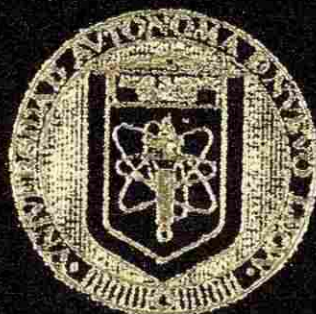


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA



ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS  
DE SALUD

TESIS

QUE CON OPCION AL GRADO DE:  
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA CON  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA COMUNITARIA

PRESENTAN:

LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO  
LIC. EN ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO  
LIC. EN ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR

MONTERREY, N. L.

MAYO DE 1993

TM

Z6673

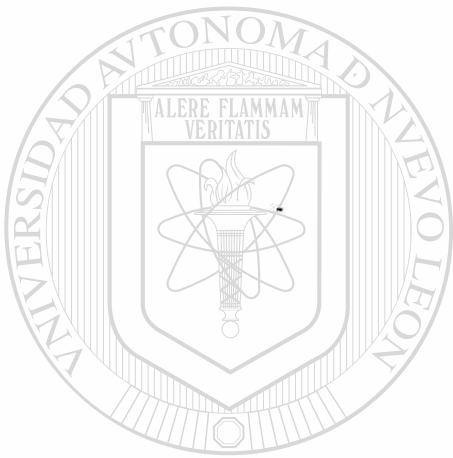
FSP

1993

A4



1020072019



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

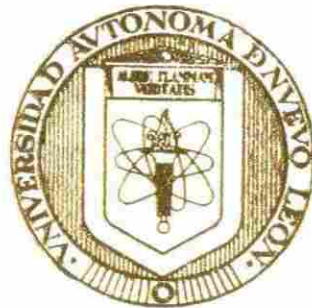
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE SALUD PUBLICA



ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS  
DE SALUD

TESIS

UANL

QUE CON OPCION AL GRADO DE:  
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN  
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  
ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA COMUNITARIA

PRESENTAN:

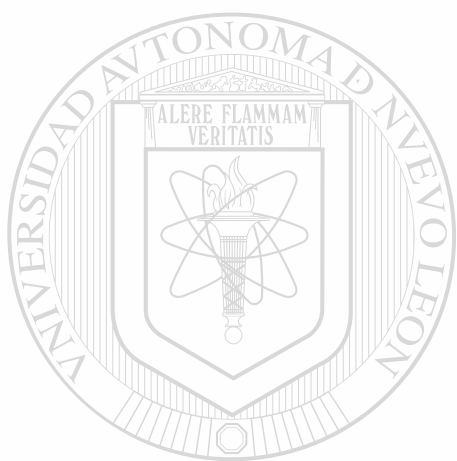
LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO  
LIC. EN ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO  
LIC. EN ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR

MONTERREY, N. L.

MAYO DE 1993

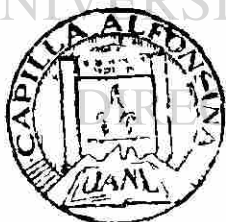


TM  
Z6673  
FSF  
133  
A4



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

FONDO TESIS

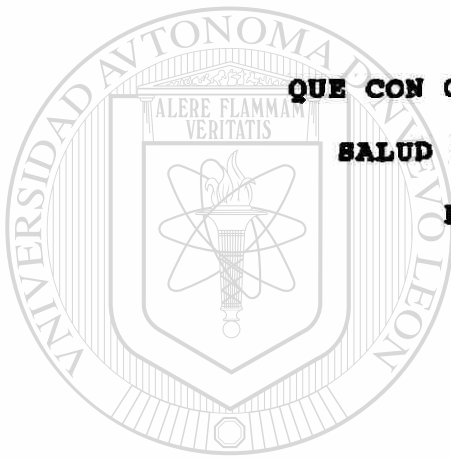
24300

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE SALUD PUBLICA**

**ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD**

**TESIS**



**QUE CON OPCION AL GRADO DE MAESTRIA EN  
SALUD PUBLICA CON ESPECIALIDAD EN  
ENFERMERIA COMUNITARIA**

**PRESENTAN:**

**UANL**

---

**LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO**

**LIC. EN ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO**

**LIC. EN ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR**

**Monterrey, N.L., Mayo de 1993**

## **AUTORES**

Lic. en Enf. Ma. Magdalena Alonso Castillo

Lic. en Enf. Juan Manuel Martínez Maldonado

Lic. en Enf. Lucio Rodríguez Aguilar

## **ASESOR**

Lic. en Enf. Esther C. Gallegos de Hernández, M.A.

## **COMITE DE TESIS**

Dra. Liliana Tijerina de Mendoza, M.S.P.

Dr. Esteban Ramos Peña M.S.P.

Lic. Esther C. Gallegos de Hernández, M.A.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





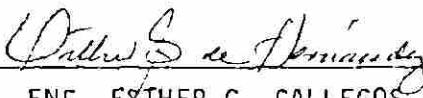
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE SALUD PUBLICA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

DR. EDUARDO AGUIRRE PEQUEÑO Y YURIRIA TELS. 48-60-80 Y 48-43-54  
COL. MITRAS CENTRO C. P. 64460 MONTERREY, N. L. MEXICO

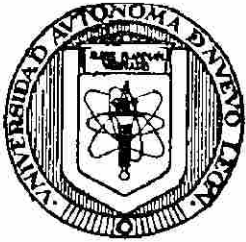
DICTAMEN DEL COMITE DE TESIS

El Comité de Tesis de la División de Estudios de Post-Grado, acordó A P R O B A R la Tesis para la obtención del Grado de Maestría en Salud Pública con - - ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA COMUNITARIA titulada: "ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD" presentado por LIC. EN ENF. MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO  
LIC. ENF. JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO  
LIC. ENF. LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR asesorada por LIC. ENF. ESTHER C. GALLEGOS DE HERNANDEZ

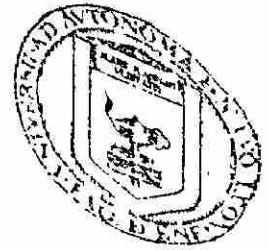
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
Atentamente,  
Monterrey, N.L. 13 de Mayo de 1993. ®  
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS  
"ALERE FLAMMAM VERITATIS"

  
LIC. ENF. ESTHER C. GALLEGOS DE H.   
DRA. LILIANA TIJERINA DE MENDOZA, MSP.

  
DR. ESTEBAN G. RAMOS PEÑA, MSP.



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
 FACULTAD DE ENFERMERIA  
 "PROGRAMA DESARROLLO E INNOVACION DE ENFERMERIA"  
 AV. GONZALITOS No. 1500, COL. MITRAS CENTRO  
 TEL. 48-18-47 Y 48-63-28  
 64460 MONTERREY, N. L., MEXICO



OFICIO NUM. ....

EXP. ....

DR. JOAQUIN ESPINOSA BERMUDEZ  
 JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE  
 POST-GRADO DE LA FAC. DE SALUD PUBLICA  
 DE LA U.A.N.L.,  
 P R E S E N T E .-

Estimado Dr. Espinosa:

Por este conducto me permito informar a Usted que los Licenciados en Enfermería MA. MAGDALENA ALONSO CASTILLO, JUAN MANUEL MARTINEZ MALDONADO Y LUCIO RODRIGUEZ AGUILAR, han concluido su Tesis "Estilos de Vida y Uso de Servicios de Salud" bajo mi asesoría. Los mencionados maestros son candidatos a obtener el grado de Maestría en Salud Pública con especialidad en Enfermería Comunitaria, por lo que en mi calidad de asesor apruebo su Tesis y me permito solicitar a Usted se le autorice continuar con los trámites conducentes.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mis más atentas consideraciones.

Monterrey, N.L., a 17 de Mayo de 1993.

"ALERE FLAMMAM VERITATIS"

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

*Esther C. Sallegos de Hernandez*  
 LIC. EN ENF. ESTHER C. SALLEGOS DE HERNANDEZ  
 COORDINADORA DEL PRODIE



PROGRAMA DESARROLLO E  
 INNOVACION DE ENFERMERIA



## **Agradecimientos**

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la UANL en particular a la Lic. en Enf. Mariana Lopez de Laredo por el apoyo brindado en el desarrollo de la presente tesis.

A la Dra. en Medicina Adela Castillo de Onofre por su eficiente y extraordinaria asesoría estadística.

A Lic. en Enf. Santiago Esparza Almanza y Lic. en Enf. Nora R. Allen Hermosillo, por el magnífico trabajo estadístico realizado

A el Comité de tesis de la Facultad de Salud Pública de la UANL.

Dra. Liliana Tijerina de Mendoza M.S.P.

Dr. Esteban Ramos Peña M.S.P.

Lic. Esther C. Gallegos de Hernández M.A.

Por su asesoría académica y de investigación.

A la Sra. Julieta Moreno Ulloa, Sra. Eladia Zamora, Srita. Martha Nájar por su trabajo de captura y mecanografía.

A nuestros compañeros y amigos de Departamento de Salud Pública, por su compromiso con la Enfermería y por la Salud de la Comunidad.

A nuestras amigas que se han ido, por todo lo que aprendimos de ellas y lo que nos brindaron como personas.

Lic. en Enf. Ma. Teresa Escobedo de Haro +

Lic. en Enf. Amparito Perez Elizondo +



# INDICE

## Capitulo I Hoja

1. Introducción..... 2

## Capitulo II

2. Problema de investigación..... 4
- 2.1 Justificación..... 4
- 2.2 Variables de estudio..... 6
- 2.3 Definición de términos..... 7
- 2.4 Objetivos..... 8

## Capitulo III

3. Marco Teórico..... 8
- 3.1 Tabaquismo..... 14
- 3.2 Alcoholismo..... 16
- 3.3 Ejercicio..... 18
- 3.4 Obesidad..... 19
- 3.5 Servicios de salud..... 21

## Capitulo IV

- 
4. Hipótesis..... 24

## Capitulo V

5. Material y Métodos..... 25
- 5.1 Metodología..... 25
- 5.2 Sujetos..... 25
- 5.3 Material..... 26
- 5.4 Procedimiento..... 27
- 5.5 Implicaciones éticas..... 28

Capítulo VI

6.	Presentación y Análisis de Resultados.....	29
6.1	Descripción de Resultados.....	29
6.2	Análisis Estadístico.....	46
6.3	Comprobación de Hipótesis.....	92

Capítulo VII

7.	Resultados.....	96
7.1	Discusión.....	96
7.2	Conclusiones.....	99
7.3	Recomendaciones.....	100

	Referencias Bibliográficas.....	101
--	---------------------------------	-----

Anexos.

Anexo 1.-	Operacionalización de las Variables del Estudio
Anexo 2.-	Encuesta
Anexo 3.-	Instructivo para la Cédula de Entrevista
Anexo 4.-	Presupuesto
Anexo 5.-	Programa de Captura de Datos

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



## Capítulo I.

### INTRODUCCION

Las conductas promotoras de salud son actividades continuas que deben formar parte integral del estilo de vida de un individuo. Los ejemplos de conductas que las personas pueden realizar para la promoción de la salud incluyen el ejercicio físico, evitar el consumo de tabaco y alcohol, mantenerse en un peso normal y alimentarse correctamente. Estas conductas o estilos de vida saludables permiten llevar a las personas hacia niveles más altos de salud y de bienestar (Pender 1989).

Existe un vacío importante en el conocimiento de las conductas de salud en todos los grupos de edad. Se tienen evidencias científicas que sugieren que estas conductas o estilos tienen un carácter multidimensional, y se han analizado bajo distintas teorías y modelos (teóricos) de las ciencias sociales y de la salud que permiten conocer algunas razones o intereses de las personas para realizar conductas saludables.

Los autores de este trabajo consideran que el Modelo de Creencias de Salud (MCS) desarrollado por Rosenstock (1974) proporciona un marco teórico que permite explorar las creencias que motivan a la gente a desarrollar estilos de vida saludables. Estas conductas también pueden estar relacionadas con el uso de servicios de salud.

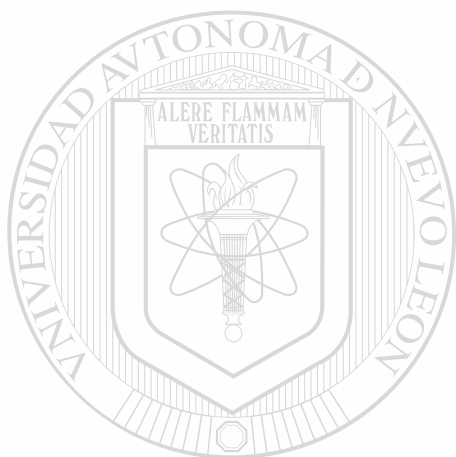
El Programa Nacional de Salud 1990 - 1994 señala como problema prioritario de salud pública la persistencia de conductas nocivas a la salud que están relacionadas con el incremento de enfermedades crónicas y degenerativas, motivos por los cuales establece como estrategias de acción el fomento y promoción de estilos de vida que favorezcan el bienestar, y la utilización de los servicios de salud. El Programa de Investigación en Salud, señala como estrategia estudiar aquellos problemas que la salud pública considera prioritarios. De tal manera que esta temática de estudio es prioritario por su magnitud, trascendencia social, vulnerabilidad y factibilidad.

En el campo de la enfermería comunitaria se ha definido como meta el promover el bienestar de la población utilizando diversas estrategias entre las que se encuentran la educación y fomento del autocuidado para desarrollar conductas saludables que les ayude a tener una mejor calidad de vida. Estudiar los estilos de vida saludables permitirá a la enfermería comunitaria tener bases científicas para desarrollar programas de educación y autocuidado de la salud.



Los autores del presente estudio consideran de interés profesional, la aproximación científica de esta temática para tener las explicaciones objetivas de lo que mueve a las personas a tener determinados estilos de vida y a utilizar los servicios de salud de promoción y prevención.

En un futuro se podrá además reorientar la práctica de la enfermería comunitaria en el área de promoción de la salud y en desarrollar estrategias para que la población utilice los servicios de salud a los que tiene derecho y los que pueden ser un factor que estimule el bienestar colectivo. Los intereses personales están dados en el compromiso con la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L. de concluir los estudios de postgrado para responder con calidad en la labor docente y de investigación.



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## Capítulo II.

### 2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

#### 2.1 Justificación

Actualmente en los países desarrollados se estima que cuando menos la mitad de las muertes 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, disminuyendo no sólo la posibilidad de una vida saludable y productiva, sino que aumenta la morbilidad y mortalidad.

estudios epidemiológicos realizados por la O.M.S. en 1989 revelan que aproximadamente el 50 por ciento 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.

En nuestro país la tendencia de mortalidad de 1970 a 1983 ha experimentado grandes cambios (Soberón 1988) las tasas muestran tres grupos de causas de defunción que son: las que tienden a disminuir, las que se mantienen estables y las que muestran un incremento en su frecuencia. Las reducciones más acentuadas se observan en las enfermedades infecciosas como la neumonía y las enfermedades diarreicas que ocupan el quinto lugar (36.5 por 100,000 hab.) y tercer lugar (45.8 por 100,000 hab.) respectivamente. Los aumentos se observan en enfermedades del corazón en primer lugar (68.1 por 100,000 hab.), accidentes en segundo lugar (61.4 por 100,000 hab.) y tumores malignos en cuarto lugar (41.0 por 100,000 hab.), además de ingresar a la tabla de las primeras diez causas de muerte la diabetes mellitus (25.3 por 100,000 hab.), la cirrosis hepática (22.2 por 100,000 hab.) y los homicidios (17.3 por 100,000 hab.).

Este panorama apunta un desplazamiento hacia problemas de salud que afectan a grupos de más edad y hacia la reducción de la mortalidad en la infancia. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en países industrializados y emergen como problema de salud pública. La cardiopatía isquémica es la causa más importante de incapacidad y muerte prematura, afecta a grandes segmentos de la población y en su génesis se asocian ciertas características de estilos de vida tales como alimentación, tabaquismo e inactividad física. De modo más específico el Programa Nacional de Salud de 1990, habla de hipercolesterolemia, hipertensión arterial y tabaquismo como factores de más alto riesgo; de mediano riesgo la obesidad y la diabetes. Lo expresado sobre enfermedades cardiovasculares también es válido para problemas cerebrovasculares.

Es importante mencionar que los estados de la frontera de México tienen estos problemas 5 veces más altos que en el resto de la República; en 1986 se tuvo el 17 por ciento del total de muertes mientras que la media nacional era de 9.3 por ciento.

El Sub-Programa de Prevención y Control de Enfermedades plantea como estrategias de acción: la educación a la sociedad para evitar factores de riesgo y reorientar en los estilos de vida a la población, la detección clínica y valoración de riesgos, y el seguimiento de las personas en riesgo, son ejemplos de cómo nuestro país se interesa en este nuevo enfoque de la promoción de estilos de vida saludables.

Estudios recientes realizados en México por Lozano y Escamilla (1990) revelan un perfil epidemiológico con tendencia ascendente de enfermedades crónicas degenerativas; en particular enfermedades del corazón, tumores malignos, accidentes y diabetes mellitus, mostrando cierta relación con la presencia de factores de riesgo y patrones de conducta desfavorables para protección de la salud. En Nuevo León la mortalidad general en 1990 fue de 3.8 por 1,000 según datos de la Secretaría Estatal de Salud y se encontraron como causas de muerte las enfermedades del corazón en primer lugar, representando el 28 por ciento de las defunciones; los tumores malignos con un 20 por ciento del total de muertes; Diabetes Mellitus un 12 por ciento, accidentes un 12 por ciento y en quinto lugar enfermedades cerebrovasculares con un 10 por ciento. Este perfil está más relacionado con las regiones en desarrollo e indican la presencia de factores de riesgo relacionados con las conductas de los individuos y una mayor esperanza de vida (73 años).

El identificar y analizar los estilos de vida de una población permitirá elaborar programas que respondan a dichos patrones y tengan el efecto deseado en la promoción, protección y fomento de autocuidado.

En los Programas de Salud se debe reconocer que los individuos constantemente toman decisiones con respecto a sus estilos de vida y a la búsqueda de atención a la salud preventiva, curativa y de rehabilitación. Estas decisiones que llevan a los individuos a iniciar o mantener conductas saludables tienen su origen en su cultura y en sus motivaciones.

La promoción y protección de la salud según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) representa un movimiento renovador de la salud pública que implica acciones educativas, regulatorias y cambios ambientales capaces de fomentar el bienestar y modificar positivamente estilos de vida, los cuales están asociados causalmente con la incidencia de enfermedades crónicas.



La factibilidad de mejorar los estilos de vida comprenden desde el conocimiento de ellos, el emprender acciones educativas y el fomentarlas desde la infancia, de tal manera que en la adolescencia, adultez y vejez se practiquen en beneficio de la salud.

La importancia del estudio para el campo de la salud pública esta dado en virtud de que el conocimiento de los estilos de vida de una población así como la utilización de los servicios de salud por parte de esta, facilitará la determinación de factores sociales, conductuales y culturales asociados con el uso o no de servicios de promoción y prevención. El conocer que modos de vida prevalecen en las comunidades urbanas marginadas también permitirá conocer los problemas de salud más frecuentes y sobre cuales se debe actuar a través de programas de salud, educativos y de mejoramiento del medio ambiente.

A través de la observación cotidiana en el campo y en los servicios de atención primaria, se han identificado debilidades en el proceso de prestación de servicios; se da poca importancia a las conductas, hábitos y costumbres de la población las cuales inciden en los perfiles de morbilidad y mortalidad. Las acciones educativas casi siempre prescriptivas, orientan sólo sobre las conductas correctas ó idóneas en salud, sin analizar que éstas obedecen a motivaciones ó a patrones aprendidos, difíciles de cambiar. La salud comunitaria es el campo de responsabilidad de los especialistas en salud pública y debe ser estudiada no sólo a partir de los daños a la salud, sino también de las conductas comunes de los ciudadanos que pueden transformarse en factores de riesgo.

Estos son los razonamientos que llevan a proponer el estudio del problema enunciado a continuación.

¿Qué relación existe entre los estilos de vida saludables y el uso de servicios de salud en adultos de 18 a 59 años que residen en la Colonia Nuevo San Miguel de Guadalupe, Nuevo León?

## 2.2 Variables de Estudio

- a) Estilos de vida saludables (independiente)
- b) Uso de los servicios de salud (dependiente)

## 2.3 Definición de Términos

- a) Estilos de vida saludables.  
Son conductas que se realizan diariamente como resultado de un proceso aceptado que propicia la promoción y protección de la salud. Entre ellas se tiene: evitar fumar, evitar la ingesta de bebidas alcohólicas, ejercitarse frecuentemente, mantener el peso en límites recomendables.

- b) **Uso de los servicios de salud.**  
Es la utilización de los servicios de salud por parte de la población. Estos servicios pueden ser de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- c) **Usuarios adultos.**  
Son aquellas personas de 18 a 59 años de edad hombres o mujeres que solicitan y reciben servicios: preventivo, curativo y/o de rehabilitación, en el Centro de Salud DIF Nuevo San Miguel.
- d) **Suceptibilidad.**  
Es el riesgo percibido por la persona de caer en cierto estado ya sea negándolo, admitiendo una posibilidad o una probabilidad.
- e) **Severidad.**  
Es la preocupación de la persona de que cierta conducta produzca consecuencias en su salud y su vida.
- f) **Beneficios Percibidos.**  
Es la creencia del individuo de que las acciones que emprende serán efectivas para reducir la amenaza de enfermedad.
- g) **Barreras.**  
Son actitudes, acciones no placenteras o fuerzas negativas que producen un conflicto y que entorpecen las acciones.
- h) **Autoeficacia.**  
Es la convicción de que la persona puede exitosamente ejecutar una acción y tener los resultados deseados.

#### 2.4 Objetivo General

Conocer los estilos de vida de los adultos de 18 a 59 años de ambos sexos para identificar si existe relación entre ellos y el uso de servicios de salud.

##### **Objetivo Específico**

- a) Identificar el perfil de estilos de vida en adultos de 18 a 59 años de edad en hombres y mujeres.
- b) Determinar el nivel de susceptibilidad, severidad, beneficios, barreras y autoeficacia que cada estilo de vida presenta.

- c) Conocer el tipo de servicios de salud que utilizan los adultos de 18 a 59 años de ambos sexos.

### Capitulo III.

#### 3. MARCO TEORICO

A pesar de los grandes avances en tecnología de la salud y del conocimiento biomédico, los efectos (de ellos) en la incidencia de las enfermedades crónicas y degenerativas sólo las han reducido en forma limitada. Como resultado de esta situación se ha producido un movimiento creciente por las medidas preventivas y una tendencia a ubicar que el descenso en la mortalidad por problemas cardiovasculares y crónicas no se asocia a los adelantos médicos, sino a el cambio de actitudes de la comunidad hacia alimentación, tabaco y condición física. (Holland, 1986)

Por otra parte, Hamburg, (1987) reconoce cada vez más la necesidad de estudiar el comportamiento humano a fin de aclarar las causas subyacentes del comportamiento. Actualmente las enfermedades de mayor prioridad están relacionadas con el comportamiento individual, en particular con sus pautas a largo plazo, es decir con lo que se denomina modo o estilos de vida.

Estudios epidemiológicos en países desarrollados demuestran que aproximadamente la mitad de la mortalidad en las 10 principales causas de defunción pueden asociarse con comportamientos nocivos a la salud como el tabaquismo, excesivo consumo de alcohol, alimentos, el sedentarismo, e imprudencias en la conducción de automóviles.

Algunos estilos de vida que se consideran significativos son el hábito de fumar identificado como causa de enfermedades cardiovasculares y el cáncer. El problema de la nutrición se asocia desde la disponibilidad y mal uso de los alimentos con desnutrición y obesidad. El sedentarismo, la dieta alta en grasas y sobre peso con la diabetes.

