasas por frutas y verduras	1	2	3	4
12.	A pesar de problemas y tropiezos que se me	1	2	3	4

	presenten puedo encontrar la forma de ser feliz				
13.	Puedo encontrar la manera de tener tiempo para compartir con mi familia	1	2	3	4
14.	Puedo evitar pensar en mis problemas para pensar cosas agradables antes de dormir	1	2	3	4
15.	Puedo participar en acciones preventivas para evitar fumar en la escuela aunque esto no sea popular	1	2	3	4
16.	Podría dar parte de mi tiempo, para participar en el programa preventivo conductor designado y otras acciones	1	2	3	4
17.	Podría ser fácil para mi persistir en realizar ejercicio aunque existan condiciones del clima adversos	1	2	3	4
18.	Puedo buscar rápido ayuda si encuentro alguna señal o síntoma raro en mi cuerpo	1	2	3	4
19.	Podría hacer arreglos para comer saludablemente aunque en mi escuela vendan comida chatarra	1	2	3	4
20.	Puedo persistir en mis propósitos hasta llegar alcanzar mis metas aunque parezcan lejanas	1	2	3	4
21.	Puedo felicitar a mis amigos y compañeros cuando tienen logros aunque yo no los tenga por el momento	1	2	3	4
22.	Podría discutir mis problemas o dudas con alguien de mi familia, para resolverlos aunque tenga que mostrar mis errores o fallas	1	2	3	4
23.	Si me esfuerzo lo suficiente puedo mantenerme sin fumar aunque, tenga curiosidad por hacerlo	1	2	3	4
24.	A pesar de estar triste, o deprimido puedo evitar tomar alcohol aunque mis amigos me digan que el alcohol alivia la tristeza	1	2	3	4
25.	Puedo arreglarme para hacer ejercicio, aunque no este disponible un área física o espacio (cancha deportiva, gimnasio, parque) cerca de mi casa o escuela	1	2	3	4
26.	Podría arreglar mi tiempo y ocupaciones para asistir a programas de orientación para prevenir problemas de salud	1	2	3	4
27.	Puedo hacer lo necesario para tener una alimentación balanceada, aunque esto no sea importante en mi familia	1	2	3	4
28.	A pesar de mis cambios de carácter y humor puedo lograr madurar emocionalmente	1	2	3	4
29.	Puedo demostrar mi cariño a mi familia por	1	2	3	4

	medio del abrazo y besos, aunque mis amigos(as) no lo hagan				
30.	Puedo mantenerme tranquilo(a) aunque me encuentre en dificultades en al escuela, porque tengo las fortalezas necesarias para hacerlo	1	2	3	4
31.	Me es fácil mantenerme sin fumar porque estoy involucrado en actividades deportivas, recreativas y religiosas	1	2	3	4
32.	Me es fácil mantenerme sin consumir alcohol, porque tengo la fortaleza suficiente.	1	2	3	4

Apéndice C**ESCALA DE RESPUESTA PARA EAEVA**

1. SEGURO QUE NO PODRÍA

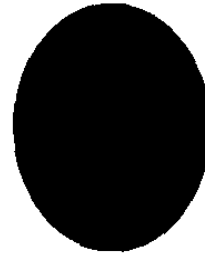


2. APENAS PODRÍA



?

3. CASI PODRÍA



?

4. SEGURO QUE SI PODRÍA



Apéndice D

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

PERFIL DEL ESTILO DE VIDA DEL ADOLESCENTE (PEVA) (Pender 1997)

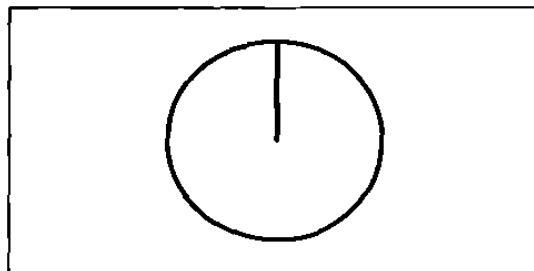
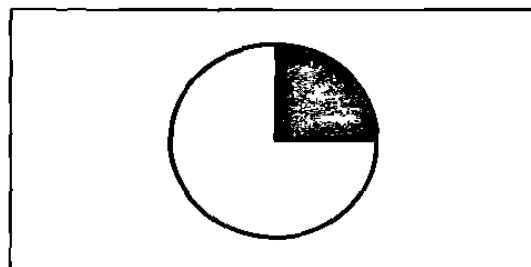
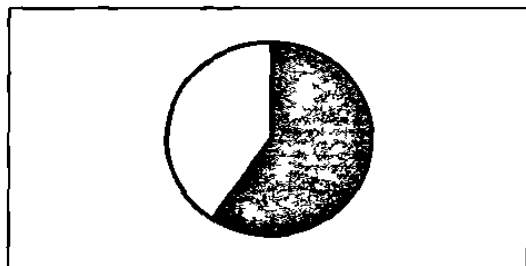
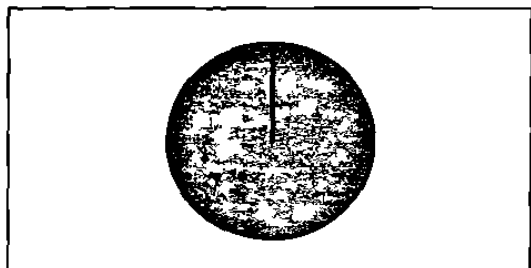
INTRUCCIONES: Piensa cuidadosamente en cada frase de este cuestionamiento y dinos con qué frecuencia haces cada conducta encerrando en un círculo:

N para nunca, A para algunas veces, F con frecuencia, o S siempre.

		Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Siempre
1.	Paso tiempo hablando con miembros de mi familia.	N	A	F	S
2.	Voy en bicicleta a la casa de mi amigo o doy vueltas.	N	A	F	S
3.	Consulto a el medico cuando no me siento bien.	N	A	F	S
4.	Hago ejercicio vigoroso por 20 minutos o más de 3 día a la semana (aeróbics, caminata rápida, corre, saltar la cuerda, andar en bicicleta o nadar)	N	A	F	S
5.	Duermo 6-8 horas en la noche.	N	A	F	S
6.	Siento que estoy madurando emocionalmente.	N	A	F	S
7.	Felicito a otros cuando hacen algo bien.	N	A	F	S
8.	Evito "dulces" u otros alimentos altos en azúcar.	N	A	F	S
9.	Leo artículos acerca de mejorar la salud.	N	A	F	S
10.	Tomo leche descremada o baja en grasas	N	A	F	S
11.	Tomo tiempo para relajarme por 15 – 20 minutos cada día.	N	A	F	S
12.	Hablo con amigos íntimos acerca de mis problemas.	N	A	F	S
13.	Como cereales si agregar azúcar.	N	A	F	S
14.	Pregunto a los profesionales médicos para entender sus instrucciones acerca de mi salud	N	A	F	S

15.	Participo en actividades recreativas o deportes.	N	A	F	S
16.	Acepto aquellas cosas en mi vida que no puedo cambiar.	N	A	F	S
17.	Estoy emocionado (a) por el futuro.	N	A	F	S
18.	Paso tiempo con amigos (as) íntimos.	N	A	F	S
19.	Como 2-4 porciones de fruta al día.	N	A	F	S
20.	Asisto a programas en la escuela acerca de cómo prevenir problemas de salud y mejorar la salud.	N	A	F	S
21.	Me agrado y soy feliz como soy.	N	A	F	S
22.	Como 3-5 porciones de vegetales al día	N	A	F	S
23.	Tomo tiempo para mi mismo para hacer algo que me gusta.	N	A	F	S
24.	Trabajo por metas importantes en mi vida.	N	A	F	S
25.	Como 2-3 porciones al día de productos lácteos bajos en grasas (leche baja en grasa, yogur o queso sin grasa o bajo en grasas).	N	A	F	S
26.	Camino o hago algo activo durante mi hora de comida.	N	A	F	S
27.	Encuentro cada día interesante y desafiante.	N	A	F	S
28.	Abrazo a los miembros de mi familia y ellos me abraza.	N	A	F	S
29.	Elijo pollo o pescado en lugar de carnes res o puerco para comer.	N	A	F	S
30.	Resuelvo los conflictos a través de discusión o platicas en lugar de luchas o peleas.	N	A	F	S
31.	Participo en juegos activos con mi familia (baloncesto, softball, voleibol, tenis, nadar etc.)	N	A	F	S
32.	Busco orientación del consejero o maestro escolar (tutor escolar) cuando lo necesito.	N	A	F	S
33.	Mantengo mi peso para no estar excedido o falta de peso.	N	A	F	S
34.	Hago preguntas al doctor o la enfermera acerca del cuidado de mi salud.	N	A	F	S
35.	Trato de pensar en cosas agradables cuando me duermo.	N	A	F	S
36.	Hago un esfuerzo especial para ser útil con los	N	A	F	S

	demás.				
37.	Fijo metas que puedo alcanzar.	N	A	F	S
38.	Veo programas de televisión acerca de mejorar la salud.	N	A	F	S
39.	Me siento bien conmigo mismo cuando hago algo bien.	N	A	F	S
40.	Hago ejercicio hasta que mi corazón late fuerte y sudo.	N	A	F	S
41.	Bebo seis (6) o más vasos de agua al día.	N	A	F	S
42.	Discuto mis problemas con alguien de mi familia para tratar de resolverlos.	N	A	F	S
43.	Utilizo diferentes estrategias o formas para no consumir alcohol (cerveza, vino, licor)	N	A	F	S
44.	En lugares cerrado restaurantes y cafeterías me siento en la zona de no fumadores.	N	A	F	S
45.	Estoy consciente e que la mezcla de consumir alcohol y conducir un auto produce accidentes graves.	N	A	F	S
46.	Utilizo diferentes estrategias o formas para no fumar.	N	A	F	S
47.	Estoy consciente de que iniciar el consumo de alcohol en la adolescencia, lleva a involucrarse con las drogas, con más facilidad, que cuando no se bebe alcohol.	N	A	F	S
48.	Estoy consciente de que no debo fumar, por los daños que produce a mi salud.	N	A	F	S
49.	Para divertirme con mis amigos no necesito consumir alcohol.	N	A	F	S
50.	Cuando estoy con alguien que esta fumando, le recomiendo no lo haga por su salud y por la mía.	N	A	F	S

Apéndice E**Escala de Respuesta PEVA****N= NUNCA****A= ALGUNAS VECES****M= CON FRECUENCIA****R= SIEMPRE**

Apéndice F

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

Cédula de Datos Personales en Adolescentes (CEDPA)

No. de Cuestionario _____ Fecha de aplicación _____
Día/Mes/Año

Dependencia Universitaria _____

I. Datos Personales Biológicos

1. Edad: en años cumplidos ____ 2. Sexo: Masculino __ Femenino __
3. Peso ____ 4. Talla ____ 5. IMC _____

II. Datos Personales Socioculturales

6. Años de escolaridad ____
7. Estado civil 1 con pareja ____ 2 sin pareja ____
8. Religión que profesa _____
9. Frecuencia con que participa en actividades religiosas de su iglesia
2 ó 3 veces por semana ____ 1 vez por semana ____
Ocasionalmente o 1 vez al mes ____ Nunca participa ____

Gracias por su participación

Apéndice G

TECNICAS Y PARAMETROS DE NORMALIDAD EN MEDICIONES BIOLOGICAS

- **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 al Acta de Pediatría de México 2001 (Saucedo Molina & Gómez, 2001) (Tabla 1)

Tabla 15

Clasificación de índice de masa corporal (Saucedo Molina & Gómez, 2001)

Clasificación	Talla baja	Talla Normal
Peso bajo	15	>18.9
Normal	19	<22.9
Sobrepeso	23	>27
Obesidad	27	<27

Cartas de Autorización de las Instituciones Participantes

8 de Febrero de 2002

Dra. Bertha Cecilia Salazar González
Facultad de Enfermería
Coordinadora de Investigación
Universidad Autónoma de Nuevo León


Estimada Dra. Salazar:

Reciba un cordial saludo de mi parte.

En respuesta a la solicitud de la Lic. **NIDIA PORRAS SALAS**, para hacer una encuesta de investigación con los alumnos de este plantel, quiero decirle que está autorizado.

Sin otro asunto que tratar por el momento, quedo de usted.

Atentamente,


Prof. Israel Escobedo Díaz
Director General

IED*jts



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

PREPARATORIA N° 6

DRA. BERTHA CECILIA SALAZAR GONZALEZ
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE ENFERMERIA.
Presente.-

Por el presente conducto y después de expresar a Usted, nuestro afectuoso saludo, deseamos manifestarle que por nuestra parte no existe inconveniente en la realización del estudio de Investigación, en nuestra Dependencia por la Lic. en Enfermería NYDIA PORRAS SALAS, y solamente sugerimos en lo posible que los cuestionarios a aplicar sean efectuados fuera del horario de clases.

Sin otro particular y agradeciendo de antemano las atenciones que se sirva prestar al presente.



Atentamente

“ALERE FLAMMAM VERITATIS”
Montemorelos, N. L., 29 de enero del 2001.

EL DIRECTOR

DR. J. JESUS MORENO RODRIGUEZ
DIRECCION

educación
POR LA VIDA

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

María Nydia Porras Salas

Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria

Tesis: AUTOEFICACIA Y ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD EN ADOLESCENTES DE UNA ÁREA SUBURBANA DE NUEVO LEÓN

Campo de Estudio: Enfermería Comunitaria

Biografía:

Datos Personales: Nacida en la Ciudad de Montemorelos, Nuevo León el 1 de Enero de 1952, hija de Francisco Porras Casas y Florinda Salas Sepúlveda.

Educación:

Egresada del Colegio Vocacional Montemorelos, Incorporado a la Universidad Autónoma de Nuevo León en la carrera de Enfermería General, posteriormente complementario de Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Montemorelos, Nuevo León.

Experiencia Profesional:

Enfermera Jefe de Sala de Hospitalización, Jefe del Area Quirúrgica y Jefe de los Servicios de Enfermería, actualmente Supervisora del Area de Consulta Externa en el Hospital La Carlota de Montemorelos, Nuevo León.