Los profesionales de la salud están interesados en ayudar a los niños y jóvenes a formar hábitos positivos de salud en su vida, pues están conscientes de que la promoción de estilos de vida saludables en etapas tempranas de la vida, lleva la promesa de una mejor salud y calidad de vida en la adultez y vejez.

Existe una brecha importante en el conocimiento de las conductas de salud en todos los grupos de edad, se piensa que la conducta de salud de los adultos es multidimensional, con ninguna o escasa correlación entre los conjuntos de esos estilos de vida (Kulbok, 1985).

Langlie (1989) señaló un concepto bidimensional de la conducta de salud, describiendo que un grupo de estilos de vida tienen riesgo directo tales como manejar, higiene personal y el tabaquismo. Otro grupo de estilos de vida tienen riesgo indirecto e incluye uso de cinturón de seguridad, inmunizaciones, chequeos médicos, dentales, el sobrepeso y el ejercicio.

Harris y Gluten (1989) reportaron cinco conjuntos de estilos de vida como: prácticas de salud personal, prácticas de seguridad, atención preventiva, evasión del peligro ambiental y evasión de sustancias dañinas (alcohol, tabaco y drogas).

Kulbok (1985) reportó cinco grupos de conductas de salud basados en el análisis de factores de una muestra probabilística (nivel nacional adultos): conducta dental, de chequeo, consumo dañino (alcohol y cigarro) conducta de protección de salud (consumo limitado de carne, vitaminas, uso del cinturón de seguridad) y conducta de acondicionamiento (ejercicio, control de peso y sueño). Hay solo dos patrones comunes en estas dimensiones empíricamente identificadas que son las conductas de evasión de uso de sustancias dañinas (alcohol y cigarro) con la conducta de uso de atención preventiva de salud reportados por Harris y Gluten (1989) y Kulbok (1985).

Newell y Withrow (1986) en un estudio sobre factores socio-demográficos asociados a una amplia gama de estilos de vida promotores de salud en jóvenes encontró que las mujeres realizan más conductas de higiene, relajación y autocuidado que los hombres. El estado socioeconómico alto también se relaciona con mejores conductas y la afiliación religiosa reportó mayor desempeño de estilos de vida saludables.

La encuesta nacional de salud en norteamérica conducida de 1966 a 1970 en jóvenes de 12 a 17 años sobre (el perfil de) estilos de vida de la gente al final de la década de los sesenta, reportó que el 60 por ciento desean tener una salud excelente o muy buena, el 20 por ciento registro sobrepeso, el 14 por ciento fumaba regularmente. En 1980, Dillman reportó que el 63 por ciento de los jóvenes bebían y el 25 por ciento eran fumadores, y estos jóvenes no asociaban el uso del alcohol con resultados negativos en la salud.

Stiffman (1987) en un estudio de correlación entre uso de alcohol y drogas en pacientes jóvenes sugirió que los muchachos tienen mayor probabilidad que las muchachas de usar alcohol y drogas, y esto concuerda con las conductas de los adultos. También se ha estudiado por Saucier (1983) que los varones hacen mas ejercicio que las mujeres, y ellas generalmente tienen mejores hábitos dietéticos.

En un estudio sobre estilos de vida de Kulbok de 1984 a 1986 en adolescentes y otro estudio en 1985 realizado en adultos mostró las conductas problema de riesgo (consumo de sustancias dañinas) un 21 por ciento de consumo de tabaco diario, y un 34 por ciento de consumo de alcohol, un 20 por ciento tenía sobrepeso, y un 39 por ciento realizaba ejercicio. En relación al uso de servicios preventivos, un 41 por ciento acudió al dentista en el último año, y un 63 por ciento se realizó un examen físico sin estar enfermos. Estos datos llevaron a concluir que los estilos de vida son un proceso de socialización de los jóvenes sobre las normas o conductas de los adultos y que esta socialización ocurre respecto a conductas saludables y dañinas.

Las evidencias de estudios relacionados a estilos de vida que promueven la salud y que comprometen la salud de la gente es limitada todavía, sin embargo, se tiene entendido que el predominio de conductas como uso de alcohol, de tabaco, sobrepeso, sueño y hábitos alimenticios están asociados a la mortalidad de adultos según Breslow (1980).

La conducta promotora de salud es clave en el concepto de promoción de la salud según Palank (1991) la tendencia reciente hacia la percepción de la gente de los estilos de vida ya no esta a discusión, las mejorías en los niveles de salud se logran solo a partir de los cambios en los patrones personales de conducta de salud.

Según la OMS las conductas promotoras de salud se definen como aquellas que inicia cualquier persona en cualquier grupo de edad para conservar e incrementar su bienestar, la autoactualización y la satisfacción personal. Los estilos de vida saludables o promotores de salud se definen como un patrón multidimensional de acciones, y percepciones del propio individuo que sirve para conservar o fomentar el nivel de bienestar autoactualización y satisfacción a las necesidades personales.

Wlmer (1984) y Milio (1986) han definido estilo de vida como el conjunto de patrones desarrollados como reacción a las influencias ambientales y en concordancia con las opciones disponibles y las circunstancias socioeconómicas. Por lo tanto al hablar de estilos de vida es necesario concentrarse no solo en la responsabilidad del individuo, sino también del contenido socio-cultural de la conducta. Según Pender (1989) la probabilidad de que ocurra un estilo de vida promotor de salud depende de la combinación de factores cognoscitivos y perceptuales del individuo (definición de salud, percepción de salud, control, autoeficiencia y beneficios) de factores modificadores (variables demográficos, factores situacionales y de conducta) y probabilidad de acción (decisiones internas, consejo e información externa).

Este modelo dista mucho de ser concluyente sobre la influencia precisa de estas variables sobre las conductas o estilos de vida.



Existen diversos modelos teóricos para explicar las conductas relacionadas con la salud, existe convergencia en considerar las creencias como importantes para determinar una acción relacionada con la salud, y las conductas o cambios a estilos de vida. Estos cambios a estilos de vida se darán cuando los individuos perciban que: 1) la amenaza tanto a la salud como a su vulnerabilidad personal es alto, 2) preponderan la autoeficacia (capacidad de emprender una acción con éxito que reduzca la amenaza, 3) eficacia de reacción para superar amenazas, estos elementos surgen del modelo de creencias de salud de Rosenstock (1966) y del mecanismo de autoeficacia de Bandura (1986).

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) de Rosenstock proporciona un marco teórico de investigación que permite explorar por que las personas emprenden acciones para mantenerse sanos mientras que otras no lo intentan o fracasan.

El modelo fue visto potencialmente útil para predecir que individuos usarían y no usarían los servicios preventivos y sugerir intervenciones que aumenten el uso de servicios y acciones preventivas y protectoras de salud.

El modelo se deriva de la teoría de Lewin en donde se conceptualiza que "el espacio de vida en la que existe el hombre esta compuesto por regiones algunas con valencia positiva, negativas y neutras" donde la enfermedad es una región de valencia negativa que aleja a la persona de la región y las conductas (estilos de vida) preventivas evitan las regiones negativas.

Los resultados de los primeros estudios apoyaron parcialmente el potencial predictivo del modelo de Creencias de Salud, el que fue refinado por Becker (1974).

El modelo de Creencias de Salud plantea la hipótesis de que la acción que se emprende en este caso el uso de los servicios preventivos de salud esta relacionada a tres clases de factores.

- (1) La existencia de la motivación o preocupación por la salud, que hace relevante o sobresaliente los aspectos de salud.
- (2) La creencia de que uno es susceptible o vulnerable a un problema serio, condición, enfermedad o secuelas de esta (amenaza percibida).
- (3) La creencias de que el seguir recomendaciones, o indicaciones es de beneficio para reducir las amenazas percibidas a un costo relativamente aceptable; Este costo se refiere a barreras percibidas que se presentan en el intento de seguir indicaciones o recomendaciones.

En 1988 Rosenstock amplia su modelo de Creencias con las aportaciones de la Teoría del aprendizaje social la cual hace 2 contribuciones a las explicaciones de la conducta relacionada con la salud que no estaban incluidas en el modelo de creencias. Una de ellas es el énfasis en varias fuentes de información para adquirir expectativas entre las fuentes de información se consideran 4 que son: logros de realización o desempeño, la experiencia sustituta, la persuasión verbal y el estado fisiológico. Estas fuentes pueden ser consideradas si deseamos mover una conducta o mejorar los estilos de vida. Los logros del desempeño son las fuentes de mayor influencia de la información de la eficacia porque es basada en la experiencia o dominio personal. La experiencia sustituta se obtiene a través de la observación del desempeño exitoso o no exitoso de los demás. La persuasión verbal se emplea en la educación en salud, y puede influir en la expectativa de resultados o en los incentivos. Por último los estados fisiológicos como ansiedad, angustia, depresión pueden informar correctamente o no de que no es capaz de sostener una determinada conducta o acción.

La segunda contribución importante es el concepto de autoeficacia. La cual es definida como la convicción de que uno puede exitosamente ejecutar la conducta requerida para producir los resultados.

Esto se puede ejemplificar con los estilos de vida. Sin una persona o grupo de personas dejan de fumar, o de ingerir bebidas alcohólicas, estas deben creer que el dejar de hacer estas conductas beneficiara su salud (expectativa de resultado) y también que son capaces de dejarlo (expectativa de eficacia).

Sintetizando el modelo de Creencias de Salud tiene 3 componentes básicos que son percepciones individuales, (susceptibilidad y severidad) factores modificadores (variables demográficas, estructurales y sociopsicológicas) y variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios percibidos y barreras). Además de agregar un cuarto componente que sería la autoeficacia.

Para el presente estudio se consideraría el MCS en los siguientes aspectos: percepciones individuales (susceptibilidad y severidad), factores, modificadores (edad, sexo y ocupación) variables que afectan la probabilidad de iniciar una acción (beneficios, barreras y autoeficacia).

- Susceptibilidad. Esta varía ampliamente entre los individuos y se refiere a los riesgos subjetivos de contraer una enfermedad o de perder la salud.
- Severidad. Las comunicaciones concernientes a un problema de salud dado puede variar de persona a persona.

El grado de severidad puede ser juzgado por las dificultades que les traerá determinada condición de salud.

- Beneficios percibidos. La aceptación de la susceptibilidad propia a una enfermedad que se cree sana, ha probado ser una fuerza para llevar a la acción. Esta es influenciada por creencias que se refieren a efectividad de las acciones para reducir la amenaza de la enfermedad.
- Barreras percibidas. Son las creencias que tiene la persona acerca de que las acciones que hará para reducir la amenaza de enfermedad pueden ser inconvenientes, caras, poco placenteras, molestas y dolorosas.
- Autoeficacia. Se refiere a las creencias del individuo acerca de la capacidad que tiene de emprender acciones para reducir la amenaza de enfermedad de manera exitosa.

Los estilos de vida son una área del conocimiento que los investigadores en salud pública de nuestro país están estudiando a la luz de diversos enfoques culturales y epidemiológicos.

Lozano y Escamilla (1990) han estudiado la mortalidad por cardiopatía isquémica de 1950 a 1985 encontrando efectos de esta en la edad y una sobre mortalidad masculina en todos los grupos de edad; además de desigualdades por región. El Norte tiene un exceso de riesgo a morir 2.5 más en relación al Sur del país y sube a 3.0 en adultos de más de 60 años.

Los resultados sugieren que el incremento de mortalidad y las desigualdades de riesgo a morir, son reales. Por lo que se asocia este comportamiento de mortalidad a un incremento en la incidencia secundaria a una mayor exposición a factores de riesgo primarios y modificables como tabaquismo, colesterol sanguíneo e hipertensión arterial.

Las desigualdades en la mortalidad a medida que avanza el tiempo se denomina polarización epidemiológica y ha sido documentada en México para otros padecimientos por Bobadilla y Frenk (1990). La polarización sintetiza un proceso de inequidad que se expresa tanto en exposición a factores de riesgo como en la disposición y sobre todo la utilización de los servicios de salud por la población.

Otro estudio relacionado al cáncer en la mujer mexicana realizado en 1987 por Cisneros y Espinoza nos habla que la mujer en todas las edades es la más afectada con una relación de 1.4: 1 con respecto al varón, y sus tipos son cuello de útero (6.22), estómago (4.60), mama (3.50), cuerpo de útero (3.50), leucemias y

linfomas (3.20), pulmón, tráquea y brónquios (2.60) por 100 mujeres. Además de que la mujer postmenopáusica tiene mayor riesgo a morir.

Los factores que se han asociado a esta frecuencia van desde la higiene, el consumo de dietas altas en grasas, el sobrepeso, la hipertensión arterial hasta el uso de cosméticos y maquillaje. Todos estos elementos hablan de estilos de vida riesgosos para la salud. A continuación se explicitan las conductas que se estudiaran.

- a). **TABAQUISMO.** El tabaquismo es considerado como un factor asociado a numerosos problemas de salud crónicos, cáncer pulmonar como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer pulmonar, cardiopatía isquémica y úlceras gástricas, así como muerte fetal y neonatal según el Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos de América (1990). El tabaquismo es el estilo de vida que más se ha estudiado desde 1960 y se le relaciona en general con la mortalidad global; es tal la influencia letal del tabaco en la salud que cuando la gente deja de fumar sus riesgos de cardiopatía coronaria y cáncer de pulmón disminuyen. Un estudio prospectivo de veinte años realizado en médicos británicos de menores de 65 años de edad que abandonaron este hábito y la mortalidad de 1951 a 1971, se encontró una disminución de la mortalidad general en un 22 por ciento, la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón disminuyó en este lapso un 40 por ciento, la cardiopatía coronaria bajó un 23 por ciento según lo reportado por la Dirección General de Sanidad del Reino Unido.

Según la OMS en Suecia a partir de 1975 inició un programa de advertencia sanitaria sobre los efectos en la salud del tabaquismo; como resultado bajó la prevalencia de tabaquismo del 43 al 31 por ciento; en jóvenes de 13 años de edad y bajó del 14 al 5 por ciento en 1980. En Noruega también se adoptaron medidas similares en 1973 la prevalencia en hombres era de 52 por ciento y para 1982 descendió al 40 por ciento. En Norteamérica la proporción de fumadores declinó de un 42 por ciento a 33 por ciento de 1965 a 1980, en muchachos de 17 y 18 años bajó de un 30 por ciento en 1968 a 20 por ciento en 1979. En un estudio realizado por Colditz en Nueva Inglaterra (1988) de 120,000 mujeres vigiladas prospectivamente por ocho años el tabaquismo se asoció de manera firme con el riesgo de Accidente Vascular Cerebral (ACV) trombotico y hemorragia sub-aracnoidea.



En la cohorte de Framingham se relacionó el tabaquismo y la duplicación de riesgos de ACV, las tasas de incidencia bajaron considerablemente en dos años cuando dejaron de fumar y en cinco años volvieron a estar al nivel de no fumadores respecto al riesgo de ACV.

En el estudio realizado por Mercader en Barcelona (1991) se identificó la eficacia del consejo y orientación para dejar de fumar en un 18.2 por ciento. El 70.9 por ciento de los fumadores desean dejar de fumar prácticamente tres de cada cuatro fumadores, este porcentaje es similar en otros estudios realizados en España (Nebot 1990).

Los motivos para dejar de fumar son por su salud, la familia, autosatisfacción, independencia, ejercicio, ahorro y estética en ese orden y representó el 36.36 por ciento de los casos. El 20 por ciento de las personas tomaron conciencia de los beneficios de dejar de fumar.

En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1988 (SSA) el 22.8 por ciento consumía tabaco, el 25.8 por ciento había fumado al menos una vez en su vida, pero sin tener el hábito y el 45.4 por ciento manifestó que nunca había consumido tabaco.

En otro estudio realizado por el Colegio de Frontera en México, en 1989 se encontró que la prevalencia de fumadores en población urbana de 12 a 65 años es de 25.8 por ciento. Por sexo los hombres tienen una prevalencia de fumadores de 38.3 por ciento mientras que en mujeres es de 14.4 por ciento. Dentro de la población fumadora el mayor porcentaje se encuentra en el grupo de 18 a 29 años con el 42.4 por ciento. El 48.8 por ciento de la población que fuma a diario consume de 1 a 5 cigarrillos, el 34.4 por ciento es fumador fuerte, es de 6 a 15 cigarrillos y el 16.8 por ciento son dependientes del tabaco al fumar de 16 cigarrillos y más de manera cotidiana.

En la población masculina existe casi el doble de dependientes de tabaco que en la población femenina con 19.5 por ciento y 10.1 por ciento respectivamente. Dentro de los principales motivos de inicio en el hábito de fumar se encontró el 46 por ciento por curiosidad, el 34 por ciento porque los amigos y compañeros lo hacen. En cuanto a las razones para continuar fumando se tiene el 37 por ciento lo hace por costumbre y el 31 por ciento por gusto.

Las actividades en las cuales los fumadores refieren mayor consumo de tabaco son en orden de importancia asistir a reuniones (35.9 por ciento) al terminar de comer (15.3 por ciento) y al trabajar (14.8 por ciento).

Otros datos importantes respecto a los fumadores es que el 65 por ciento de ellos refieren haber intentado fumar menos y el 39.6 por ciento ha intentado dejar de fumar, sin conseguirlo.

La población exfumadora corresponde al 21.6 por ciento de los encuestados de los cuales el 26.9 por ciento es del sexo masculino y 16.8 por ciento del sexo femenino. Las razones para dejar de fumar son por decisión personal el 34.4 por ciento, y por considerar dañino a su salud el 26%. El 75.8 por ciento de los que dejaron de fumar lo hicieron de manera abrupta.

- b). **ALCOHOLISMO.** Algunas personas se sorprenden al ver que otras ponen en práctica estilos de vida autodestructivos relacionados con el consumo de alcohol y sustancias ilegales. Según Walsh (1991) por algún motivo los individuos con tendencia a volverse dependientes parecen carecer de controles internos y externos necesarios, de tal manera que cuando los golpean o abruman las adversidades recurren a ciertas sustancias para encontrar alivio temporal, sin embargo esta sustancia que produce alivio tiene un efecto contrario (a continuación) y sin embargo produce deseo irresistible de consumirlo.

Walsh (1991) indica que entre 1965 y 1980 la producción comercial total de bebidas alcohólicas, aumentó en casi un 50 por ciento y la producción por persona en algo menos del 15 por ciento.

En un tratado reciente sobre la epidemiología del alcoholismo Mulford (1982) realizó una valoración de la prevalencia del alcoholismo que oscilaba entre 2 por ciento a 50 por ciento de bebedores en Estados Unidos. Esta variabilidad hace necesario utilizar métodos directos e indirectos de medida de alcoholismo como la curva de Lederman y encuestas de hábitos de medida.

La Encuesta Nacional en Estados Unidos (1979) revela que un 70 por ciento de adultos son abstemios y son más las mujeres que los hombres en una relación de 3:1 a 4:1. Sin embargo Wilsnack y Klassen (en 1984) hallaron que el abuso de alcohol y sus consecuencias negativas eran más acusadas entre mujeres jóvenes de 21 a 34 años y se asociaban a depresiones, e historia de problemas de salud ginecobstetrica.



Las personas casadas parecen tener menos problemas con el alcohol que los solteros o divorciados. La ocupación también influye en la predisposición al consumo de alcohol.

La Encuesta Nacional de Adicciones realizada en nuestro país en 1988 arrojó los siguientes datos: en la población masculina de 18 a 65 años beben 6.5 veces más que las mujeres de esa misma edad y en la población de 12 a 17 años el hombre bebe 3.7 veces más que la mujer. El 4.3 por ciento de la población de 18 a 65 años es dependiente del alcohol, en los varones la proporción es de 10.7 por ciento, mientras que en las mujeres es de 0.6 por ciento.

El Distrito Federal es la entidad con mayor proporción de bebedores a nivel nacional (62.7 por ciento) y los estados de Aguascalientes, Colima, Jalisco, Nayarit y Zacatecas presentan el más alto índice de dependientes al alcohol en un 14 por ciento de población masculina especialmente del grupo de 18 a 49 años; mientras Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Veracruz presentaron un 9 por ciento de dependencia alcohólica.

Según el Colegio de la Frontera en la Encuesta Nacional realizada en 1989 en área urbana se encontró que en la población de 18 a 65 años el 53.5 por ciento de los hombres se embriagan cuando menos una vez por mes, y en las mujeres el porcentaje es inferior al 1 por ciento. Las bebidas de mayor consumo son la cerveza en 80 por ciento. El 5.9 por ciento del total de la población urbana en esa edad es dependiente del alcohol; para los hombres es de 12.5 por ciento y las mujeres 0.6 por ciento, en cuanto a la edad, en hombres la mayor prevalencia de dependientes es de 18 a 29 años y en relación a la escolaridad, a medida que este disminuye, aumenta el índice de dependientes al alcohol, así la población con menos de 6 años de escolaridad la prevalencia es de 6.7 por ciento, mientras que los que tienen 13 años o más de escolaridad se observa una prevalencia de 2.8 por ciento.

Del total de bebedores y exbebedores el 16 por ciento se vió involucrado en accidentes o violencias por lo menos una vez a causa de la bebida, el 14.9 por ciento reportó haber tenido problemas con su familia, y el 12.4 por ciento ha tenido problemas de salud.

Del total de bebedores el 35.8 por ciento tuvo problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses.

- c). **EJERCICIO.** Existe suficiente evidencia (Pender 1990) de que la inactividad física esta relacionada con el deterioro fisiológico y la enfermedad. Según Sperryn (1983) existe poca claridad que ciertos niveles de buen estado físico o de participación atlética otorguen beneficios específicos en términos de longevidad. La actividad física es benéfica para la salud en general y aunque no garantiza necesariamente al individuo una vida más larga puede mejorar la calidad de su vida y mejorar su estado físico, el cual se deteriora por la edad y la inactividad.

La buena condición física requiere participación sistemática automotivada en el ejercicio que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida. Según Winterton (1991) las tasa de arteriopatía coronaria se han incrementado de manera alarmante en los últimos decenios. En Estados Unidos la tasa anual de defunciones por enfermedad cardiovascular ha sido cercana a un millón durante cada uno de los últimos diez años.

Las pruebas obtenidas de los estudios epidemiológicos a largo plazo como el de Framingham (1983) ponen de manifiesto un enlace entre las características biológicas y los estilos de vida en la patogénesis de la enfermedad. Las personas no pueden cambiar las características biológicas pero si pueden modificar sus estilos de vida como el sedentarismo y la obesidad.

Según Blackburn (1983) la inactividad física se le ha relacionado con cardiopatía y accidente cerebrovascular, se sabe que el ejercicio puede tener un efecto adecuado sobre disminuir la presión arterial, mejorar la tolerancia a la glucosa y corrección de las fracciones de colesterol, factores de riesgo de estas enfermedades.

En un estudio realizado en el lugar de trabajo de empleados norteamericanos en edad de 20 a 65 años por Pender (1990) encontró que al aplicar el programa promotor de salud para realizar el ejercicio físico este disminuyó durante los tres meses del desarrollo del programa a pesar del fácil acceso a las instalaciones de acondicionamiento físico dentro del lugar de trabajo. Esta situación enfatiza la necesidad crítica de conocer que elementos motivan a iniciar y mantener una conducta saludable.

En jóvenes norteamericanos de 17 a 20 años se realizó una encuesta de estilos de vida por Kulbok (1988) y encontró que un 39 por ciento de ellos hacían deporte y que los muchachos tienen mayor conducta de acondicionamiento

físico que las muchachas, mientras que ellas reportan hábitos dietéticos mejores que los muchachos.

Los individuos de ambos sexos y en todas las edades pueden mejorar sus funciones cardíacas, respiratorias y musculares, al practicar actividad física en forma regular. El nivel óptimo de ejercicio según Sperryn (1983) es de aproximadamente tres sesiones de 20 minutos cada uno; sin embargo la American College of Sports Medicine (ACSM) recomienda ejercicios dinámicos continuos o discontinuos durante 15 a 20 minutos para empezar hasta llegar a 60 minutos, con tres frecuencias a cinco por semana para considerarlo óptimo.

En México se reconoce en el Plan Nacional de Desarrollo (1990-1994) la necesidad de reforzar las prácticas de deporte y ejercicio físico por considerarse estilos de vida sanos y para estimular el desarrollo integral de los jóvenes.

Según la OMS (1986) el ejercicio y el deporte, la nutrición y la autoresponsabilidad son los tres elementos básicos del modo de vida sano. El ejercicio comprende desde la marcha a pie hasta cualquier actividad recreativa y tiene influencia directa en la salud. El ejercicio físico entre sus beneficios se reportó: impide el deterioro físico, permite desarrollar actividades físicas sin fatiga excesiva, quema la grasa y la transforma en energía, fortalece el sistema muscular y óseo, y mejora la coordinación, la falta de actividad significa que el consumo de energía puede ser inferior a la ingesta calórica con lo que el excedente conduce a la obesidad. Así pues el ejercicio ayuda a mantener el equilibrio calórico y a evitar el exceso de peso y fatiga.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

### 4). OBESIDAD.

La obesidad es una de las enfermedades nutricionales más importantes en los países desarrollados. La prevalencia de obesidad en la población general es del 15 al 30 por ciento. Hasta los 40 años el porcentaje de obesos es similar en los dos sexos, pero a partir de esta edad es más alta en mujeres (de 41 a 60 años) según lo reportado por Trilla Soler (1989). La obesidad ha sido declarada por la OMS (1986) como factor de riesgo en la diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

En un estudio de prevalencia de obesidad realizada por Granollers en España (1991) encontró una prevalencia de 58.8 por ciento de obesidad considerando el índice de

masa corporal (IMC) siendo más alta en mujeres de 40 a 65 años.

La Encuesta Nacional de Nutrición señalada en el Programa Nacional de Salud realizada en México en 1988 señala que el 14.6 por ciento de las mujeres en edad fértil (15-45 años) presentan sobrepeso lo que equivale a más de tres millones de mujeres en esta edad que padecen este problema. La región con más alta incidencia es la del norte con 18.3 por ciento y la más baja es la zona centro con 13.0 por ciento.

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

El impacto de la obesidad en la salud según datos epidemiológicos de la fundación Kellogg's (1992) demuestran la asociación clara entre obesidad y diversos factores de riesgo que conllevan al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La prevalencia de hipertensión (arriba 160/95) en algunas poblaciones de América Latina es aproximadamente el triple en el obeso que en el no obeso, siendo esto más alto en adulto joven. La hipercolesterolemia (superior a 250 mg/dl) en el adulto joven con obesidad es el doble que en el no obeso. Estudios de intervención en hipertensión y en hipercolesterolemia han demostrado que estos se mejoran con solo reducir el peso. En relación a la diabetes tipo II la prevalencia es tres veces más alta en obesos que en no obesos, y también se conoce que esta enfermedad mejora con la sola reducción de peso. Algunos tipos de cáncer son más alto en obesos que en no obesos; en varones obesos la mortalidad es más alta en cáncer colon, recto y próstata y en mujeres obesas es más alta en mama, útero y ovarios.

La obesidad consiste en la acumulación excesiva de grasa en el tejido adiposo del organismo (Vanitalle 1992).

En la mayoría de los casos se desarrolla de forma lenta como consecuencia de un desequilibrio entre el aporte y el gasto de energía. Tradicionalmente un sujeto que pesa 20 por ciento más del punto medio del intervalo del peso

deseable para individuos de complejión media es considerado obeso. Siguiendo esta misma línea cuando el sobrepeso es 40 por ciento o más se considera obesidad severa y cuando sobrepasa en 100 por ciento se considera obesidad mórbida.

En la actualidad se esta usando extensamente para evaluar la severidad de obesidad el llamado índice de masa Corporal (IMC) propuesto por Waterlow (1991). Este índice consiste en relacionar el peso del individuo en kilogramos con el cuadrado de su estatura en metros.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

En general se considera como obesidad tanto en hombres como en mujeres cuando el IMC es mayor de 27.5 y cuando el IMC es igual o mayor a 31.5 la obesidad se considera como severa.

El patrón de distribución de grasa corporal es un predictor muy importante del riesgo que la obesidad representa a la salud. (Vanitallie 1992). La obesidad concentrada en la parte superior del cuerpo (obesidad androide) esta asociada con un riesgo mayor de adquirir enfermedad cardiovascular, hipertensión, diabetes, hiperlipedemia y accidente cardiovascular. Por otra parte la obesidad que se concentra en la parte inferior del cuerpo (obesidad ginecoide) la asociación con las enfermedades antes mencionadas es menor.

El problema de la obesidad esta asociada con las formas de vida, la cantidad de alimentos consumidos así como la selección de ellos son la base del problema. La Terapéutica de la obesidad se basa en la Teoría de modificar las conductas para obtener éxito (Vanitallie 1992) otras Terapéuticas como la de omitir grasas, hidratos de carbono, proteínas, o de eliminar un alimento al día por suplementos no son la respuesta al problema el compromiso a largo plazo.

- ) **SERVICIOS DE SALUD Y SU UTILIZACIÓN.** Los servicios de salud en México se iniciaron legalmente en 1836 con la sexta ley constitucional y con su código sanitario en 1891 a partir de la cual el gobierno organiza las tareas de salubridad para todo el país (Soberón 1988). En los últimos años el Estado ha establecido diversos programas para conformar un Sistema Nacional de Salud que garantice una mejoría cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud, reforzar la capacidad operativa y de gestoría de los servicios con la planeación global del País.



Los servicios de salud en México ofrecen tres grandes grupos de acciones que son: de salud pública que implica: servicios de promoción de la salud, de fomento de estilos de vida, prevención de enfermedades, atención al medio ambiente y vigilancia sanitaria. Otro grupo de acciones son atención médica curativa que implica: atención médica de primero, segundo y tercer nivel. Y por último acciones de asistencia social que incluye servicios a grupos de ancianos, niños abandonados y a familias desintegradas (Programa Nacional de Salud 1990-1994). Estos servicios se ofrecen a través de la Secretaría de Salud, la seguridad social y la medicina privada.

Los servicios de salud orientados a la Prevención de la Salud constituyen la modalidad rectora para reformular las actividades del sector en sus niveles de atención. La promoción de la salud tiene verdadera importancia, dado que las condiciones de salud se encuentran relacionadas con factores de riesgo ligados a comportamientos individuales, y grupales por lo que el sector salud debe emprender acciones contra consumo de tabaco, alcohol, dietas inadecuadas, sedentarismo, sustancias nocivas y conductas violentas (OPS-OMS 1992).

Los servicios de salud orientados a la prevención de enfermedades, constituye el eje de lo que se conoce como Programas de Salud, que se orientan por problema a controlar, por grupo de edad (atención del niño, adolescente, adulto, anciano) por sexo (atención a la madre), insentado al proceso productivo (salud de trabajador), o por categoría de enfermedad (tuberculosis, salud mental). De acuerdo con la extensión, severidad, trascendencia del problema y la prioridad que se asigne así como la disponibilidad de tecnología adecuada se pueden organizar conjuntos de normas, y procedimientos técnicos que le dan configuración a los programas de salud.

Los servicios de salud son una prestación social de los trabajadores y una obligación jurídica del estado a partir de 1984 cuando se eleva la protección de la salud a derecho constitucional (Soberón 1988) de tal manera que nuestra País reconoce tener una cobertura de servicios de salud del 87 por ciento de mexicanos de los cuales el 49 por ciento está bajo el régimen de la seguridad social, el 33 por ciento es población abierta que atiende la Secretaría de Salud y el 5 por ciento es atendido por la medicina privada, se señala que existen diez millones de mexicanos sin servicios permanentes de salud para 1988 (Soberón 1988).



La utilización de los servicios de salud y el porque la gente los utiliza, pretenden buscar información que sirva como base para formular e implementar políticas públicas en el área de salud a fin de mejorar la calidad (Rosenstock 1966).

Se han encontrado algunos patrones de utilización de servicios preventivos y de detección que permite algunas generalizaciones acerca de asociaciones de características personales y el uso de servicios por lo que en general son utilizados más por individuos más jóvenes o de edad media, por mujeres, por los que están mejor educados o que tienen mayor salario (Rosenstock 1966).

Una revisión de datos en la utilización de servicios diagnósticos y tratamiento dados por el médico y dentista, sugieren patrones similares, en general los usan más las mujeres que los hombres y los de grupos sociales altos.

La conducta de salud es cualquier actividad realizada por una persona que se considera saludable a si mismo con el propósito de prevenir enfermedades o de detectar una enfermedad; de tal manera que es necesario tener una explicación de lo que motiva a las personas el tener acciones de salud. La investigación sociológica muestra que la toma de decisiones en salud es mejor realizada por un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de etapas. Los eventos que ocurren en cualquiera de estas etapas influyen en seis elecciones. Un modelo específico para toma de decisiones personales de salud es el de creencias de salud desarrolladas por Rosenstock en 1966 que ha sido utilizado en algunas etapas para analizar el porque la gente utiliza los servicios de salud. El modelo utilizado para este propósito se refuerza en las siguientes premisas:

- . El individuo esta lista psicológicamente para tomar acciones relativas a su condición de salud la disponibilidad de actuar esta en función de si se siente susceptible a tal condición.
- . Las creencias individuales de que las acciones promocionales y preventivas reducen la susceptibilidad percibida, severidad y que no existan barreras que listen las acciones de salud.
- . Una señal o estímulo que sirva para disparar la acción como los beneficios percibidos que tendrá el utilizar los servicios de salud y la consideración

de que sería autoeficaz al seguir indicaciones preventivas y promocionales.

## Capítulo IV.

### 4. HIPOTESIS

- Hi1 La observancia de los cuatro estilos de vida saludables están asociados con el uso de servicios de promoción y prevención en adultos de ambos sexos de 18 a 59 años.
- Hi2 El no fumar se relaciona con el uso de servicios de promoción y de prevención.
- Hi3 El no consumir bebidas alcohólicas tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Hi4 El realizar ejercicio como estilo de vida saludable tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Hi5 El no tener sobrepeso se asocia con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Ho1 La no observancia de los cuatro estilos de vida saludables no están asociados con el uso de servicios de promoción y prevención, en adultos de ambos sexos de 18 a 59 años.
- ~~Ho2 El fumar no tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.~~
- Ho3 El consumir bebidas alcohólicas no tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Ho4 El sedentarismo como estilo de vida no esta asociado con el uso de servicios de promoción y prevención.
- Ho5 La obesidad no esta asociada con el uso de servicios de promoción y prevención.

## Capítulo V.

### 5. MATERIAL Y METODOS

El estudio se llevó a cabo en la comunidad sub-urbana de San Miguel del Municipio de Guadalupe, Nuevo León.

#### 5.1 Metodología

De acuerdo al problema de investigación las hipótesis y

los objetivos planteados el estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo y de colorte transversal (Rojas Soriano, 1991).

Este método permitió describir Los Estilos de Vida Saludables (no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, realizar ejercicio y mantener un peso normal) para luego obtener el perfil de estos cuatro estilos de vida en la población de 18 a 59 años. De igual manera permitió conocer el uso de los servicios de salud de promoción y de prevención para finalmente correlacionar la variable independiente con la dependiente y saber si existía entre ellas significancia.

Los datos fueron procesados por computadora obteniéndose primero frecuencias y proporciones para caracterizar la población de estudio en sus componentes socio-demográficos, de estilos de vida y el uso de los servicios de salud.

Para el manejo estadístico de la información se aplicó el paquete estadístico S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences) el análisis de la información fue realizado a través de las pruebas estadísticas de Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para conocer si las variables eran iguales o diferentes a lo esperado teóricamente. Se utilizó también la V de Cramer para identificar el grado de asociación de las variables nominales y la covariancia para conocerla variación explicada de estas variables.

## 5.2 Sujetos

La unidad de estudio fueron los adultos de 18 a 59 años de edad de ambos sexos, que residían en la colonia San Miguel de Guadalupe, Nuevo León. Esta colonia está formada por 34 manzanas, con 567 viviendas habitadas y 2,835 habitantes, el indicador que existe en esta comunidad es de 2.2 adultos de 18 a 59 años por cada vivienda habitada, este dato nos permitió conocer el universo que fue de 1,248 adultos en este grupo de edad.

El tipo de muestreo que se utilizó fue probabilístico, aleatorio, polietapico y por conglomerados (Krejcie 1970). El marco muestral lo constituyeron las manzanas y las viviendas y la unidad de selección fueron los adultos de 18 a 59 años que vivieran en las viviendas seleccionadas aleatoriamente.

La formula utilizada para obtener la muestra fue:

$$S = \frac{X^2(1-P)}{d^2(N-1) + X^2P(1-P)}$$

S = Tamaño de la muestra

$\chi^2$  = Valor de chi cuadrada para un grado de libertad al

nivel de confianza deseada.

N = Tamaño de la población

P = Proporción de la población (se acepta que 0.5 da el máximo tamaño posible).

d = El grado de error aceptado expresado en proporción

Valores reales para el estudio son:

# de manzanas 34

# de viviendas habitadas 567

# de habitantes 2,835

# de habitantes de 15 a 59 años por vivienda 2.2  
(1,248).

Error estandar estimado 5%

$$S = \frac{(3.84) (567) (0.299) (.701)}{(0.05)^2 (567-1) + (3.84) (.299) (.701)} = \frac{456}{1.4 + 0.81}$$

$$= \frac{456}{2.2} = 207$$

$$S = 207$$

### 5.3 Material

La información que se recolectó se derivó de la operacionalización de las variables de estudio (anexo 1) a partir del cual se diseñó un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas previamente precodificado (anexo 2). El cuestionario fue apoyado por su instructivo el cual permitió la conducción más objetiva en la entrevista (anexo 3).

El cuestionario estuvo conformado por tres apartados y 78 preguntas organizadas de la siguiente manera:

- a) Ficha de Identificación. Contiene datos generales de informante como nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, peso y talla.
- b) Estilos de Vida. Se indagaron los cuatro estilo de vida como tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y obesidad.

- c) Usos de Servicios de Salud incluyó datos sobre cobertura de servicios utilización y razones para usar dichos servicios.

La evaluación de las preguntas cerradas fue a través de criterio de dos y tres opciones. Para las preguntas abiertas se elaboraron listados de codificación; el instructivo del cuestionario facilitó el correcto llenado de la encuesta.

El instrumento fue sometido a la prueba piloto para validar su claridad y comprensión así como el tiempo que se requería a fin de calcular el tiempo total del estudio. La prueba piloto fue aplicada en 30 individuos de ambos sexos los datos se tabularon y concentraron lo que permitió hacer unas correcciones y adaptaciones al instrumento así mismo se verificó la muestra.

Los recursos utilizados en el estudio fueron de papelería y material de escritorio, equipo y material de cómputo, pasajes y viáticos, así como recursos humanos (anexo 4).

#### 5.4 Procedimiento.

El estudio se realizó en la población de San Miguel en los adultos de 18 a 59 años de ambos sexos que residían en las viviendas seleccionadas.

De primera intención fue necesario establecer una buena comunicación entre los entrevistadores y los entrevistados a fin de lograr mayor confiabilidad de los datos.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto de la adaptación y corrección del instrumento y de la muestra se entrenaron a tres pasantes de Licenciatura en Enfermería que colaboraron como encuestadores en la aplicación del instrumento.

Se aplicó la encuesta en la muestra seleccionada utilizando un promedio de 20 minutos por cuestionario; fue interesante observar la positiva participación de las personas que intervinieron en el estudio. En algunos casos hubo necesidad de visitar el hogar hasta en tres ocasiones a fin de localizar al entrevistado.

Las encuestas fueron revisada diariamente en su llenado y que estuviesen completas. El levantamiento de datos fue durante una semana.

Se elaboró el programa de la captura de datos (anexo 5) para posteriormente usar el S.P.S.S. (Statistical Package for the Social Sciences). Se capturaron los datos en la microcomputadora.

Se elaboraron listados de frecuencias de las variables así como sus proporciones. De igual manera se elaboraron los cuadros de cruces de variables.

Se aplicaron los estadísticos de chi cuadrada, la V de Cramer prueba de asociación de variables nominales así como la covariancia.

Se procedió al análisis e interpretación de los resultados a la luz de los estadísticos y de la teoría. Se procedió a la discusión, conclusiones y recomendaciones. Se elaboró el informe final del estudio.

### 5.5 Implicaciones Eticas

Para llevar a cabo el estudio se solicitó autorización del Director del Programa de Salud Guadalupe y del Centro DIF Nuevo San Miguel, ya que la comunidad donde se realizó la investigación es del área de influencia del Programa de Salud Universitario. Se solicitó la participación voluntaria de cada uno de los informantes explicando en forma detallada los objetivos y razones del estudio, de igual forma se les garantizó la confidencialidad de la información que se nos proporcionó, se respetó la decisión de las personas que no desearan participar en el estudio.

Los resultados del estudio se entregarán al Centro DIF Nuevo San Miguel a fin de que pueda ser utilizados en sus programas de promoción de la salud.

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS





## CAPITULO VI.

### PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados se presentan en el orden con que fue obtenida la información de cada una de las variables del estudio. En primer término se describen los aspectos sociodemográficos y de los cuatro estilos de vida que permitan caracterizar la comunidad estudiada; estos datos se presentan en frecuencias y proporciones.

Enseguida de esta información se muestran los resultados donde se correlacionan las variables del estudio, se indican los estadísticos obtenidos, que fueron la  $\chi^2$  cuadrada, la  $V$  de Cramer y la Covariancia.

Por último, se interpretan los datos obtenidos a la luz de las hipótesis propuestas.

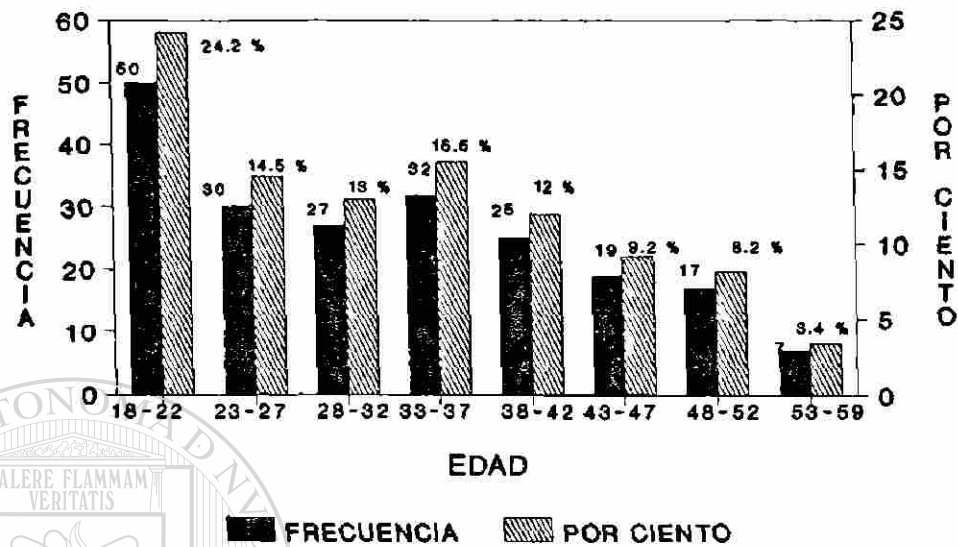
#### 6.1 Descripción de resultados.

A continuación se presentan 16 figuras con datos que caracterizan a la población estudiada de San Miguel, Guadalupe, Nuevo León.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 1**  
**POBLACION POR GRUPOS DE EDAD**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



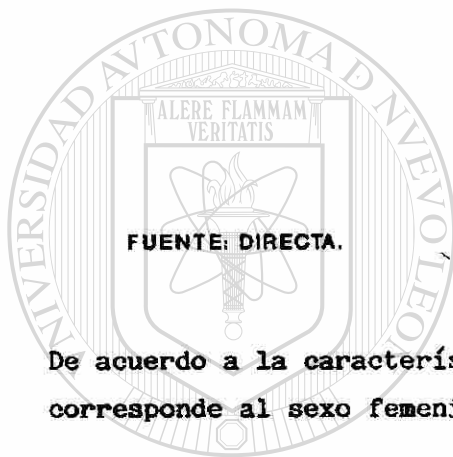
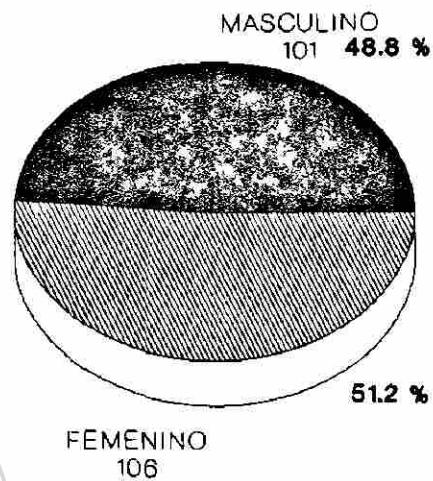
FUENTE: DIRECTA.

En relación a las características se puede observar que el 51.7 por ciento de la población está entre los 18 y 32 años, y el 3.4 por ciento de 53 a 59 años.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 2**  
**POBLACION POR SEXO EN SAN MIGUEL**  
**GUADALUPE, N.L. 1993.**



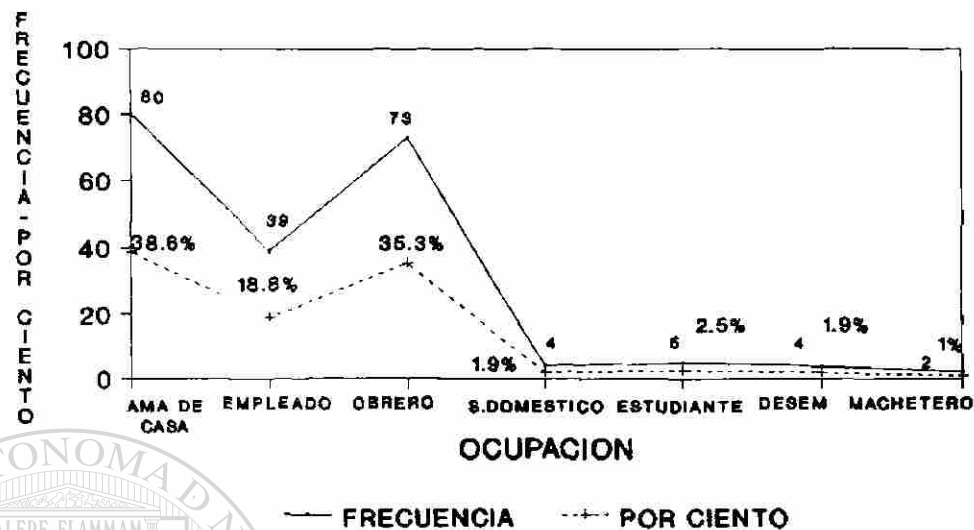
De acuerdo a la característica de sexo de la población, el 51.2 por ciento corresponde al sexo femenino y el 48.8 por ciento al masculino.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



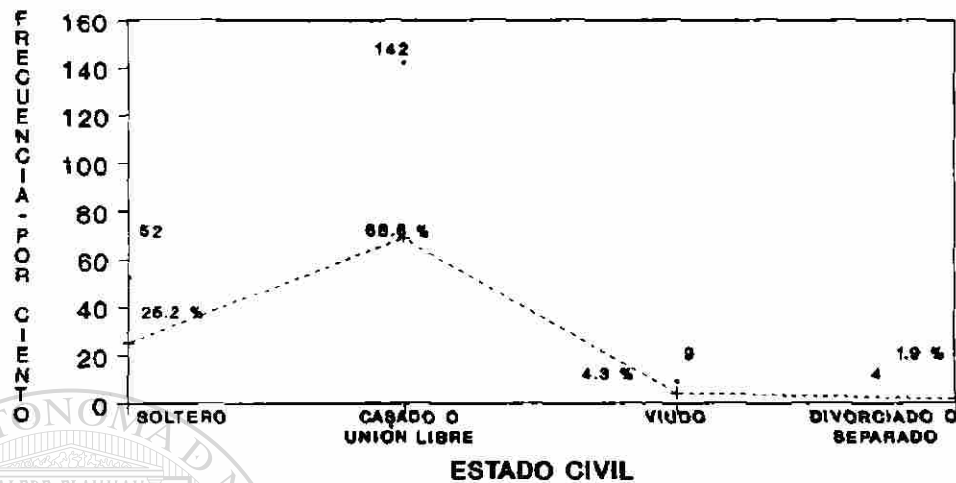
**FIGURA 3**  
**OCUPACION DE LA POBLACION SAN MIGUEL**  
**GUADALUPE, N.L. 1993**



DESEM•DESEMPLEADO  
 S.DOMESTICO• SERVICIO DOMESTICO  
 FUENTE: DIRECTA.

Considerando la ocupación, el 35.3 por ciento trabaja como obrero, el 38.6 por ciento son amas de casa, el 18.8 son empleados, el 2.5 por ciento estudian, el 1.9 se dedican laboralmente al servicio doméstico, el 1.9 están desempleados y el 1.0 son macheteros.

**FIGURA 4**  
**ESTADO CIVIL DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



• FRECUENCIA    --- POR CIENTO

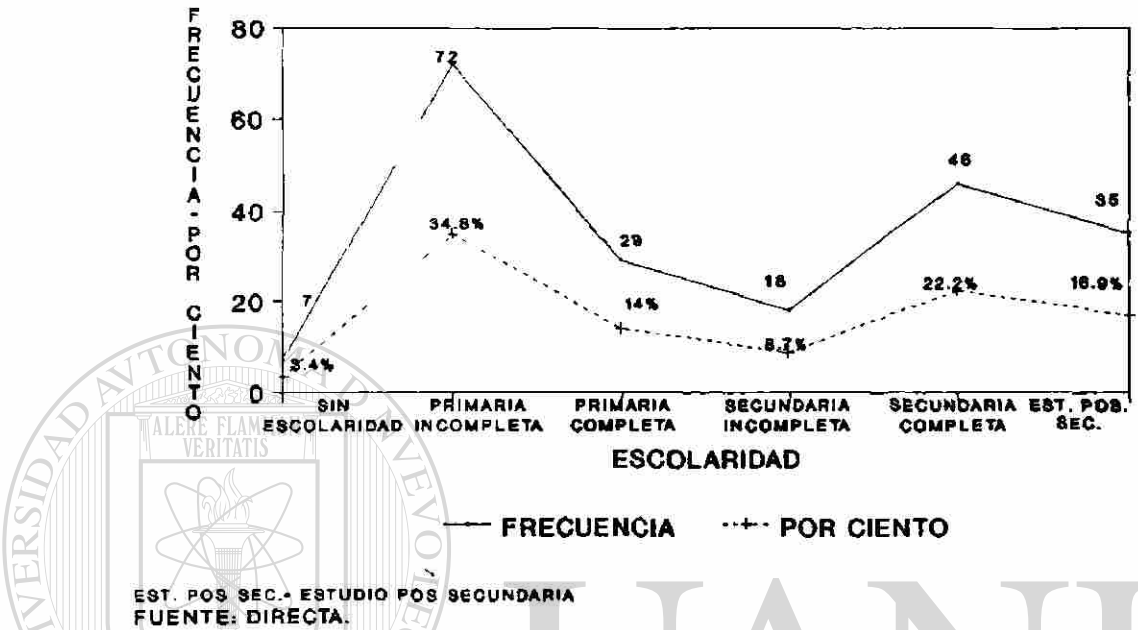
FUENTE: DIRECTA.

En relación al estado civil, el 68.6 por ciento está casado o vive en unión libre, el 25.2 por ciento está soltero, el 4.3 por ciento viudo y un 1.9 está divorciado o separado.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

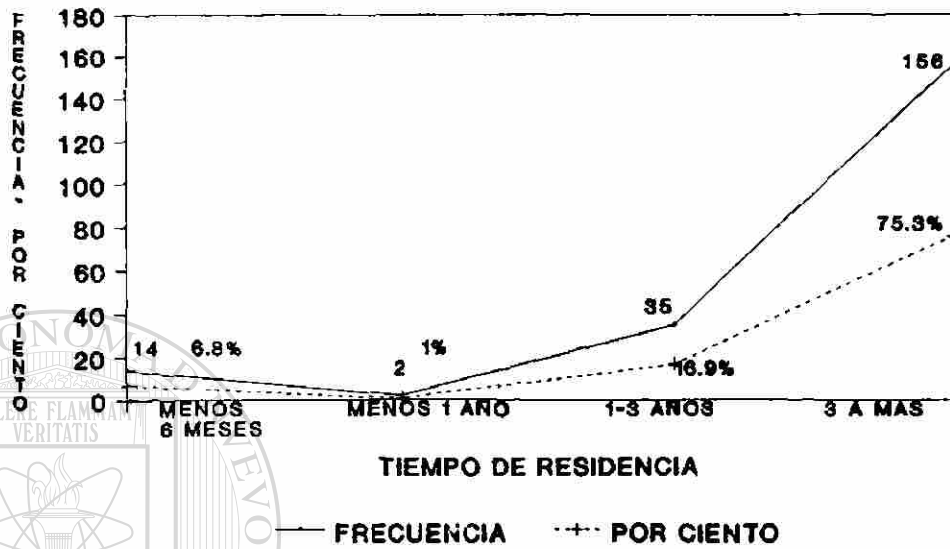
**FIGURA 5**  
**ESCOLARIDAD DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



En relación a las características de escolaridad, el 38.2 por ciento tienen primaria incompleta o están sin escolaridad, el 14.0 por ciento completaron sus estudios de primaria, el 22.2 por ciento completaron el ciclo secundario, el 8.7 por ciento tienen secundaria incompleta y el 16.9 realizó estudios postsecundarios.



**FIGURA 6**  
**TIEMPO DE RESIDENCIA DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

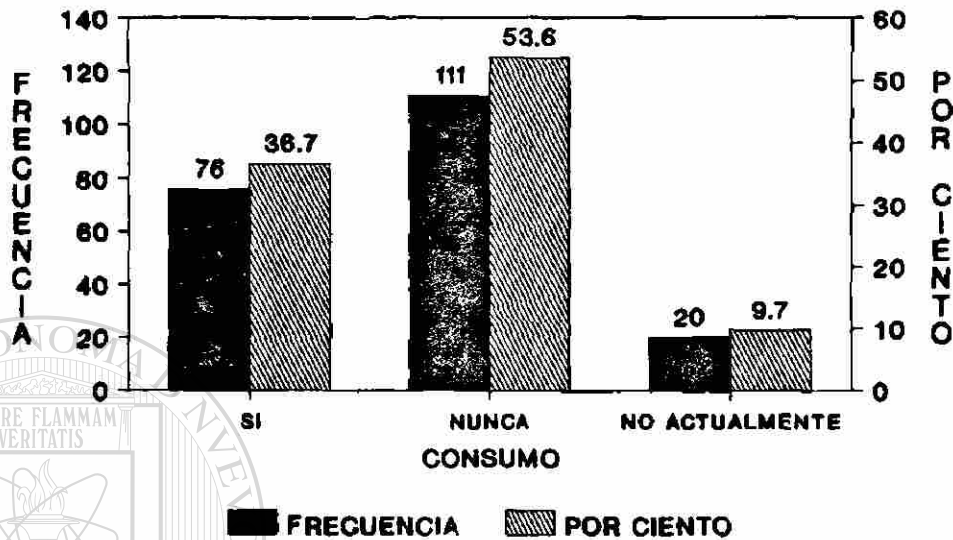


FUENTE: DIRECTA.

La población de estudio que tiene más de 3 años de vivir en San Miguel es el 75.3 por ciento, el 16.9 por ciento tiene de 1 a 3 años de residencia, el 1.0 por ciento menos de un año y el 6.8 menos de seis meses de vivir en la localidad.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 7**  
**CONSUMO DE TABACO EN LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



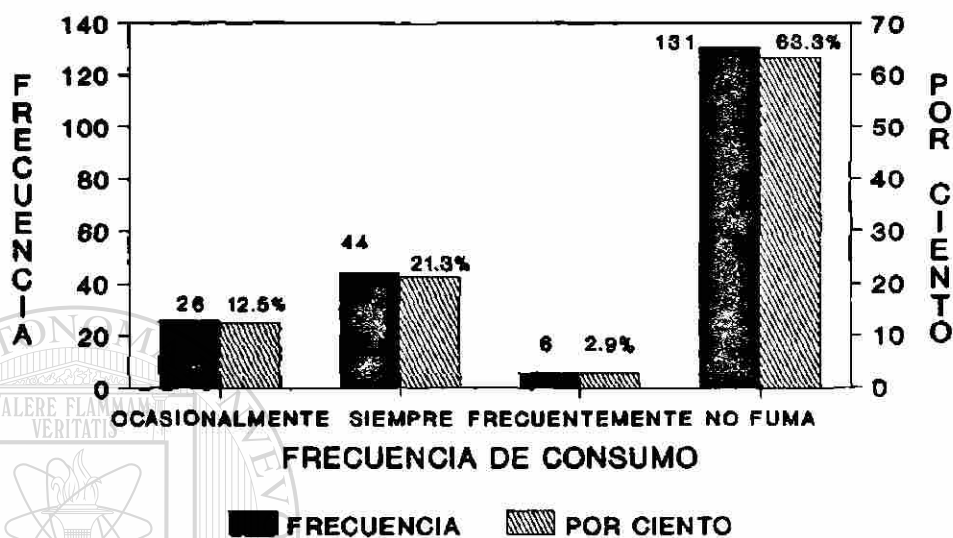
FUENTE: DIRECTA.

En relación al estilo de vida de tabaquismo, se encontró que el 53.6 por ciento nunca ha fumado, el 9.7 por ciento no fuma actualmente y el 36.7 por ciento reconoce que fuma.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 8**  
**FRECUENCIA EN EL CONSUMO DE TABACO EN LA**  
**POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE N.L. 1993**



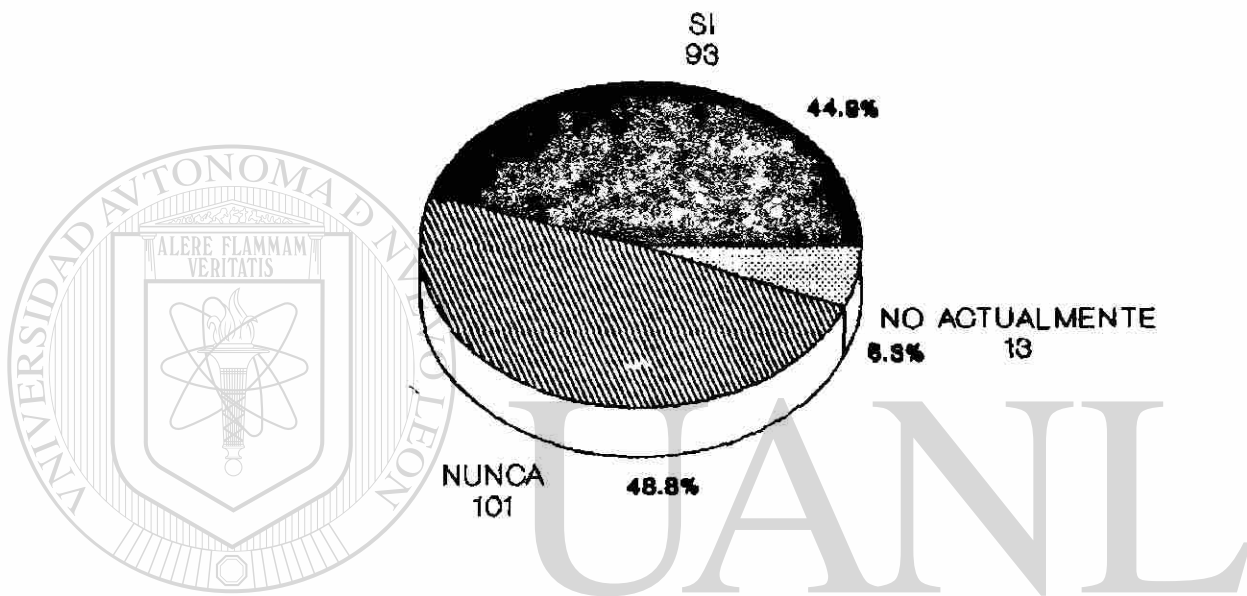
FUENTE: DIRECTA.

Considerando la frecuencia en el consumo de tabaco, el 21.3 por ciento siempre fuma, el 2.9 reconoce fumar frecuentemente y el 12.5 por ciento lo hace ocasionalmente. Un 63.3 por ciento no fuma.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 9**  
**CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS EN LA**  
**POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE N.L. 1993**

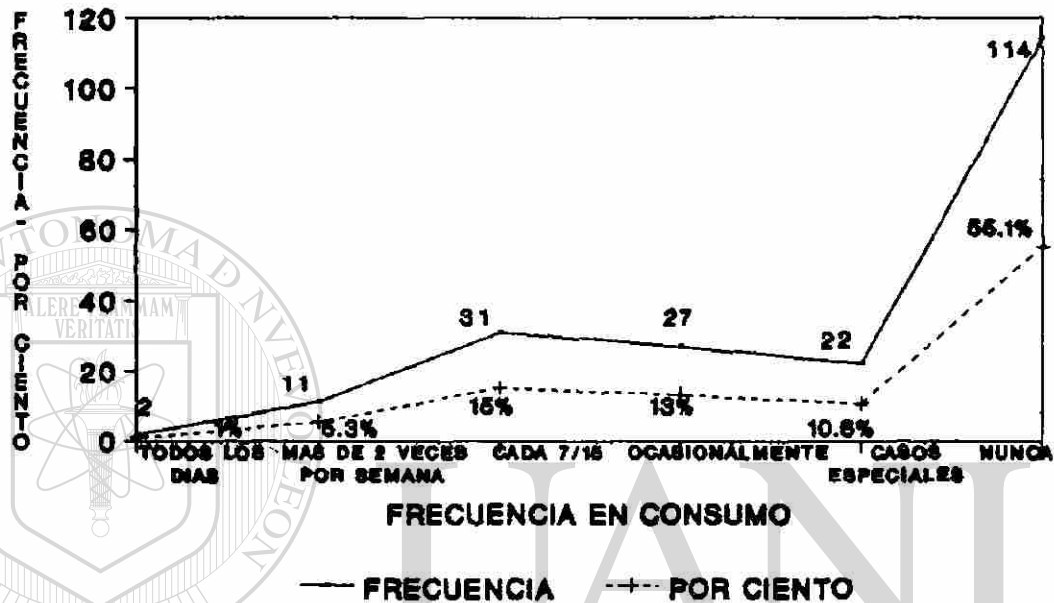


**FUENTE: DIRECTA.**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

En el estilo de vida de consumo de bebidas alcohólicas, el 48.8 por ciento nunca a consumido alcohol, el 44.9 por ciento sí consume y el 6.3 por ciento no consume actualmente. ®

**FIGURA 10**  
**FRECUENCIA EN CONSUMO DE BEBIDAS**  
**ALCOHOLICAS EN POBLACION SAN MIGUEL GPE.**

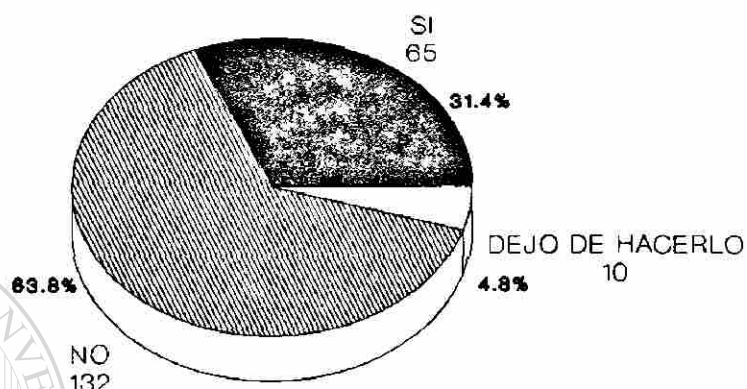


FUENTE: DIRECTA.

En cuanto a la frecuencia en el consumo de bebidas alcohólicas que tiene la población de San Miguel, el 1.0 por ciento bebe todos los días, el 5.3 por ciento bebe más de dos veces por semana, el 15.0 por ciento lo hace cada siete o quince días, el 13.0 por ciento bebe ocasionalmente, el 10.6 por ciento en casos muy especiales, mientras que el 55.1 por ciento nunca ha consumido bebidas alcohólicas.



**FIGURA 11**  
**REALIZACION DE EJERCICIO EN LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**



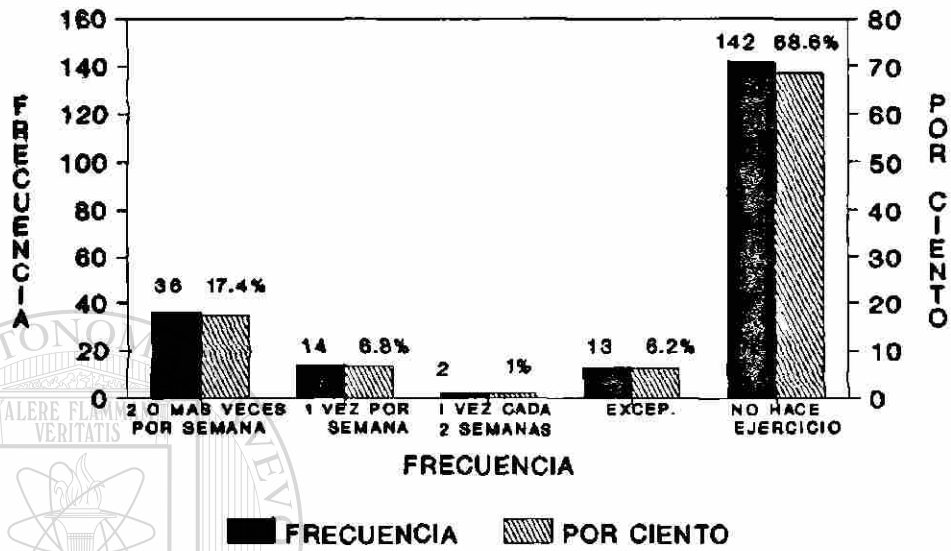
FUENTE: DIRECTA.

En cuanto a la realización de ejercicio, la población respondió de la siguiente manera: un 63.8 por ciento no lo realizó, el 31.4 por ciento aceptó sí practicarlo y un 4.8 por ciento mencionó que dejó de hacerlo.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

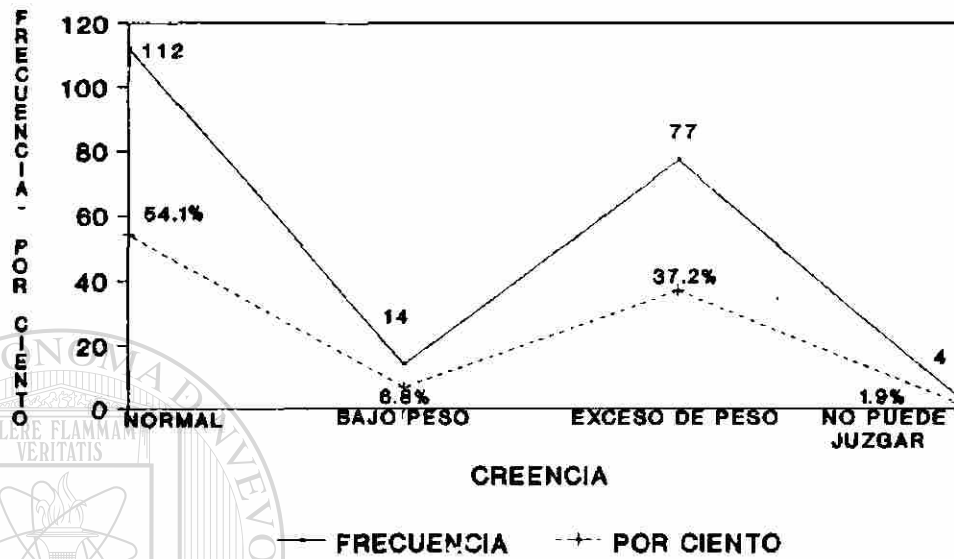
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 12**  
**FRECUENCIA EN LA RELIZACION DE EJERCICIO**  
**DE LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE N.L**



Según frecuencia con que realizó ejercicio, el 17.4 por ciento lo realizó 2 o más veces por semana, el 6.8 por ciento lo practica una vea por semana, el 6.2 por ciento, excepcionalmente lo realiza, el 1.0 por ciento una vez cada dos semanas. El 68.6 por ciento no hace ejercicio.

**FIGURA 13**  
**CREENCIA PERSONAL SOBRE EL PESO DE LA**  
**POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L 1993**



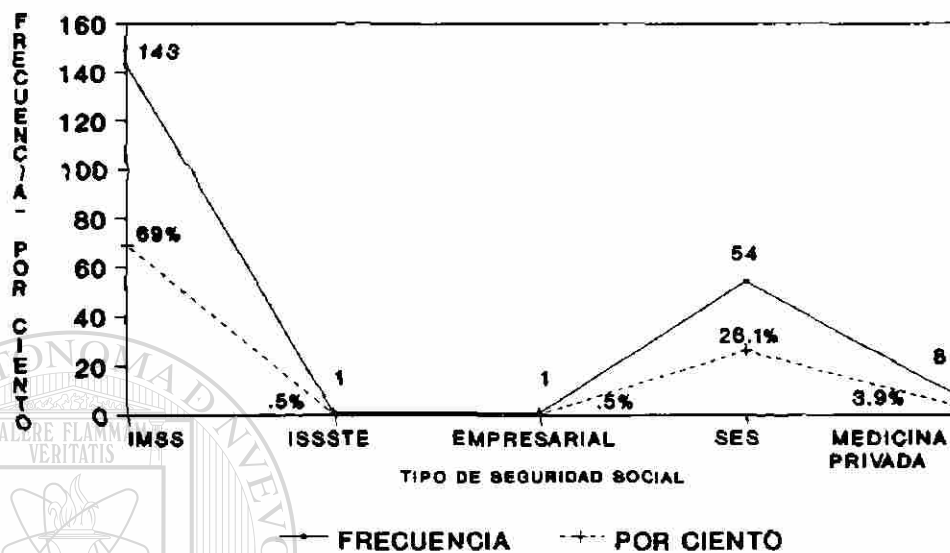
FUENTE: DIRECTA.

En relación a cómo consideran su peso, el 54.1 por ciento cree que está normal, el 37.2 por ciento considera tiene exceso de peso, el 6.8 por ciento opina está bajo de peso y el 1.9 por ciento no puede juzgar.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 14**  
**TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

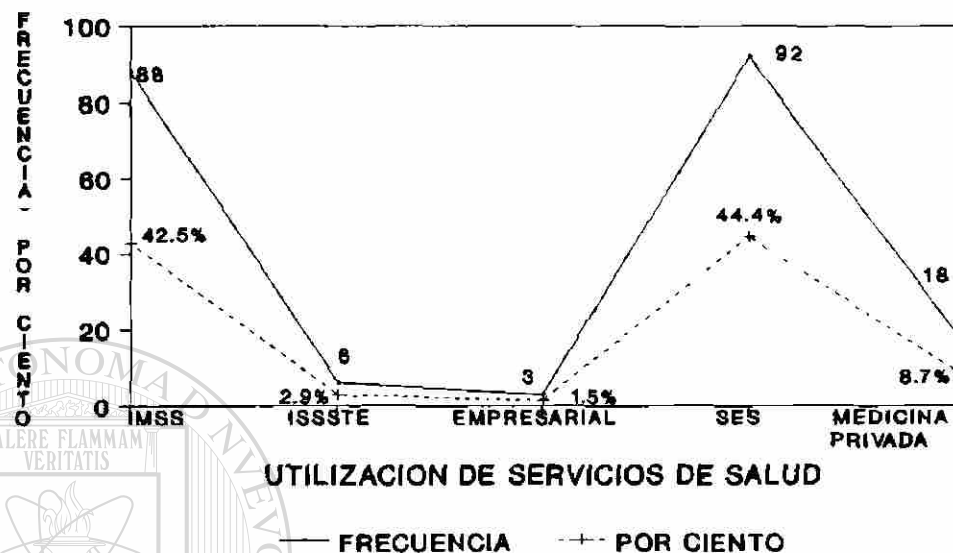


FUENTE: DIRECTA.

En cuanto al tipo de seguridad social, se encontró que el 69.0 por ciento tiene cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social, un 26.1 por ciento de población abierta que cubre la Subsecretaría de Salud, un 3.9 por ciento tiene servicios de medicina privada. El .5 por ciento el ISSSTE y el .5 por ciento seguro empresarial.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**FIGURA 15**  
**SERVICIOS DE SALUD QUE UTILIZAN CON MAS**  
**FRECUENCIA EN POBLACION SAN MIGUEL GPE.**



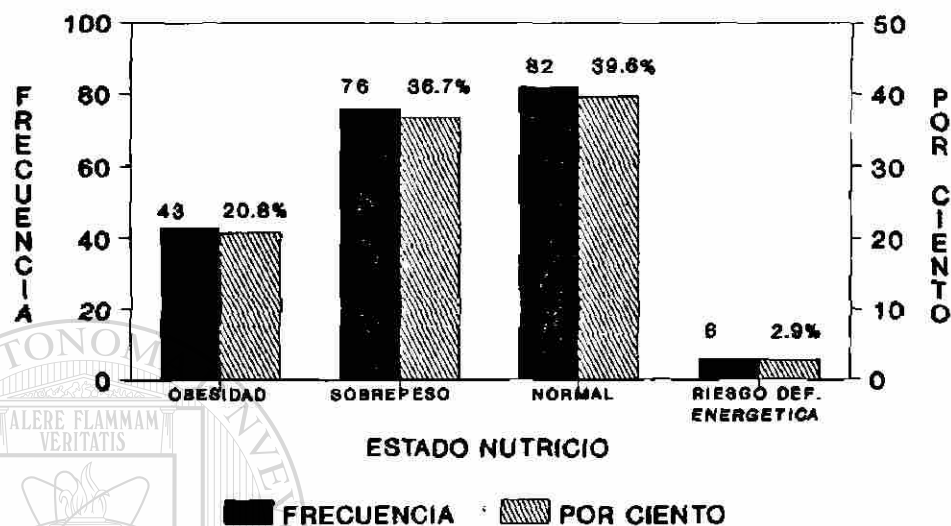
FUENTE: DIRECTA.

En cuanto a los servicios de salud que utiliza con más frecuencia la población de San Miguel, se encontró que el 42.5 por ciento utiliza el IMSS, el 2.9 por ciento utiliza el ISSSTE, el 1.5 por ciento el empresarial y el 8.7 por ciento el privado, mientras que el 44.4 por ciento utiliza la S.E.S.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



**FIGURA 16**  
**ESTADO NUTRICIO DE LA POBLACION**  
**SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**



DEF. = DEFICIENCIA  
 FUENTE: DIRECTA.

En relación al estado nutricio de la población encuestada, encontramos que el 39.6 por ciento posee peso normal, el 36.7 por ciento tiene sobrepeso, un 20.8 por ciento tiene obesidad y un 2.9 por ciento tiene riesgo de deficiencia energética.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## 6.2. Análisis estadístico.

En este apartado se muestran 46 cuadros de correlación de las variables estudiadas que permiten orientar la comprobación de las hipótesis.

## CUADRO 1

**TABAQUISMO E INSTITUCION DE SALUD A LA QUE PERTENECEN  
LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, NL.L 1993**

SEGURIDAD SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FUMA	47	22.7	1	.5	1	.5	22	10.6	5	2.4	76	36.7
NUNCA HA FUMADO	80	38.6					28	13.5	3	1.4	111	53.6
ACTUALMENTE NO FUMA	18	7.7					4	1.9			20	9.7
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>69.1</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>54</b>	<b>26.1</b>	<b>8</b>	<b>3.9</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

Fi= Frecuencia

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 7.68$       V. de Cramer = .14  
 $\chi^2 = 15.50$       Covariancia = .02  
 gl = 8  
 p > .05

Al relacionar las variables de tabaquismo con tipo de institución de salud a la que pertenecen, se encontró que la chi cuadrada obtenida fue de 7.68 con 8 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado; sin embargo, la P .05, la V. de Cramer fue de .14 con una correlación positiva débil (Levin, 1979) y una variación explicada del 2 por ciento.

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Se observa que el 69.1 por ciento de los individuos tienen derecho a la seguridad social, y de ellos el 30.4 por ciento son fumadores activos o que actualmente no practiquan este hábito.

La población abierta de la Secretaría Estatal de Salud es el 26.1 por ciento, y son fumadores activos el 12.5 por ciento.

**CUADRO 2**  
**TABAQUISMO Y UTILIZACION DE SERVICIOS POR INSTITUCION**  
**DE SALUD DE LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

UTILIZACION	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FUMA	31	15.0	4	1.9	1	.5	30	14.5	10	4.8	76	36.7
NUNCA HA FUMADO	48	23.2	1	.5	2	1.0	52	25.1	8	3.9	111	53.8
ACTUALMENTE NO FUMA	8	4.3	1	.5			10	4.8			20	9.7
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FI= Frecuencia

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 8.25$  V. de Cramer = .15  
 $\chi^2 = 15.5$  Covariancia = .02  
 gl= 8  
 p> .05

En relación a las variables de tabaquismo y utilización de servicios de salud, encontramos una chi cuadrada de 8.25 con 8 grados de libertad, observando que es igual lo obtenido con lo esperado.

La V de Cramer fue de .15, lo que nos da una correlación positiva débil y una covariancia de .02.

El cuadro muestra que la población utiliza más los servicios de la Secretaría Estatal de Salud con un 44.4 por ciento y después al Instituto Mexicano del Seguro Social con un 42.5 por ciento. Son fumadores activos el 19.3 por ciento en ambas instituciones.

### CUADRO 3

FRECUENCIA DE TABAQUISMO Y TIPO DE INSTITUCION DE SALUD  
CON QUE CUENTA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

TIPO SEGURIDAD SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
OCASIONALMENTE	15	7.2			1	.5	6	2.9	4	1.9	26	12.6
SIEMPRE	28	13.5	1	.5			14	6.8	1	.5	44	21.3
FRECUENTEMENTE	4	1.9					2	1.0			6	2.9
NO FUMA	96	46.4					32	15.5	3	1.4	131	63.3
TOTAL	143	69.1	1	.5	1	.5	54	26.1	8	3.9	207	100

FI= FRECUENCIA  
FUENTE: DIRECTA

$\chi^2$   
 $\chi^2 c = 22.87$   
 $\chi^2 t = 21.02$   
gl = 12  
p = .05

V. de Cramer = .20  
Covariancia = .04

Al cruzar los items frecuencia del tabaquismo y tipo de institucion de salud, obtuvo una chi cuadrada de 22.87 con 12 grados de libertad, lo que significa que fue diferente lo esperado de lo obtenido. Se encontró también una V de Cramer de .20 que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al analizar la información se observa que de la población con derecho a la seguridad social que es el 69.1 por ciento, el 15.4 de ellos son grandes fumadores, ya que fuman siempre y frecuentemente. De la población abierta que es el 26.1 por ciento, de ellos el 7.8 también fuman siempre y frecuentemente.

### CUADRO 4

#### FRECUENCIA DE TABAQUISMO CON UTILIZACION MAS FRECUENTE DE INSTITUCIONES DE SALUD EN SAN MIGUEL GUADALUPE,N.L.1993

UTILIZACION FRECUENCIA TABAQUISMO	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
OCASIONALMENTE	10	4.8	3	1.4			8	3.9	5	2.4	26	12.6
SIEMPRE	19	9.2	1	.5	1	.5	19	9.2	4	1.9	44	21.3
FRECUENTEMENTE	2	1.0					3	1.4	1	.5	6	2.9
NO FUMA	57	27.5	2	1.0	2	1.0	62	30	8	3.9	131	63.3
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 14.88$

V.Cramer= 16

$\chi^2 = 21.02$

Covariancia= .02

gl= 12

p> .05

En relación a la frecuencia de tabaquismo y utilización más frecuente de servicios de salud, se encontró una chi cuadrada de 14.88 con 12 grados de libertad, mostrando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de 16, por lo que nos da una correlación positiva débil, y la covariancia fue de .02.

El cuadro muestra que la población utiliza más los servicios de salud de la Secretaría Estatal con un 44.4 por ciento, y de ellos el 10.6 son grandes fumadores. Los servicios del Instituto Mexicano del Seguridad Social son utilizados por 42.5 por ciento y de ellos el 10.2 por ciento fuman siempre y frecuentemente.



## CUADRO 5

### MOTIVOS PARA FUMAR Y SERVICIOS QUE UTILIZA FRECUENTEMENTE LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

SERVICIO UTILIZADO	PROMOCION		PREVENCION		CURACION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
GUSTO								
SATISFACCION	1	.5	8	3.9	61	29.5	70	33.8
NO FUMA	1	.5	21	10.1	108	52.2	130	62.8
TRANQUILIZA NERVIOS			1	.5	2	1.0	3	1.4
IMITACION					4	1.9	4	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1.0</b>	<b>30</b>	<b>14.5</b>	<b>175</b>	<b>84.5</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2$   
 $\chi^2 C = 2.6$       V. Cramer = .08  
 $\chi^2$                       Covariancia = .006  
 $\chi^2 T = 12.59$   
 gl = 6  
 p > .05

Al correlacionar los motivos por los cuales fuma con el tipo de servicio que más utiliza, se encontró una chi cuadrada de 2.60 con 6 grados de libertad, mostrando que es igual lo observado con lo esperado; sin embargo, la significancia fue mayor de .05. La V de Cramer fue de .08 por lo que no existe correlación. La covariancia fue de .006.

El cuadro muestra que el servicio más utilizado por la población es el curativo con un 84.5 por ciento, de los cuales el 32.4 por ciento son fumadores, y los motivos que dicen tener para fumar son porque les da gusto y satisfacción el 29.5 por ciento; el 1.9 por ciento lo hace por imitación, y el 10 por ciento porque lo tranquiliza.

**CUADRO 6**  
**MOTIVOS PARA NO FUMAR Y TIPO DE SERVICIO MAS UTILIZADO**  
**POR LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

SERVICIOS MOTIVOS	PROMOCION		PREVENCION		CURACION		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NO LE GUSTA	1	.8	20	15.0	106	78.9	126	94.7
PUEDE ENFERMAR					7	5.3	7	5.3
TOTAL	1	.8	30	15.0	112	84.2	138	100

FUENTE: DIRECTA.

n = 207

Si Fuma = 74

 $\chi^2 = 1.38$  V. de Cramer = .10

 $\chi^2 = 5.99$  Covariancia = .010

gl = 2

p &gt; .05

Lo observado al correlacionar motivos por los que no fuman y qué tipo de servicios de salud utilizan con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 1.38 con 2 grados de libertad y una chi cuadrada de tablas de 5.99, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .10 por lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .004.

Los datos muestran que el 84.2 por ciento utiliza los servicios curativos, y los motivos que dicen tener para no fumar, fueron: el 78.9 por ciento señala que no le gusta y el 5.3 por ciento dice que no lo hace porque puede enfermar.

## CUADRO 7

**CREENCIAS DE ENFERMAR POR FUMAR Y FRECUENCIA EN EL USO DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACION DE SAN MIGUEL GPE,N.L.**

FRECUENCIA DE USO	MINIMO 2 ANUAL		CUANDO ENFERMA		CADA MES		CADA 3 MESES		1 AL AÑO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
CREE ENFERMAR	23	11.1	152	73.4	17	8.2	3	1.4	10	4.8	205	99.0
NO CREE ENFERMAR	1	.5	1	.5							2	1.0
TOTAL	24	11.6	153	73.9	17	8.2	3	1.4	10	4.8	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 3.01$  V.de Cramer= .13

$\chi^2 = 9.48$  Covariancias= .01

gl= 4

p > .05

Al relacionar la creencia de su puede enfermar con número de frecuencia que usa los servicios de salud en el año, se encontró una chi cuadrada de 3.01 con 4 grados de libertad, mostrando que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .13, por lo que existe una correlación positiva débil y una covariancia del uno por ciento de variación explicada.

Los datos nos muestran que el 7.3 por ciento utiliza los servicios durante el año sólo cuando enferma, y el 11.6 por ciento mínimo dos veces al año. De los que refieren usar los servicios en caso de enfermedad, el 73.4 por ciento considera que puede enfermar si fuma. De los que usan el servicio mínimo dos veces por año, el 11.1 por ciento también cree que puede enfermar por fumar.

## CUADRO 8

**UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD COMO APOYO PARA NO FUMAR  
Y CREENCIA DE ENFERMAR EN LA POBLACION DE SAN MIGUEL  
GUADALUPE, N.L. 1993**

UTILIZACION SERVICIOS	SI USA		NO USA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
SI CREE ENFERMAR POR FUMAR	4	1.9	201	97.1	205	99
NO CREE ENFERMAR POR FUMAR			2	1.0	2	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>1.9</b>	<b>203</b>	<b>98.1</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = .003$   
 $\chi^2 = 3.84$   
gl = 1  
p > .05

Phi = .02

Covariancia = .000

La correlación encontrada en los que utilizan los servicios de salud para no fumar y la creencia de enfermar por fumar, mostró una chi cuadrada de .03 con un grado de libertad, encontrando que es igual lo obtenido con lo esperado. La Phi fue de .02, por lo que no existe correlación.

El cuadro muestra que el 97.1 por ciento no utiliza los servicios de salud como apoyo para no fumar, aunque considere que puede enfermar por fumar. El 1.9 por ciento refiere que sí usa los servicios de salud para no fumar y también cree que puede enfermar a causa del tabaquismo.

**CUADRO 9**  
**CREENCIAS SOBRE TIPO DE DAÑOS QUE PRODUCE EL FUMAR Y USO**  
**DE SERVICIOS DE SALUD PARA NO FUMAR EN LA POBLACION**  
**DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L.1993**

UTILIZACION SERVICIOS	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
DAÑOS POR FUMAR						
INFECCIONES RESPIRATORIAS			32	15.5	32	15.5
ENFERMEDADES PULMONES	4	1.9	104	50.2	108	52.2
CANCER			63	30.4	63	30.4
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			4	1.9	4	1.9
TOTAL	4	1.9	203	98.1	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 3.78$   
 $\chi^2 = 7.81$   
 $gl = 3$   
 $p > .05$

V. de Cramer = .14

Covariancia = .01

Las creencias acerca de los daños que produce el fumar al correlacionarlos con el uso de servicios de salud para no fumar, se obtuvo una chi cuadrada de 3.73 con 3 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. Se obtuvo una V de Cramer de .14, lo cual muestra una correlación positiva débil; la covariancia fue de .01.

Los datos muestran que el 98.1 por ciento no utiliza los servicios de salud como recurso o apoyo para no fumar; de ellos, las creencias acerca de los tipos de daños que produce el fumar, el 67.7 por ciento refiere que provoca infecciones y enfermedades pulmonares; el 30.4 por ciento cree ocasiona el cáncer, y el 1.9 por ciento enfermedades cardiovasculares.

**CUADRO 10**  
**BENEFICIOS POR NO FUMAR CON ORIENTACION PARA NO FUMAR**  
**EN LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

ORIENTACION NO FUMAR	SI		NO		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
BENEFICIOS POR NO FUMAR						
EVITAR INFECCIONES RESPIRATORIAS	1	.5	25	12.1	26	12.6
PREVENIR ENFERMEDADES	13	6.3	118	57	131	63.3
MANTENER LA SALUD	4	1.9	32	15.5	36	17.4
MEJORAR LA ECONOMIA	2	1.0	12	5.8	14	6.8
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>9.7</b>	<b>187</b>	<b>90.3</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2$   
 $\chi^2 = 1.44$   
 $\chi^2$   
 $\chi^2 = 7.81$   
 $gl = 3$

V.de Cramer = .09  
 Covariación = .006  
 $p > .06$

Al relacionar los beneficios que la población señala tener con el hecho de no fumar y si ha recibido orientación por parte del Sector Salud para no fumar, se encontró una chi cuadrada de 1.44 con 3 grados de libertad, lo cual nos de muestra que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .09, por lo que no existe correlación alguna.

Los datos nos muestran que el 90.3 por ciento de la población no ha recibido orientación por parte del Sector Salud, y el 9.7 por ciento sí ha recibido. De los que no han recibido orientación, el 57.0 por ciento señala que el no fumar le da beneficios para prevenir enfermedades, el 15.5 por ciento lo mantiene sano, el 12.1 por ciento le evita enfermedades respiratorias, y el 5.8 por ciento mejora su economía.



### CUADRO 11

MOTIVOS QUE CREEN EXISTEN EN LA POBLACION PARA NO DEJAR DE FUMAR Y LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA EN SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

SERVICIO SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MOTIVOS												
NO SABEN	9	4.3	2	1.0	1	.5	3	1.4	1	.5	16	7.7
PROBLEMAS PERSONALES O FAMILIARES	8	3.9					15	7.2	2	1.0	25	12.1
DIFICULTAD DEJAR FUMAR	47	22.7	1	.5	2	1.0	52	25.1	11	5.3	119	54.6
FALTA DE VOLUNTAD	22	10.6	3	1.4			14	6.8	2	1.0	41	19.8
PUBLICIDAD	1	.5					6	2.9	1	.5	8	3.9
FALTA DE ORIENTACION	1	.5					2	1.0	1	.5	4	1.9
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 27.61$  gl = 20 V.de Cramer = .19

$\chi^2_t = 31.41$  p = .05 Covariancia = .034

De acuerdo con los motivos que la población dice pueden existir para no dejar de fumar y el uso de los servicios de salud que utiliza con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 27.61 con 20 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .19, por lo que la correlación de las variables fue positiva débil. La covariancia fue de .034. ®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los datos obtenidos muestran que los motivos que existen para dejar de fumar son, el 54.6 por ciento señalan que existen dificultades para dejar de fumar; el 19.8 por ciento considera existe falta de voluntad; el 12.1 por ciento considera existen problemas personales y familiares; el 7.7 no sabe qué motivos existen; el 3.9 por ciento cree que es la publicidad, y el 1.9 por ciento por falta de orientación. De acuerdo con los servicios que más utiliza, el 44.4 por ciento usa los de la Secretaría Estatal de Salud, y de ellos el 25.1 por ciento cree que existen dificultades para dejar de fumar, y el 7.2 por problemas personales y familiares; de los que utilizan la seguridad social, es el 42.5 por ciento, de ellos el 22.7 por ciento creen tener dificultades para dejar de fumar, y el 10.6 por ciento existe falta de voluntad.

## CUADRO 12

**RESPUESTA QUE OBTENDRA LA POBLACION SI DESEARA DEJAR DE FUMAR Y RAZONES QUE TIENE PARA UTILIZAR FRECUENTEMENTE LOS SERVICIOS DE SALUD EN SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993**

RAZONES RESPUESTA	TIENE DERECHO		BUENO EFECTIVO		QUEDA CERCA		NO COBRAN		NECESIDAD ATENCION		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
EXITO	39	18.8	26	12.6	36	17.4	7	3.4	7	3.4	115	55.6
NO EXITO	13	6.3	3	1.4	9	4.3	1	.5			26	12.6
NO SABE	20	9.7	6	2.9	24	11.6	8	3.9	8	3.9	66	31.9
TOTAL	72	34.8	35	16.9	69	33.3	16	7.7	15	7.2	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2$   
 $\chi^2 = 14.32$  V.de Cramer = .19  
 $\chi^2$   
 $\chi^2 = 15.5$  Covariancia = .034  
 gl = 8  
 p > .05

En relación a la respuesta que obtendrían si desearan dejar de fumar y las razones que tienen para utilizar con más frecuencia los servicios de salud, encontramos una chi cuadrada de 14.32 con 8 grados de libertad, mostrando que es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .19, por lo que muestra una correlación positiva débil y covariancia de .034.

El cuadro muestra que las respuestas que obtendrían si desearan dejar de fumar, el 55.6 por ciento tendría éxito; el 31.9 por ciento no sabía qué respuesta tendría, y el 12.6 por ciento piensa que no tendría éxito. De ellos, de los que dicen utilizar los servicios de salud porque tiene derecho a ellos, es el 34.8 por ciento; señalan que el 18.8 tendría éxito si deseara dejar de fumar; el 9.7 por ciento no sabe, y el 6.3 por ciento cree que no tendría éxito. De los que utilizan los servicios de salud porque le queda cerca es el 33.6 por ciento; ellos señalan que el 17.4 por ciento tendría éxito si deseara dejar de fumar; el 11.6 por ciento no sabe qué respuesta tendría, y el 4.3 por ciento cree no tendría éxito si deseara dejar de fumar.

### CUADRO 13

#### CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L.1993

SEGURIDAD SOCIAL CONSUMO BEBIDAS	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI	70	38.8	1	.5			16	7.7	6	2.9	93	44.9
NUNCA	67	32.4					32	15.5	2	1.0	101	48.8
NO ACTUALMENTE	8	2.9			1	.5	6	2.9			13	6.3
TOTAL	143	69.1	1	.5	1	.5	54	26.1	8	3.9	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 26.83$  V. de Cramer = .26  
 $\chi^2 = 2$  Cpvariancia = .06  
 $\chi^2 = 15.50$   
 $gl = 8$   
 $p < .05$

Al correlacionar el consumo de bebidas alcohólicas y el tipo de seguridad social que tiene la población, se encontró una chi cuadrada de 26.83 con 8 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .26, por lo que la correlación fue positiva débil. La covariancia fue de .06.

Los datos muestran que el 44.9 por ciento consume bebidas alcohólicas, y el 6.3 por ciento actualmente bebe, el 48.8 por ciento refiere que nunca ha consumido bebidas alcohólicas. De acuerdo con la seguridad social a la que tiene derecho, el 69.1 por ciento tiene seguro social, y de ellos consumen alcohol el 38.8 por ciento, el 2.9 por ciento actualmente no consume; el 32.4 dice nunca ha consumido. De los que tienen servicios estatales de salud que es el 26.1 por ciento, el 7.7 por ciento consume bebidas alcohólicas, el 2.9 actualmente no consume bebidas alcohólicas, y el 15.5 por ciento nunca ha consumido.

## CUADRO 14

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y TIPO DE SERVICIO  
DE SALUD QUE UTILIZA FRECUENTEMENTE LA POBLACION  
SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

SERVICIO DE SALUD	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S. E. S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI CONSUME	45	21.7	4	1.9	1	.5	32	15.5	11	5.3	93	44.9
NUNCA HA CONSUMIDO	38	18.4	2	1.0	2	1.0	52	25.1	7	3.4	101	48.8
NO ACTUALMENTE	5	2.4					8	3.9			13	6.3
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FUENTE: DIRECTA

x<sup>2</sup> = 9.77 V. de Cramer = .15x<sup>2</sup> t = 15.50 Covariancia = .02

gl = 8

p &gt; .05

Al relacionar las variables de consumo de bebidas alcohólicas con el tipo de servicios de salud que utiliza más frecuentemente, encontramos una chi cuadrada calculada de 9.77 con una chi cuadrada según tabla de 15.50 con 8 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .15 con una correlación positiva débil y una variación explicada de .02.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Se observa que el 48.8 por ciento de las personas encuestadas nunca han consumido bebidas alcohólicas y un 44.9 por ciento sí consume; y de acuerdo al tipo de servicio de salud que utilizan los que nunca han consumido bebidas alcohólicas, el 25.1 por ciento cuentan con la Subsecretaría Estatal de Salud y un 18.4 por ciento cuentan con seguridad social. El 3.4 por ciento cuentan con medicina privada y el 1.0 por ciento tienen ISSSTE. En cuanto a los que sí ingieren bebidas alcohólicas, el 21.7 por ciento pertenecen al IMSS, el 15.5 por ciento son usuarios de la S.E.S., el 5.3 por ciento ocupa medicina privada, el 1.9 por ciento pertenece al ISSSTE y el .5 a seguridad empresarial.

**CUADRO 15**  
**FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y TIPO**  
**DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION DE SAN MIGUEL**  
**GUADALUPE, N.L. 1993**

SEGURIDAD SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TODOS LOS DIAS	1	.5					1	.5			2	1.0
MAS DE 2 SEMANAL	5	2.4	1	.5			4	1.9	1	.5	11	5.8
7 A 15 DIAS	25	12.1					4	1.9	2	1.0	31	15.0
OCASIONAL	21	10.1					4	1.9	2	1.0	27	13.0
CASOS ESPECIALES	19	9.2					3	1.4	1	.5	23	11.1
NUNCA	72	34.8			1	.5	38	18.4	2	1.0	113	54.6
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>69.1</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>54</b>	<b>26.1</b>	<b>8</b>	<b>3.9</b>	<b>207</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 33.41$        $p > .05$   
 $\chi^2 = 31.41$       V. de Cramer = .20  
 $g^2 = .04$       Covariancia = .04

Al relacionar las variables frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y tipo de seguridad social al que tienen derecho, se encontró una chi cuadrada de 33.41 con 20 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado. La significancia fue mayor al .05. La V de Cramer fue de .20, por lo que muestra una asociación positiva débil y una covariancia de .04.

Los datos muestran que el 6.3 por ciento consume bebidas alcohólicas todos los días o más de 2 veces por semana; el 15.0 por ciento, cada 7 ó 15 días; el 13.0 por ciento lo hace ocasionalmente, y el 11.1 por ciento bebe en casos especiales; el 54.6 por ciento refiere que nunca consume alcohol. De los que tienen derecho a la seguridad social que es el 69.1 por ciento, el 2.9 por ciento bebe todos los días o más de 2 veces por semana, el 12.1 por ciento consume alcohol cada 7 ó 15 días, el 10.1 por ciento bebe ocasionalmente, el 9.2 por ciento en casos especiales, el 34.8 nunca consume bebidas alcohólicas. De la población abierta que tiene derecho a la Secretaría Estatal de Salud, el 2.4 por ciento consume alcohol todos los días o más de 2 veces por semana, el 1.9 por ciento lo hace cada 7 ó 15 días, el 1.9 por ciento bebe ocasionalmente, el 1.4 por ciento bebe en casos especiales, el 18.4 por ciento nunca bebe.

## CUADRO 16

**FRECUENCIA DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**

SERVICIOS DE SALUD FRECUENCIA DE CONSUMO	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S. E. S.		PRIVADA		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
TODOS LOS DIAS	1	.5					1	.5			2	1.0
MAS DE 2 VECES POR SEMANA	3	1.4	1	.5	1	.5	4	1.9	2	1.0	11	5.3
CADA 7/15 DIAS	17	8.2	1	.5			9	4.3	4	1.9	31	15.0
OCASIONALMENTE	14	6.8	1	.5			9	4.3	3	1.4	27	13.0
CASOS ESPECIALES	11	5.3	1	.5			9	4.3	2	1.0	23	11.1
NUNCA	42	20.3	2	1.0	2	1.0	60	29.0	7	3.4	113	54.6
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>42.5</b>	<b>8</b>	<b>2.9</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>	<b>92</b>	<b>44.4</b>	<b>18</b>	<b>8.7</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 18.73$      $gl = 20$      $V. \text{ de Cramer} = .15$

$\chi^2 = 31.41$      $p = .05$      $Covariancia = .02$

La frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas al relacionarla con qué institución de servicios de salud utiliza con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 18.73 con 20 grados de libertad, mostrando que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .15 por lo que existe una correlación positiva débil; la covariancia fue de .02.

El cuadro refleja que del 44.4 por ciento utiliza con más frecuencia los servicios totales de salud; de ellos, el 2.4 consume alcohol todos los días o más de 2 veces por semana; el 4.3 por ciento bebe cada 7 ó 15 días; el 4.3 por ciento sólo bebe en casos especiales; el 29.0 por ciento nunca bebe. De los que utilizan con más frecuencia la seguridad social, son el 42.5 por ciento; de ellos, el 2.9 por ciento bebe todos los días o más de 2 veces por semana; el 8.2 por ciento consume alcohol cada 7 ó 15 días; el 6.8 por ciento bebe ocasionalmente y el 5.3 por ciento lo hace en casos especiales; el 20.3 por ciento refiere que nunca bebe.



## CUADRO 17

### MOTIVOS PARA NO CONSUMIR BEBIDAS ALCOHOLICAS Y SERVICIOS QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

SERVICIOS	PROMOCION DE LA SALUD		PREVENCION		CURACION DE LA ENF.		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MOTIVOS PARA NO CONSUMIR								
NO LE GUSTA			20	17.7	86	76.1	106	93.8
EVITA DAÑOS A LA SALUD	1	.9			5	4.4	6	5.3
EVITA PROBLEMAS FAMILIARES					1	.9	1	.9
TOTAL	1	.9	30	17.7	92	81.4	113	100

FUENTE: DIRECTA.

n= 207

Si Beben= 94

x c= 19.20 V. de Cramer= .29

x t= 9.48 Covariancia= .08

gl = 4  
p< .05

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Al relacionar las variables, motivos para no consumir bebidas alcohólicas y servicios que utiliza con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 19.20 con 4 grados de libertad y una chi cuadrada de tablas de 9.48, por lo que muestra que fue diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fue de .29, mostrando una asociación positiva débil y una covariancia de .08.

Los datos muestran que la población utiliza más los servicios para curación de la enfermedad en un 81.4 por ciento y de ellos el 76.1 por ciento refiere no consumir bebidas alcohólicas porque no le gustan, y el 4.4 por ciento por evitarse daños a la salud.

## CUADRO 18

**CREENCIAS DE ENFERMAR POR BEBER Y FRECUENCIA EN LA  
UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD POR LA POBLACION  
SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**

CREENCIAS	MINIMO 2 POR AÑO		CUANDO SE ENFERMA		CADA MES		CADA 3 MESES		1 VEZ AL AÑO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI CREE ENFERMAR	24	11.6	149	72.0	16	7.7	3	1.4	10	4.8	202	97.6
NO CREE ENFERMAR			4	1.9	1	.5					5	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>11.6</b>	<b>153</b>	<b>73.9</b>	<b>17</b>	<b>8.2</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>	<b>10</b>	<b>4.8</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO.

$\chi^2 = 1.80$       V. de Cramer = .10  
 $\chi^2 = 9.48$       Covariancia = .008  
 gl = 4  
 p > .05

Las creencias que tiene la población de enfermar por beber y la frecuencia de utilización de los servicios de salud al relacionarse, se encontró una chi cuadrada de 1.80 con 4 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido contra lo esperado. La V de Cramer fue de .10, por lo que existe una correlación positiva débil. La variación explicada fue del .008.

El cuadro muestra que el 97.6 por ciento cree que puede enfermar por beber, y el 2.4 por ciento no cree enfermar. De la población que cree puede enfermar, el 72.0 por ciento utiliza los servicios de salud sólo cuando se enferma; el 11.6 por ciento los usa mínimo 2 veces por año; el 7.7 por ciento cada mes; e. 4.8 por ciento una vez al año, y el 1.4 por ciento los utiliza cada tres meses.

## CUADRO 19

CREENCIAS DE DAÑOS POR BEBER Y FRECUENCIA DE UTILIZACION  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LA POBLACION  
SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

FRECUENCIA	MINIMO 2 POR AÑO		CUANDO ENFERMO		CADA MES		CADA 3 MESES		1 VEZ AL AÑO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PROB. HIGADO	18	7.7	88	42.5	7	3.4	3	1.4	2	1.0	116	56.0
HEMORRAGIAS Y ULCERAS G.	1	.5	23	11.1					3	1.4	27	13.0
CIRROSIS	3	1.4	13	6.3	2	1.0					18	8.7
T. CONDUCTA	2	1.0	16	7.7	2	1.0			1	.5	21	10.1
PROB. FAMILIAR	1	.5							2	1.0	3	1.4
DAÑO RENAL	1	.5	13	6.3	6	2.9			2	1.0	22	10.6
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>11.8</b>	<b>153</b>	<b>73.9</b>	<b>17</b>	<b>8.2</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>	<b>10</b>	<b>4.8</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

PROB.- PROBLEMA  
G.- GÁSTRICAS  
T.- TRASTORNO

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2$  c- 53.4    gl - 20    V. de Cramer- .26  
 $\chi^2$  t- 31.41    p- .05    Covariancia- .06

Al relacionar los daños por beber y la frecuencia de utilización de los servicios de salud, se obtuvo una chi cuadrada de 53.4 con 20 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido contra lo esperado. Se encontró una V de Cramer de .26, por lo que existe una asociación positiva débil. La covariancia fue de .06.

Los datos nos indican que los daños que la población cree se producen por ingerir bebidas alcohólicas son: el 56.0 por ciento señala problemas del hígado como daños que se producen, el 13.0 por ciento refiere hemorragias y úlcera gástrica, el 10.6 por ciento señala daños renales, el 10.1 por ciento refiere trastornos de la conducta, el 8.7 por ciento cirrosis hepática, y el 1.4 problemas familiares. De los que refieren problemas del hígado que son el 56.0 por ciento, utilizan los servicios de salud cuando están enfermos el 42.5 por ciento, y el 7.7 por ciento usa los servicios mínimo 2 veces por año. De la población que señala que el beber produce hemorragias y úlcera gástrica que es el 13.0 por ciento, éstos usan los servicios de salud cuando están enfermos el 11.1 por ciento.

## CUADRO 20

**BENEFICIOS QUE SE TIENEN POR NO BEBER Y ORIENTACION POR  
LOS SERVICIOS DE SALUD PARA NO BEBER EN LA POBLACION  
SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**

ORIENTACION PARA NO BEBER	SI		NO		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>SALUD Y NO ENFERMAR</b>	23	11.1	136	65.7	159	76.8
<b>EVITAR PROBLEMAS FAMILIARES</b>	5	2.4	28	13.5	33	15.9
<b>FAVORECE ECONOMIA</b>	6	2.9	9	4.3	15	7.2
<b>TOTAL</b>	34	16.4	173	83.6	207	100

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 6.55$       V. de Cramer = .18  
 $\chi^2 = 5.99$       Covariancia = .03  
 gl = 2  
 P < .05

Al relacionar los beneficios que la población dice tener por no beber y la orientación que han recibido por parte de los servicios de salud para no beber, se obtuvo una chi cuadrada de 6.55 con 2 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido contra lo esperado. La V de Cramer fue de .18, por lo que nos muestra una correlación positiva débil. La variación explicada fue del 3 por ciento.

El cuadro refleja que los beneficios que la población dice tener por no beber, son: el 76.8 por ciento señala tener salud y no enfermar, el 15.9 por ciento se evitan problemas familiares, y el 7.2 por ciento favorece su economía. De los que señalan que el no beber les da salud y no se enferman, el 65.7 por ciento no ha recibido orientación por parte del Sector Salud para no beber, y el 11.1 por ciento sí ha recibido orientación. De los que señalan que el no beber les evita problemas familiares que es el 15.9 por ciento, no han recibido orientación para no beber el 13.5 por ciento, y el 2.4 por ciento sí ha recibido orientación.

## CUADRO 21

**BENEFICIOS QUE CREEN TENER POR BEBER Y ORIENTACION  
POR LOS SERVICIOS DE SALUD PARA NO BEBER EN LA  
POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**

ORIENTACION BENEFICIOS	SI		NO		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
NINGUNO	32	15.5	152	73.4	184	88.9
SATISFACCION PERSONAL			15	7.2	15	7.2
AUMENTA APETITO			1	.5	1	.5
FOMENTA CONVIVENCIA SOCIAL	2	1.0	5	2.4	7	3.4
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>16.4</b>	<b>179</b>	<b>83.6</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 4.02$       V. de Cramer = .14

$\chi^2 = 7.81$       Covariancia = .02

gl = 3  
p = .05

Al relacionar los datos sobre beneficios que creen tener por beber y la orientación recibida para no beber por parte de los Servicios de Salud, se obtuvo una chi cuadrada de 4.02 con 3 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fue de .14 y nos muestra una correlación positiva débil. La covariancia fue de .02.

El cuadro muestra que los beneficios que se obtienen por no beber, según la población son: el 88.9 por ciento señala que ningún beneficio, el 7.2 por ciento dice que da satisfacción personal, el 3.4 por ciento fomenta la convivencia social, y el .5 por ciento aumenta el apetito. De la población que señala que no se obtienen beneficios que es el 88.9 por ciento, el 73.4 por ciento refiere que no ha recibido orientación para no beber, y el 15.5 por ciento sí ha recibido orientación. De los que señalan que el beber da satisfacción personal que es el 7.2 por ciento, todos ellos no han recibido orientación.

## CUADRO 22

MOTIVOS PARA NO DEJAR DE BEBER Y TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

TIPO DE SEGURIDAD	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S. E. S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
NO SABEN	11	5.3			2	1.0	5	2.4	1	.5	17	8.2
DIFICULTAD DEJAR BEBER	42	20.3	3	1.4			54	26.1	11	5.3	112	54.1
EXCESO DE PUBLICIDAD	6	2.9	1	.5	1	.5	5	2.4	1	.5	14	6.8
DESINTERES POR SALUD	20	9.7	1	.5			15	7.2	2	1.0	38	18.4
PROB PERSONAL Y FAMILIARES	9	4.3	1	.5			13	6.3	3	1.4	26	12.6
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

PROB = PROBLEMAS  
FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 12.76$   $\chi^2 = 26.29$  V. de Cramer = .13  
gl = 16 p = .05 Covariancia = .02

Al relacionar los motivos que la población cree existen para no beber y la institución de salud que más utiliza, encontramos una chi cuadrada de 12.76 con 16 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido en relación a lo esperado. La V de Cramer fue de .13, por lo que la correlación fue positiva débil. La covariancia fue de .02.

El cuadro muestra los motivos que creen existen para no dejar de beber, el 54.1 por ciento refieren existen dificultades para dejar de beber, el 18.4 por ciento creen existe desinterés por su salud, el 12.6 por ciento puede tener problemas personales y familiares, el 8.2 por ciento no saben; el 6.8 por ciento creen que existe exceso de publicidad. De los que señalan que existe dificultad para dejar de beber, el 26.1 por ciento utiliza con más frecuencia los servicios de la Secretaría Estatal de Salud, el 20.3 por ciento utiliza la seguridad social, y el 5.3 por ciento usa el servicio de instituciones privadas. El 18.4 por ciento que señala que el desinterés por su salud es un motivo para no dejar de beber, el 9.7 por ciento utiliza la seguridad social, y el 7.2 por ciento utiliza la Secretaría Estatal de Salud.

## CUADRO 23

**RESPUESTA QUE DICEN TENER PARA DEJAR DE BEBER Y RAZON  
DE UTILIZAR CON MAS FRECUENCIA LOS SERVICIOS DE SALUD  
EN LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**

RAZON DE UTILIZAR	TIENE DERECHO		BUENO Y EFECTIVO		QUEDA CERCA		NO COBRAN		NEC DE ATENCIÓN		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
EXITO	33	15.9	23	11.1	35	16.9	6	2.9	10	4.8	107	51.7
NO EXITO	14	6.8	3	1.4	9	4.3	2	1.0	1	.5	29	14.0
NO SABE	25	12.1	9	4.3	25	12.1	8	3.9	4	1.9	71	34.3
TOTAL	72	34.8	35	16.9	69	33.3	16	7.7	15	7.2	207	100

NEC= NEGESIDAD

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 8.23$  V. de Cramer = .15

$\chi^2 = 15.50$  Covariancia = .02

gl = 8

p > .05

Al relacionar la respuesta que dicen tener para dejar de beber y la razón de utilizar los servicios de salud, se encontró una chi cuadrada de 8.23 con 8 grados de libertad, representando esto igual lo observado con lo esperado.

la V de Cramer fue de .15 determinando una correlación positiva débil con una variación explicada del 2 por ciento. Además al correlacionar estas dos variables, se observó que la población en un 51.7 por ciento dicen que tendrían éxito si quisieran dejar de beber, el 34.3 por ciento no sabe si tendría éxito, y el 14.0 por ciento cree no tener éxito si emprendiera esta acción. De las personas que señalan tener éxito, el 16.9 por ciento señala que las razones para utilizar con más frecuencia la institución de salud, es que les queda cerca; el 15.9 por ciento porque tiene derecho a ella; el 11.1 por ciento lo usa porque es bueno y efectivo; el 4.8 por necesidad de atención, y el 2.9 por ciento porque no cobran. De los que no saben qué respuesta tendrían si desearan dejar de beber, el 12.1 por ciento señala que usa los servicios porque le queda cerca, y también el 12.1 por ciento porque tiene derecho a el servicio.



## CUADRO 24

69.

### REALIZACION ACTUAL DE EJERCICIO Y TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

TIPO SEGURIDAD SOCIAL REALIZACION DE EJERCICIO	IMSS		ISSSTE		EMPRESARIAL		S.E.S.		PRIVADA		TOTAL
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI %
SI REALIZA	53	25.6	1	.5			9	4.3	2	1.0	65 31.4
NUNCA HA REALIZADO	82	39.6			1	.5	44	21.3	5	2.4	132 63.8
DEJO DE HACERLO	8	3.9					1	.5	1	.5	10 4.8
<b>TOTAL</b>	<b>143</b>	<b>69.1</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>1</b>	<b>.5</b>	<b>54</b>	<b>26.1</b>	<b>8</b>	<b>3.9</b>	<b>207 100</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 13.77$  V. de Cramer = .19

$\chi^2 = 15.80$  Covariancia = .03

gl = 8

p > .05

Al relacionar las variables de realización actual de ejercicio y tipo de seguridad social de la población, encontramos una chi cuadrada de 13.77 con 8 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fue de .19, por lo que muestra una correlación positiva débil. La covariancia fue del 3 por ciento de variación explicada.

Los datos muestran en relación a la ejecución de ejercicio que el 31.4 por ciento realiza ejercicio, el 4.8 por ciento dejó de hacerlo, y el 63.8 nunca ha realizado ejercicio. De los que realizan ejercicio, el 25.6 por ciento tienen derecho a la seguridad social y el 4.3 es población abierta que tiene derecho a los servicios de la Secretaría Estatal de Salud; de los que nunca han realizado ejercicio, el 39.6 por ciento tiene derecho a la seguridad social, el 21.3 por ciento a los servicios estatales de salud, y el 2.4 por ciento a los servicios privados.

## CUADRO 25

70.

### REALIZACION DE EJERCICIO E INSTITUCION DE SALUD QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

INSTITUCION DE SALUD	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S.E.S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI REALIZA	36	17.4	1	.5			23	11.1	5	2.4	65	31.4
NO REALIZA	47	22.7	4	1.9	3	1.4	67	32.4	11	5.3	132	63.8
DEJO DE HACERLO	5	2.4	1	.5			2	1.0	2	1.0	10	4.8
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>42.5</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>	<b>92</b>	<b>44.4</b>	<b>18</b>	<b>8.7</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 13.30$       V. de Cramer = .18  
 $\chi^2$                       Covariancia = .03  
 $\chi^2 = 15.50$   
 gl = 8  
 p > .05

Al analizar la realización de ejercicio con institución de salud que utiliza con más frecuencia, se obtuvo una chi cuadrada de 13.30 con 8 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido en relación a lo esperado. La V de Cramer fue de .18, por lo que existe una correlación positiva débil. La covariancia fue del 3 por ciento de variación explicada.

El cuadro muestra que la población que hace ejercicio es el 31.4 por ciento, de los cuales 17.4 por ciento utiliza con más frecuencia los servicios de la seguridad social, el 11.1 por ciento usa los de la Secretaría Estatal de Salud y el 2.4 por ciento del sector privado. De los que nunca realizan ejercicio, que es el 63.8 por ciento, utilizan con más frecuencia los servicios de la Secretaría Estatal de Salud un 32.4 por ciento, el 22.7 por ciento utiliza los de la seguridad social, y el 5.3 por ciento los del sector privado.

## CUADRO 26

## FRECUENCIA DE EJERCICIO Y TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL EN LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

SEGURIDAD SOCIAL FRECUENCIA	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S. E. S.		PRIVADA		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
2 O MAS VECES POR SEMANA	32	15.5					8	3.9	2	1.0	42	20.3
1 VEZ POR SEMANA	13	6.3	1	.5					1	.5	15	7.2
1 VEZ CADA 2 SEMANAS	2	1.0									2	1.0
RARA VEZ O EXCEP.	9	4.3					5	2.4			14	6.8
NO HACE EJERCICIO	87	42.0			1	.5	41	19.8	5	2.4	134	64.7
TOTAL	143	69.1	1	.5	1	.5	54	26.1	8	3.9	207	100

EXCEP. • EXCEPCIONALMENTE  
FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 22.77$   $\chi^2_{t=16} = 26.29$   $g.l. = 16$   $V. de Cramer = .17$   
 $p < .05$   $Covariancia = .02$

La frecuencia de ejercicio y el tipo de seguridad social, al relacionarlas se encontró una chi cuadrada de 22.77 con 16 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido con lo esperado. Una V de Cramer de .17, por lo que la correlación fue positiva débil y la covariancia de .02.

Los datos muestran que un 64.7 por ciento no hace ejercicio, de los cuales el 42.0 por ciento pertenece al IMSS y un 19.8 por ciento tienen la SES; el 2.4 por ciento ocupan la medicina privada y .5 pertenecen a empresas. El 35.3 por ciento de la población encuestada manifiesta realizar ejercicio de la siguiente manera: un 20.3 por ciento lo practica dos o más veces por semana, un 7.2 por ciento una vez a la semana, un 6.8 por ciento rara vez excepcionalmente lo realiza, y el 1.0 por ciento lo practica una vez cada 2 semanas.

## CUADRO 27

**FRECUENCIA DE REALIZACION DE EJERCICIO E INSTITUCION  
DE SALUD QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION  
SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**

INSTITUCION DE SALUD	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S.E.S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
2 O MAS VECES POR SEMANA	24	11.6					15	7.2	3	1.4	42	20.3
1 VEZ POR SEMANA	10	4.8					4	1.9	1	.5	15	7.2
1 VEZ CADA 2 SEMANAS									2	1.0	2	1.0
RARA VEZ O EXCEPCIONALMENTE	4	1.9	2	1.0	1	.5	6	2.9	1	.5	14	6.8
NO HACE EJERCICIO	50	24.2	4	1.9	2	1.0	67	32.4	11	5.3	134	64.7
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.4	92	44.4	18	8.7	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$$\chi^2 = 41.53$$

$$g.l. = 16$$

V. de Cramer = .23

Covariancia: .05

Al cruzar los ítems de frecuencia de realización de ejercicio con la institución de salud que utiliza con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 41.53 con 16 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fue de .23, mostrando una correlación positiva débil; la covariancia fue de 5 por ciento de variación explicada. ®

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al analizar el cuadro se muestra que el 20.3 por ciento realiza ejercicio dos o más veces por semana; el 7.7 por ciento realiza rara vez o excepcionalmente; e. 7.2 por ciento realiza una vez por semana, y el 1.0 por ciento una vez cada dos semanas. De los que realizan dos o más veces por semana ejercicio, el 11.6 por ciento utiliza con más frecuencia la seguridad social, el 7.2 por ciento usa los servicios de la Secretaría Estatal de Salud. De los que rara vez o excepcionalmente hacen ejercicio, el 2.9 por ciento utiliza los servicios de la Secretaría Estatal de Salud, y el 1.9 por ciento de la seguridad social.

## CUADRO 28

MOTIVOS PARA LA REALIZACION DE EJERCICIO Y SERVICIOS  
QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION  
SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

SERVICIOS MOTIVOS	PROMOCION DE LA SALUD		PREVENCION		CURACION DE LA ENFERMEDAD		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MANTENERSE SANO	1	.5	2	1.0	30	14.5	33	15.9
NO HACE EJERCICIO	1	.5	21	10.1	116	56.0	138	66.7
POR GUSTO O DISTRACCION			5	2.4	9	4.3	14	6.8
MANTENERSE EN FORMA			1	.5	14	6.8	15	7.2
BAJAR DE PESO			1	.5	2	1.0	3	1.4
EL TRABAJO LO REQUIERE					4	1.9	4	1.9
TOTAL	2	1.0	30	14.5	176	84.5	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 11.05$      $df = 10$      $p > .05$      $v$  de Cramer = .17  
Covariancia = .03

Al analizar los motivos que tiene la población para hacer ejercicio y el tipo de servicio de salud que utiliza con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 11.05 con 10 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .17, mostrando una correlación positiva débil y una covariancia de .03.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El cuadro muestra que los motivos para realizar ejercicio son: el mantenerse sano, el 18.9 por ciento; el 7.2 por ciento lo práctica para mantenerse en forma; el 6.8 lo hace por gusto o diversión; el 1.9 por ciento porque su trabajo lo requiere, y el 1.4 para bajar de peso. El 63.8 por ciento no hace ejercicio. De los que refieren practicar el ejercicio para mantenerse sanos, el 14.5 utiliza los servicios para curación de enfermedad, y el 1.5 por ciento para prevención y promoción de la salud. Los que hacen ejercicio para mantenerse en forma, es el 7.2 por ciento, de ellos el 6.8 usa los servicios también para curación.

## CUADRO 29

### MOTIVOS PARA NO REALIZAR EJERCICIO Y SERVICIOS QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

SERVICIOS MOTIVOS	PROMOCION DE LA SALUD		PREVENCION		CURACION DE LA ENFERMEDAD		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
FALTA DE TIEMPO	1	.7	19	18.8	87	82.1	107	78.4
NO LE INTERESA			2	1.4	27	19.3	29	20.7
POR PROB. DE SALUD			2	1.4	2	1.4	4	2.9
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>.7</b>	<b>23</b>	<b>18.4</b>	<b>116</b>	<b>82.9</b>	<b>140</b>	<b>100</b>

PROB.- PROBLEMAS

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 5.89$       V. de Cramer = .14

$\chi^2 = 9.48$       Covariancia = .020

gl = 4  
p > .05

n = 207  
Si Realiza  
Ejercicio = 67

## UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Al relacionar los ítems, motivos para no realizar ejercicio y los servicios que utiliza con más frecuencia, se obtuvo una chi cuadrada de 5.69 con 4 grados de libertad y una chi cuadrada de tablas de 9.48, por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado. Se obtuvo también una V de Cramer de .14 mostrando una asociación positiva débil y una covariancia de .02.

Los datos muestran que al relacionar los motivos para no realizar ejercicio y los servicios que utiliza con más frecuencia, se encontró que el 82.9 por ciento utiliza los de curación de la enfermedad y al 19.3 por ciento no le interesa realizar esta práctica.

## CUADRO 30

CREENCIA ACERCA DE PERJUICIOS QUE PROVOCA NO REALIZAR EJERCICIO Y FRECUENCIA DE UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

CREENCIAS	MINIMO 2 POR AÑO		SOLO CUANDO ENFERMA		CADA MES		CADA 3 MESES		1 VEZ AL AÑO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI PERJUDICA NO REALIZARLO	23	11.1	141	68.1	15	7.2	2	1.0	10	4.8	191	92.2
NO PERJUDICA NO REALIZARLO	1	.5	5	2.4	2	1.0					8	3.9
NO SABE			7	3.4			1	.5			8	3.9
TOTAL	24	11.6	153	73.9	17	8.2	3	1.4	10	4.8	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 12.64$  V. de Cramer = .18

$\chi^2 = 15.50$  Covariancia = .03

gl = 8

p > .05

Al correlacionar las creencias acerca de perjuicios que provoca no realizar ejercicio y la frecuencia de utilización de los servicios de salud, se obtuvo una chi cuadrada de 12.64 con 8 grados de libertad, por lo que fue igual lo encontrado con lo esperado. La V de Cramer fue de .18 que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .03.

El cuadro muestra que el 92.3 por ciento señala que el no realizar ejercicio perjudica su salud, el 3.9 dice que no perjudica su salud, y el 3.9 por ciento señala que no sabe si perjudica la salud. De los que dicen que perjudica la salud el no realizar ejercicio, el 68.1 por ciento usa los servicios de las instituciones de salud sólo cuando se enferma, el 11.1 por ciento dice que los usa mínimo dos veces por año, el 7.2 por ciento los usa cada mes, el 4.8 por ciento una vez por año y el uno por ciento cada tres meses.



## CUADRO 31

DAÑOS PRODUCIDOS POR NO HACER EJERCICIO Y FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

FRECUENCIA DAÑOS	MINIMO 2 POR AÑO		CUANDO ENFERMA		CADA MES		CADA 3 MESES		1 VEZ POR AÑO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
OBESIDAD	13	6.3	73	35.3	5	2.4			6	2.9	97	46.9
NO SABE	2	1.0	19	9.2	4	1.9	1	.5	1	.5	27	13.0
BAJA COND FISICA	2	1.0	24	11.6	3	1.4			2	1.0	31	15.0
PROB. DEL CORAZON	6	2.9	29	14.0	3	1.4	2	1.0			40	19.3
ENF. MUSCULO ESQUELETICAS	1	.5	8	3.9	2	1.0			1	.5	12	5.8
TOTAL	24	11.6	153	73.9	17	8.2	3	1.4	10	4.8	207	100.0

FUENTE: DIRECTA

 $\chi^2 = 15.10$   
 $\chi^2 = 26.29$ 
 $gl = 16$   
 $p = 0.5$ 
 $V. de Cramer = .14$   
 $Covariancia = .02$ 

La relación encontrada al correlacionar estas dos variables, mostró una chi cuadrada de 15.10 con 16 grados de libertad, por lo que se considera igual lo encontrado con lo esperado. La V de Cramer fue de .14 con una correlación positiva débil y una variación explicada del 2 por ciento.

Así también se encontró que un 46.9 por ciento menciona la obesidad como el daño importante que produce el no hacer ejercicio; relacionando esto con el uso de servicios, el 35.3 por ciento sólo lo utiliza cuando enferma, el 15.0 por ciento manifestó problemas del corazón, y un 13.0 por ciento no sabe los daños que se producen.

## CUADRO 32

BENEFICIOS PERCIBIDOS POR REALIZAR EJERCICIO Y LA  
ORIENTACION RECIBIDA POR LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA  
POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

ORIENTACION	SI		NO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
MANTENERSE EN FORMA	7	3.4	62	30.0	69	33.3
MAYOR COND. FISICA	4	1.9	38	18.4	42	20.3
SENTIRSE BIEN	17	8.2	63	30.4	80	38.6
NO SABE			5	2.4	5	2.4
BAJAR DE PESO	1	.5	10	4.8	11	5.3
TOTAL	29	14.0	178	86.0	207	100.0

FUENTE: DIRECTA  
 $\chi^2 = 6.07$  gl = 4  
 $\chi^2$   
 $\chi^2$  t = 9.48  
 p > .05

V. de Cramer = .18

Covariancia = .03

Al relacionar los beneficios percibidos por realizar ejercicio y la orientación recibida por los servicios de salud, observamos que la chi cuadrada obtenida fue de 6.07 con 4 grados de libertad, por lo que fue igual lo obtenido de lo esperado. Se encontró también una V de Cramer de .18 que muestra una correlación positiva débil y con una covariancia de .03.

Al analizar la información se observa que el 92.2 por ciento de la población encuestada, realizó el ejercicio con el objeto de sentirse bien, tener mejor condición física y de mantenerse en forma, y sólo un 5.3 por ciento lo realiza para bajar de peso, y un 2.4 por ciento refiere que no sabe el beneficio percibido por realizar ejercicio.

## CUADRO 33

RESPUESTA QUE TENDRIAN SI INICIARAN LA PRACTICA DE EJERCICIO  
Y LA RAZON DE UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR LA  
POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

RAZON DE UTILIZAR	TIENE DERECHO		BUENO Y EFECTIVO		QUEDA CERCA		NO COBRAN		NECESIDAD DE ATENCION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TENDRIA EXITO	50	24.2	29	14.0	38	17.4	11	5.3	7	3.4	133	64.3
NO TENDRIA EXITO	5	2.4	3	1.4	8	3.9	1	.5	1	.5	18	8.7
NO SABE	17	8.2	3	1.4	25	12.1	4	1.9	7	3.4	56	27.1
TOTAL	72	34.8	35	16.9	69	33.3	16	7.7	15	7.2	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 14.67$  V. de Cramer = .19  
 $\chi^2 = 15.50$  Covariancia = .04  
 gl = 8  
 p = .05

Al relacionar la respuesta, qué tendrían si iniciaran la práctica del ejercicio y la razón de utilización de los servicios de salud, se obtuvo una chi cuadrada de 14.67 con 8 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

Los datos del cuadro muestran que si la población iniciara la práctica del ejercicio, qué respuesta obtendrían, por lo que el 64.3 por ciento señala que tendría éxito; el 27.1 por ciento no sabe si tendría éxito y el 8.7 por ciento refiere que no tendría éxito. De los que señalan que tendrían éxito si iniciaran la práctica del ejercicio, las razones para utilizar el servicio de salud son: el 24.2 por ciento señala que lo usa porque tiene derecho a el, el 17.4 por ciento porque le queda cerca, el 14.0 por ciento porque es bueno y efectivo, el 5.3 por ciento lo usa porque no cobran, y el 3.4 por ciento necesitan atención.

## CUADRO 34

**CONSIDERACION DEL PESO CORPORAL Y LOS SERVICIOS DE  
SEGURIDAD SOCIAL QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA  
LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.**

SEGURIDAD SOCIAL PESO CORPORAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S.E.S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
NORMAL	50	24.2	3	1.4			47	22.7	12	5.8	112	54.1
BAJO PESO	6	2.9	1	.5	2	1.0	3	1.4	2	1.0	14	6.8
EXCESO DE PESO	30	14.5	2	1.0	1	.5	40	19.3	4	1.9	77	37.2
NO PUEDE JUZGAR	2	1.0					2	1.0			4	1.9
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>42.5</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>	<b>92</b>	<b>44.4</b>	<b>18</b>	<b>8.7</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2_c = 24.32$  V. de Cramer = .20

$\chi^2_t = 21.02$  Covariancia = .04

gl = 12  
p = .05

Al relacionar las variables, consideración del peso corporal y los servicios de seguridad social que utilizan con más frecuencia, mostró una chi cuadrada de 24.32 con 12 grados de libertad, por lo que demuestra que es diferente lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .20 mostrando una correlación positiva débil y una variación explicada del 2 por ciento.

Los datos muestran que el 54.1 por ciento considera que tienen peso normal, de éstos el 24.2 por ciento utiliza el IMSS y el 22.7 por ciento la SES como los servicios de seguridad social que utilizan con más frecuencia. Se observa también que el 37.2 por ciento dijo tener exceso de peso; y utilizan con más frecuencia el 19.3 por ciento la SES, y el 14.5 por ciento el IMSS. Por otro lado, el 6.8 por ciento dijo tener bajo peso, y el 1.9 por ciento no pudo juzgar su peso.

## CUADRO 35

TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL A QUE PERTENECEN Y TIPO DE INSTITUCION DE SALUD QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

INSTITUCION DE SALUD	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S.E.S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
IMSS	87	42.0	1	.5			47	22.7	8	3.9	143	69.1
ISSSTE							1	.5			1	.5
EMPRESARIAL	1	.5									1	.5
S. E. S.			4	1.9	3	1.4	44	21.3	3	1.4	54	26.1
PRIVADA			1	.5					7	3.4	8	3.9
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>42.5</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>	<b>92</b>	<b>44.4</b>	<b>18</b>	<b>8.7</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 141.30$  V. de Cramer = .41  
 $\chi^2 = 26.29$  Covariancia = .17  
 gl = 16  
 p > .05

Al relacionar las variables de tipo de seguridad social a la que tienen derecho y tipo de institución de salud que utilizan con más frecuencia, se obtuvo una chi cuadrada de 141.30 con 16 grados de libertad, mostrando que fue diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fue de .41 y nos refleja una asociación positiva débil. La variación explicada fue del 17 por ciento.

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Al analizar los datos se observa que el 69.1 por ciento tiene derecho al Instituto Mexicano del Seguro Social; sin embargo lo utiliza el 42.0 por ciento; un 22.7 por ciento usa los servicios de la Subsecretaría Estatal de Salud, y un 4.4 utiliza medicina privada o la Seguridad Social de Trabajadores del Estado. Los que tienen derecho a la Secretaría Estatal de Salud es el 26.1 por ciento, y lo usa el 21.3 por ciento.

## CUADRO 36

CREENCIAS SOBRE MOTIVOS PARA TENER EXCESO DE PESO  
Y SERVICIOS DE SALUD QUE UTILIZAN CON MAS FRECUENCIA  
LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

SERVICIOS CREENCIAS	PROMOCION DE LA SALUD		PREVENION		CURACION DE LA ENFERMEDAD		TOTAL	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
DIETA NO ADECUADA	1	.5	6	2.9	47	22.7	54	26.1
NO EXCESO DE PESO			14	6.8	104	50.2	118	57.0
NO HACE EJERCICIO			5	2.4	7	3.2	22	10.6
TRABAJO SEDENTARIO	1	.5	2	1.0	1	.5	4	1.9
NO SABE			3	1.4	6	2.9	9	4.3
TOTAL	2	1.0	30	14.5	175	84.5	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 35.86$  gl = 8 V. de Cramer = .30

$\chi^2 = 15.50$  p = .05 Covariancia = .08

Al relacionar las creencias sobre motivos que existen para tener exceso de peso y servicios que utilizan con más frecuencia, se encontró una chi cuadrada de 35.86 con 8 grados de libertad, por lo que fue diferente lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fue de .30 mostrando una asociación positiva débil y una covariancia de .08.

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Los datos muestran que los motivos que creen existen para tener exceso de peso son: la dieta no adecuada un 26.1 por ciento, el 10.6 por ciento refiere que se debe a no hacer ejercicio, el 4.3 por ciento no sabe los motivos, y el 1.9 por ciento refiere es debido al trabajo sedentario. El 57.0 por ciento dice no tener exceso de peso. De los que señalan que el exceso de peso es por una dieta no adecuada, el 22.7 por ciento usa los servicios en caso de curación de enfermedades, y el 3.4 por ciento restante, en caso de prevención y promoción de la salud.

## CUADRO 37

DAÑOS PRODUCIDOS POR EL EXCESO DE PESO Y FRECUENCIA  
EN LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA  
POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993.

UTILIZACION DE SERVICIOS DAÑOS	MINIMO 2 POR AÑO		CUANDO ENFERMO		CADA MES		CADA 3 MESES		1 VEZ AL AÑO		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
PRESION ALTA	6	2.9	50	24.2	8	3.9	2	1.0	4	1.9	70	33.8
DAÑA EL CORAZON	12	5.8	67	32.4	7	3.4	1	.5	5	2.4	92	44.4
DIABETES			19	9.2	1	.5			1	.5	21	10.1
PROBLEMA CIRCULATORIO	2	1.0	8	3.9	1	.5					11	5.3
PROB. MUSCULO ESQUELETICO	4	1.9	9	4.3							13	6.3
TOTAL	24	11.6	153	73.9	17	8.2	3	1.4	10	4.8	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2$  c- 13.92    gl - 16    V. de Cramer\* .13  
 $\chi^2$  t- 26.29    P\* .05    Covariancia\* .02

Al cruzar los ítems de daño por exceso de peso y frecuencia en la utilización de servicios de salud, se obtuvo una chi cuadrada de 13.92 con 16 grados de libertad, lo que significa que fue diferente lo obtenido de lo esperado. Se encontró también una V de Cramer de .13 que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .02.

Al analizar la información, tenemos que el 88.3 por ciento de los encuestados refieren conocer los daños producidos por tener exceso de peso; el 44.4 por ciento de éstos, aducen daños al corazón, el 33.8 por ciento reconocen que produce presión alta y el 10.1 por ciento menciona que produce diabetes. Un 6.3 por ciento, problemas músculo esquelético y un 5.3 por ciento refiere problemas circulatorios. Del 44.4 por ciento que refiere daños al corazón, el 32.4 por ciento utilizan los servicios de salud cuando enferman y un 3.4 por ciento lo utilizan cada mes y el 2.4 por ciento una vez al año, el .5 por ciento cada 3 meses.



## CUADRO 38

**BENEFICIOS POR TENER EXCESO DE PESO Y UTILIZACION  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA BAJAR DE PESO POR LA  
POBLACION SAN MIGUEL, GUADALUPE, N.L. 1993.**

UTILIZACION DE SERVICIOS	SI UTILIZA		NO UTILIZA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%
NINGUN BENEFICIO	13	6.3	184	88.9	197	95.2
NO SABE			10	4.8	10	4.8
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>6.3</b>	<b>194</b>	<b>93.7</b>	<b>207</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = .70$   
 $\chi^2 = 3.84$   
 $gl = 1$   
 $p = .05$

$\phi = .05$   
 Covariancia = .003

Al correlacionar los beneficios por tener exceso de peso y la utilización de los servicios de seguridad social para corregir el exceso de peso, mostró una chi cuadrada de .70 con 1 grado de libertad, siendo esto igual lo obtenido con lo esperado. El Phi fue de .05 mostrando que no hay correlación ni variación explicada.

El cuadro mostró que el 95.2 por ciento mencionó: ningún beneficio por tener exceso de peso; de éstos, el 88.9 por ciento refirió no utilizar servicios de seguridad social para bajar de peso y sólo el 6.3 por ciento sí los utiliza. Se encontró también que el 4.8 por ciento no sabe o no conoce beneficios.

### CUADRO 39

MOTIVOS QUE DICEN TENER PARA NO BAJAR DE PESO Y SERVICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL QUE UTILIZAN CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L.1993

SEGURIDAD SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
MOTIVOS PARA NO BAJAR PESO												
FALTA INFORMACION	19	9.2			2	1.0	20	9.7	4	1.9	45	21.7
NO SABE	9	4.3	4	1.9	1	.5	12	5.8	1	.5	27	13.0
FALTA INTERES	53	25.6	2	1.0			55	26.6	11	5.3	121	58.5
MAL HABITO ALIMENTICIO	7	3.4					5	2.3	2	1.0	14	6.8
TOTAL	88	42.5	6	2.9	3	1.5	92	44.3	18	8.7	207	100.0

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 23.61$

V.Cramer = .20

$\chi^2 = 21.02$

Covariancia = .04

gl = 12

p < .05 (.023)

Al relacionar los motivos para no bajar de peso y el uso de los servicios de salud que utiliza con más frecuencia, encontramos una chi cuadrada de 23.61 con 12 grados de libertad, lo que significa que fue diferente lo obtenido de lo esperado. Se encontró también una V de Cramer de .20 lo que muestra una correlación positiva débil y una covariancia de .04.

Al analizar la información, encontramos con que un 58.5 por ciento refirió falta de interés en su salud, un 21.7 por ciento respondió que le faltaba información, y un 13.0 por ciento dijo no saber los motivos, y el 6.8 por ciento refiere malos hábitos alimenticios. Del total de la población encuestada, el 44.4 por ciento utiliza los servicios de la SSA, el 42.5 por ciento utiliza el SS, un 2.9 por ciento el ISSSTE, un 8.7 servicios privados y sólo un 1.4 por ciento el servicio empresarial.

### CUADRO 40

RESULTADO QUE OBTENDRIA SI DESEARA BAJAR DE PESO  
Y LA RAZON POR LA QUE UTILIZA LOS SERVICIOS DE SEGURIDAD  
SOCIAL POR LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

RAZON DE UTILIZAR SERVICIOS	TIENE DERECHO		BUENO Y EFECTIVO		QUEDA CERCA		NO COBRAN		NECESIDAD		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
TENDRIA EXITO	50	24.2	27	13.0	33	15.9	11	5.3	8	3.9	129	62.3
NO TENDRIA EXITO	2	1.0			4	1.9			3	1.4	9	4.3
NO SABE	20	9.7	8	3.9	32	15.5	5	2.4	4	1.9	69	33.3
TOTAL	72	34.8	35	16.9	69	33.3	16	7.7	15	7.2	207	100.0

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2 = 21.41$  V. de Cramer = .23  
 $\chi^2 = 15.50$  Covariancia = .05  
 gl = 8  
 p > .05

La relación observada en las variables, resultados que obtendrían si desearan bajar de peso con la razón por la que utilizan los servicios de seguridad social, mostró una chi cuadrada de 21.41 con 8 grados de libertad, por lo que demuestra que no es igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .23, obteniendo una correlación positiva débil y una variación explicada del 5 por ciento.

#### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El cuadro mostró que el 62.3 por ciento tendrían éxito si desearan bajar de peso, y las razones que dijeron éstos, son la utilización de los servicios de seguridad social; el 24.2 por ciento dicen porque tienen derecho; el 15.9 por ciento porque queda cerca; el 13.0 por ciento porque es bueno y efectivo; el 5.3 por ciento porque no cobra, y el resto por otras necesidades.

### CUADRO 41

#### ESTADO NUTRICIO Y TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

SEGURIDAD SOCIAL	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S E S		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SUGESTIVO OBESIDAD	31	15.0					8	3.9	4	1.9	43	20.8
SOBREPESO	52	25.1	1	.5			23	11.1			76	36.7
NORMAL	55	26.6			1	.5	22	10.6	4	1.9	82	39.6
RIESGO A DEFICIENCIA ENERGETICA	5	2.4					1	.5			6	2.9
TOTAL	143	69.1	1	.5	1	.5	54	26.1	8	3.9	207	100.0

FUENTE: DIRECTA DEL ESTUDIO

$\chi^2 = 11.86$       V. de Cramer = .14  
 $\chi^2 = 21.02$       Covariancia = .02  
 $gl = 12$   
 $p < .05$

Al relacionar las variables, estado nutricio y el tipo de seguridad social que tiene la población estudiada, se encontró una chi cuadrada de 11.86 con 12 grados de libertad, siendo igual lo obtenido a lo esperado. La V de Cramer fue de .14 con una correlación positiva débil y una variación explicada del 2 por ciento.

El cuadro nos mostró que el 39.6 por ciento tienen peso normal, donde el 26.6 por ciento tienen derecho al IMSS, el 10.6 a la SES y el resto a otros; el 36.7 por ciento resultó con sobrepeso; el 25.1 por ciento tienen derecho al IMSS y el 11.1 por ciento a la SES y el resto a otros; el 10.8 por ciento resultó con obesidad, donde el 15.0 por ciento tienen derecho al IMSS y 3.9 por ciento a la SES.

## CUADRO 42

**ESTADO NUTRICIO Y SERVICIOS DE SALUD QUE UTILIZA  
CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L.**

SERVICIOS DE SALUD ESTADO NUTRICIO	IMSS		ISSSTE		EMPRESA		S. E. S.		PRIVADA		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
OBESIDAD	17	8.2	2	1.0	1	.5	18	8.7	5	2.4	43	20.8
SOBREPESO	29	14.0	3	1.4	1	.5	40	19.3	3	1.4	76	36.7
NORMAL	39	18.8	1	.5	1	.5	31	15.0	10	4.8	82	39.6
RIESGO DEF. ENERGETICA	3	1.4					3	1.4			6	2.8
<b>TOTAL</b>	<b>88</b>	<b>42.5</b>	<b>6</b>	<b>2.9</b>	<b>3</b>	<b>1.4</b>	<b>92</b>	<b>44.4</b>	<b>18</b>	<b>8.7</b>	<b>207</b>	<b>100</b>

DEF.- DEFICIENCIA  
FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 9.20$  V. de Cramer = .12

$\chi^2 = 21.02$  Covariancia = .01

gl = 12

p > .05

Al correlacionar las variables, estado nutricio y servicios de salud que utiliza la población de San Miguel, se encontró una chi cuadrada de 9.20 con 12 grados de libertad, representando de forma igual lo obtenido con lo esperado. La V de Cramer fue de .12 obteniendo una correlación positiva débil con una variación explicada de uno por ciento.

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El cuadro muestra que la población estudiada con peso normal fue de 39.6 por ciento y el resto presenta algún grado de malnutrición; sin embargo, de los que tienen peso normal, el 18.8 por ciento utilizan con más frecuencia el IMSS, el 15.0 por ciento la SES y el resto otros como son el ISSSTE, empresarial o privado. Otro de los datos que llama la atención es el sobrepeso representando el 37.6 por ciento y la obesidad observada fue de 20.8 por ciento. En relación con el uso de servicios, éstos utilizan en mayor proporción la SES.

## CUADRO 43

TABAQUISMO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD QUE UTILIZA  
CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION SAN MIGUEL  
GUADALUPE, N.L. 1993.

SERVICIOS	PROMOCION		PREVENCION		CURACION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI FUMA	1	.5	9	4.3	86	31.9	76	36.7
NUNCA HA FUMADO	1	.5	18	8.7	92	44.4	111	53.6
NO ACTUALMENTE			3	1.4	17	8.2	20	9.7
TOTAL	2	1.0	30	14.5	175	84.5	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = .977$  V. de Cramer = .048  
 $\chi^2 = 9.48$  Covariancia = .002  
 gl = 4  
 p > .05

Al correlacionar las variables, tabaquismo y uso de servicios de salud, se obtuvo una chi cuadrada de .97 con 4 grados de libertad y la chi cuadrada de la tabla es el 9.48, lo que demuestra que fue igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer fue de .048, dando una correlación negativa débil no observando variación explicada.

El cuadro mostró que el 36.7 por ciento de la población fuma, de éstos el 31.9 por ciento utiliza los servicios de curación y sólo el 4.8 por ciento los servicios de promoción y prevención. El 53.6 por ciento de la población nunca ha fumado; de éstos, el 44.4 por ciento utiliza los servicios de curación, mientras que sólo el 9.2 por ciento utiliza los de promoción y prevención. Se encontró también que el 9.7 por ciento no fuma actualmente, observando un mayor porcentaje el uso de los servicios de curación.

## CUADRO 44

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS Y UTILIZACION  
DE SERVICIOS DE SALUD EN LA POBLACION  
SAN MIGUEL GUADALUPE, B.L. 1993.

SERVICIOS CONSUMO	PROMOCION		PREVENCION		CURACION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI CONSUME	1	.5	10	4.8	82	39.6	93	44.9
NUNCA CONSUME			19	9.2	82	39.6	101	48.8
ACTUALMENTE NO	1	.5	1	.5	11	5.3	13	6.3
TOTAL	2	1.0	30	14.5	175	84.5	207	100

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 9.96$       V. de Cramer = .16  
 $\chi^2 = 9.48$       Covariancia = .02  
 gl = 4  
 p < .05

Al relacionar las variables sobre el consumo de bebidas alcohólicas y la utilización de servicios de promoción, prevención y curación, se obtuvo una chi cuadrada de 9.96 con 4 grados de libertad, y la de tablas es el 9.48, lo que significa que fue diferente lo esperado con lo obtenido. Se encontró también una V de Cramer de .16 que muestra una correlación positiva débil y una variación explicada del 2 por ciento.

El 44.9 por ciento de la población consume bebidas alcohólicas; de éstos, el 39.6 por ciento utiliza los servicios de curación, mientras que el 5.3 por ciento utiliza los servicios de promoción y prevención. El 48.8 por ciento refirió nunca haber consumido bebidas alcohólicas; de éstos, el 39.6 por ciento utiliza los servicios de curación y sólo el 9.2 utiliza los de prevención; el 6.3 por ciento de la población dejó de beber actualmente.



**CUADRO 45**  
**REALIZACION DE EJERCICIO Y SERVICIOS QUE UTILIZA**  
**CON MAS FRECUENCIA LA POBLACION DE SAN MIGUEL**  
**GUADALUPE, N.L. 1993**

SERVICIOS	PROMOCION		PREVENCIÓN		CURACION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
SI REALIZA	1	.5	7	3.4	57	27.5	65	31.4
NO REALIZA	1	.5	20	9.7	111	63.6	132	63.8
DEJO DE HACERLO			3	1.4	7	3.4	10	4.8
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>1.0</b>	<b>30</b>	<b>14.5</b>	<b>175</b>	<b>84.5</b>	<b>207</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: DIRECTA

$\chi^2$   
 $\chi^2 c = 3.02$   
 $\chi^2 t = 9.48$   
 gl = 4  
 p > .05

V/ de Cramer = .085  
 Covariancias = .007

En relación a la realización del ejercicio y la utilización de los servicios de promoción, prevención y curación, se obtuvo una chi cuadrada de 3.02 con 4 grados de libertad, con una P mayor de .05, comparándola con la chi cuadrada de tablas que es de 9.48, demuestra que fue igual lo obtenido de lo esperado. La V de Cramer obtenida fue de .085, mostrando una correlación positiva débil y sin mostrar variación explicada. ®

### DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

El 63.8 por ciento de la población no realiza ejercicio; de éstos, el 53.6 por ciento utiliza los servicios de curación y sólo el 10.2 por ciento utiliza los de promoción y prevención. El 31.4 por ciento de la población sí realiza ejercicio; de éstos, el 27.5 por ciento utiliza los servicios de curación y sólo el 3.9 por ciento utiliza la de promoción y prevención. El 4.8 por ciento refirió que dejó de hacer ejercicio.

## CUADRO 46

ESTADO NUTRICIO Y SERVICIOS QUE UTILIZA CON MAS FRECUENCIA  
LA POBLACION DE SAN MIGUEL GUADALUPE, N.L. 1993

SERVICIOS	PROMOCION		PREVENCION		CURACION		TOTAL	
	FI	%	FI	%	FI	%	FI	%
OBESIDAD			8	3.9	35	16.9	43	20.8
SOBREPESO	1	.5	11	5.3	64	30.9	76	36.7
NORMAL	1	.5	10	4.8	71	34.3	82	39.8
RIESGO DE DEFICIENCIA ENERGETICA			1	.5	5	2.4	6	2.9
TOTAL	2	1.0	30	14.5	175	84.5	207	100.0

FUENTE: DIRECTA.

$\chi^2 = 1.53$  V. de Cramer = .0609  
 $\chi^2 = 12.59$  Covariancia = .003  
 gl = 6  
 p = .05

Al relacionar las variables del estado nutricional y los servicios de salud que utiliza con más frecuencia, se obtuvo una chi cuadrada calculada de 1.53 con 6 grados de libertad y una V de Cramer de .0609, con una covariancia de .003.

El cuadro nos muestra que el 57.5 por ciento se encuentra en sobrepeso y sugestivo de obesidad, y de éstos el 30.9 por ciento utiliza los servicios de curación y un 5.3 por ciento los servicios de prevención, y sólo el .5 por ciento los servicios de promoción. De los que tienen obesidad, el 16.9 por ciento los servicios de curación, el 3.9 por ciento los servicios de prevención; de esta población encuestada sólo un 2.9 por ciento tiene riesgo de deficiencia energética, y de ellos el 2.4 por ciento utiliza los servicios de curación y sólo el .5 por ciento los servicios de prevención.

### 6.3 Comprobación de Hipótesis

De las correlaciones mostradas anteriormente a continuación se presentan aquellas que estén asociadas directamente con las hipótesis del estudio y que permitan tomar las decisiones.

Hi1 La observancia de los cuatro estilos de vida saludables están asociados con el uso de servicios de promoción y prevención en adultos de ambos sexos de 18 a 59 años.

Ho1 La no observancia de los cuatro estilos de vida saludables no están asociados con el uso de servicios de promoción y prevención en adultos de ambos sexos de 18 a 59 años.

Variables	Xic	Xit	Decisión
Tabaquismo, no tabaquismo y actualmente no fuma con usos de servicios de promoción, prevención y curación.	.977	9.48	Se acepta Ho
Consume y no consume y actualmente no consume bebidas alcohólicas y uso de servicios de promoción, prevención y curación.	9.96	9.48	Se acepta Hi
Realización de ejercicio, y no realización de ejercicio, con uso de servicios de promoción, prevención y curación.	3.02	9.48	Se acepta Ho
Estado nutricional y uso de servicios de promoción, prevención y curación.	1.53	12.59	Se acepta Ho

Por los anteriores resultados se acepto la Hipótesis Nula.

Hi2 El no fumar se relaciona con el uso de servicios de promoción y de prevención.

Ho2 El fumar no tiene relación con el uso de servicios de promoción y de prevención.

	$\chi^2_c$	$\chi^2_t$	Decisión
Tabaquismo, no tabaquismo , actualmente no fuma y tipo de seguridad social al que per- tenece.	7.68	15.50	Se acepta Ho
Tabaquismo no tabaquismo, actualmente no fuma y utili- zación de los servicios de seguridad social.	8.25	15.50	Se acepta Ho
Frecuencia de tabaquismo y tipo de seguridad social	22.87	21.02	Se acepta Hi
Motivos para fumar y servi- cios que utilizan de promo- ción, prevención y curación	2.60	12.59	Se acepta Ho
Motivos para no fumar y ser- vicios que utiliza de promo- ción prevención y curación	1.67	9.48	Se acepta Ho

## DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Por lo anterior se acepta la Hipótesis Nula.

- Hi3 El no consumir bebidas alcohólicas se relaciona con el uso de servicios de promoción y de prevención.
- Ho3 El consumir bebidas alcohólicas no tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.

	$\chi^2_c$	$\chi^2_t$	Decisión
Consume, no consume y actualmente no consume bebidas alcohólicas con tipo de seguridad social y al que pertenece	26.83	15.50	Se acepta $H_1$
Consume, no consume y actualmente no consume bebidas alcohólicas con utilización de servicios de salud más frecuentes	9.77	15.50	Se acepta $H_0$
Motivos para no consumir bebidas alcohólicas y servicios que utiliza más frecuentes de promoción, prevención y curación	20.06	12.59	Se acepta $H_1$
Motivos para consumir bebidas alcohólicas y servicios que utiliza más frecuentes de promoción, prevención y curación	1.87	12.59	Se acepta $H_0$

Por lo anterior y dado el error estimado fue mayor al .05 se acepta la Hipótesis Nula.

- $H_{14}$  El realizar ejercicio como estilo de vida saludable tiene relación con el uso de servicios de promoción y prevención.
- $H_{04}$  El sedentarismo con estilo de vida no esta asociado con el uso de servicios de promoción y prevención.

	$\chi^2_c$	$\chi^2_t$	Decisión
Realización de ejercicio y no realización de ejercicio y pertenencia de seguridad social	13.77	15.50	Se acepta Ho
Realización de ejercicio y no ejercicio y utilización de servicios	13.30	15.50	Se acepta Ho
Frecuencia de ejercicio y pertenencia a seguridad social	22.77	26.29	Se acepta Ho
Motivos para realizar ejercicio y utilización de servicios de promoción, prevención y curación	11.05	18.30	Se acepta Ho
Motivos para no realizar ejercicio y utilización de servicios de promoción, prevención y curación	7.73	12.59	Se acepta Ho

En virtud de los resultados se acepta la Hipótesis Nula.

- Hi5 El no tener sobrepeso se asocia con el uso de servicios de promoción y prevención. ®
- Ho5 La obesidad no esta asociada con el uso de servicios de promoción y prevención.

	$\chi^2_c$	$\chi^2_t$	Decisión
Consideración sobre su peso y servicios de salud utilización más frecuente	24.32	21.02	Se acepta $H_1$
Estado nutricional y pertenencia a seguridad social	11.86	21.02	Se acepta $H_0$
Estado nutricional y utilización más frecuente de servicios de salud	14.88	21.02	Se acepta $H_0$
Motivos para no tener exceso de peso y utilización de servicios de promoción, prevención y curación.	35.86	15.50	Se acepta $H_1$
Motivos para no tener exceso de peso y utilización de servicios de promoción, prevención y curación	17.10	18.30	Se acepta $H_0$

En virtud de los resultados y de que el error estimado fue mayor de .05 se acepta la Hipótesis Nula.

## Capítulo VII.

### 7. Resultados

#### 7.1 Discusión

Los resultados del estudio llevan a la decisión de que la observancia de los cuatro estilos de vida saludables (no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, ejercitarse y mantener el peso en límites recomendados) no están asociados con el uso de servicios de promoción y pudiéndose, aceptar la hipótesis nula. Esto difiere de lo señalado por Rosentock (1966) quien señala que ante la preocupación por la salud o las motivaciones para desarrollar conductas saludables, se emprende una acción preventiva o promocional.



En relación con el estilo de vida de no fumar, estudiado a través del tabaquismo, se encontró una prevalencia de 46.4 por ciento, resultado superior a lo reportado por el Colegio de la Frontera Norte (1989) que fue de 25.8 por ciento en población de 12 a 65 años y a lo encontrado en la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988 (S.S.A.) que fue de 22.8 por ciento en población mayor de 15 años. El 99 por ciento de los estudiantes considera que el fumar lo puede enfermar y sin embargo no utiliza los servicios con fines preventivos y promocionales, esto nos habla que a pesar de considerarse susceptibles a enfermar por desarrollar conductas no saludables, no se utilizan los servicios con fines preventivos; Rosenstock en su modelo de creencias de salud señala que la susceptibilidad a padecer enfermedades, motiva a la gente a emprender acciones de salud (1966).

De acuerdo a los daños a la salud que la comunidad estudiada refiere produce el tabaquismo se encuentran las enfermedades respiratorias (67.7 por ciento) el cáncer (30.4 por ciento) y enfermedades cardiovasculares (1.9), sin embargo la prevalencia de tabaquismo es alta (46.4), y no se busca ayuda por parte de los servicios de salud para dejar este hábito ya que solo el 1.9 por ciento refiere que si hace uso de estos servicios con ese propósito. Esto difiere de lo señalado por Becker (1974) y Rosenstock (1966) en el sentido de que la severidad de los daños que se producen en la salud por desarrollar conductas no saludables, mueven a la gente a buscar soluciones para reducir las amenazas de los daños a la salud.

Entre los motivos que señalan limitan el dejar de fumar se encontraron problemas personales y familiares (12.1 por ciento) falta de voluntad (54.6 por ciento) publicidad (3.9) y falta de orientación (1.9 por ciento) lo que representan según Becker (1974) y Rosenstock (1966) las barreras para comprender acciones preventivas o de salud las que son definidas como poco placenteras, molestas y fuerzas negativas que producen conflictos y entorpecen las acciones.

En relación a las creencias de la población en estudio acerca de si tendrían éxito al emprender la acción de dejar el cigarrillo se encontró que el 55.6 por ciento considera tendría éxito; este hallazgo no habla de la falta de conocimiento acerca de si mismo o de la limitada autoeficacia que consideran tener, probablemente por experiencias anteriores no favorables; Bandura (1986) habla de que el mecanismo de autoeficacia con respecto a dejar de fumar implica dos aspectos que son: tener la convicción de que abandonar este hábito beneficia la salud y además que son capaces de dejar de fumar.

En cuanto al estilo de vida de no consumo de bebidas alcohólicas se encontró una prevalencia de consumo de alcohol de 51.2 por ciento considerando hombres y mujeres, mientras que en el estudio del Colegio de la Frontera Norte (1989) se encontró una prevalencia masculina de consumo de alcohol del 53.5 por ciento en adultos de 18 a 65 años. Los resultados de dependientes del alcohol en este estudio fue de 6.3 por ciento y lo reportado por el Colegio de la Frontera fue de 5.9 por ciento, situación muy similar en los dos reportes, la dependencias fue considerada como bebedores habituales.

En relación a las creencias acerca de si el alcohol produce enfermedad, el 97.6 por ciento considera que puede enfermar y sin embargo utiliza los servicios de salud con fines preventivos solo cuando se enferma (73.9 por ciento). Esto no concuerda acerca de la susceptibilidad de padecer enfermedad a partir de conductas no apropiadas, que estimulen la búsqueda de acciones de salud (Rosenstock 1966).

En relación con el ejercicio se encontró una prevalencia del 36.2 por ciento, mientras que el 63.8 por ciento nunca ha realizado esta práctica. El estilo de vida del ejercitarse es un hábito difícil de iniciarse y mantenerse por lo que deben conocerse a fondo los motivos que la generan (Pender 1990). Estudios realizados en norteamérica en jóvenes han encontrado una prevalencia del 39 por ciento (Kulbok 1988).

Los individuos del estudio señalaron que existen beneficios por realizar ejercicios tales como sentirse bien (38.6 por ciento) mantenerse en forma (33.3 por ciento) mayor condición física (20.3 por ciento) bajar de peso (5.3). Estos datos coinciden con lo reportado por la OMS (1986) donde se indican como beneficios mejorar capacidades físicas, quemar la grasa y fortalecer el organismo; sin embargo el desarrollo del ejercicio, lo que teóricamente motivaría a emprender acciones de salud (Becker 1974) (Rosenstock 1966).

En relación al estilo de vida de mantener el peso en límites recomendados, se encontró que el estado nutricional evaluado a través del índice de masa corporal (Waterlow 1991) fue de normalidad 39.6 por ciento, sobrepeso 36.7 por ciento y sugestivo de obesidad 20.8 por ciento y 2.9 por ciento de riesgo energético. Estos datos coinciden en lo reportado por Trilla Soler (1989) en relación a la prevalencia de obesidad que oscila entre 15 y 30 por ciento de igual forma lo documentado por la Encuesta Nacional de Nutrición (1988) indica una prevalencia de obesidad del 18.3 por ciento en la región norte del país. Al confrontar los datos medidos a través del índice de masa corporal con la consideración personal de los entrevistados sobre su peso, ellos consideran que es normal el 54.1 por ciento y lo evaluado fue 39.6 por ciento. Esta diferencia puede estar influyendo en la necesidad de buscar o

no utilizar los servicios de salud.

Analizar los estilos de vida a través del modelo de ciencias de Salud, (Rosenstock 1966) muestra su factibilidad al operar el estudio sin embargo las correlaciones encontradas fueron positivas débiles, probablemente se deba a las diferencias de poblaciones.

## 7.2. Conclusiones.

1. El perfil de estilos de vida en adultos de 18 a 59 años de edad, de ambos sexos, mostró una prevalencia de tabaquismo de 46.4 por ciento y de no tabaquismo de 53.6 por ciento. En relación a consumo de bebidas alcohólicas, fue de 51.2 por ciento y de no consumo de 48.8 por ciento. La conducta de ejercitarse fue de 36.2 por ciento, y de no realización de ejercicio de 63.8 por ciento. Finalmente, los individuos que mantienen su peso en límites recomendados fue del 39.6 por ciento, mientras que la obesidad fue de 20.8 por ciento y 36.7 por ciento presentó sobrepeso. Esto indica que a pesar de que los individuos refieren conocer los daños que ocasiona a su salud el mantener estilos de vida no saludables, no emprenden acciones preventivas de salud.
2. El perfil sociodemográfico de la población en estudio, mostró que el 51.7 por ciento está en el grupo de 18 a 32 años de edad. En relación al sexo, el 51.2 por ciento es femenino y el 48.8 por ciento es masculino. De acuerdo a la ocupación, el 35.3 por ciento se dedica a trabajo de obrero y el 38.6 por ciento son amas de casa. De acuerdo al estado civil, el 68.6 por ciento está casado, y en su escolaridad el 38.2 por ciento tiene primaria incompleta o no tiene escolaridad, mientras que el 14.0 terminó la primaria. Por último, de la esta población, el 75.3 por ciento tiene más de tres años de residir en San Miguel. Estas características son similares a la poblaciones suburbanas de Nuevo León reportadas por el censo de 1990 (INEGI).
3. El tipo de servicios de salud que más utilizan los adultos de 18 a 59 años fue para curación de la enfermedad el 84.5 por ciento; el 14.5 por ciento utiliza los servicios preventivos y solo el 1.0 por ciento los de promoción de la salud. Esta falta de demanda de servicios preventivos, promocionales por parte de la población, puede estar influenciada por la oferta limitada de estos servicios por el Sector Salud, aún y que el Programa Nacional 1990-1994 señale como prioritarios estos servicios.
4. En relación a la pertenencia de servicios de salud, el 69.1 por ciento tiene derecho a la seguridad social y el 26.1 por ciento es población abierta que atiende la Secretaría Estatal de Salud; sin embargo, la población utiliza con más frecuencia los servicios de la Secretaría Estatal de Salud el

44.4 por ciento y posteriormente el 42.5 utiliza la seguridad social. Entre las razones de esta utilización, se señalan (34.8) porque tienen derecho a él, les queda cerca de su hogar (33.3) y es bueno y efectivo (16.9). La frecuencia de utilización de los servicios es sólo cuando se enferma (73.9) y el 11.6 por ciento los usa mínimo dos veces por año. Esto reafirma el hecho de que la población aún y que tenga claro la seriedad de los daños que producen los estilos de vida, no emprende acciones de promoción y prevención, solo se atiende cuando está enfermo.

5. En relación al modelo de creencias de salud, éste facilita aproximarse al conocimiento de cómo percibe la gente los estilos de vida y sus repercusiones en términos de daños a la salud, así como la capacidad que tendría para tener éxito si decidiera cambiar sus conductas. Sin embargo, lo observado en esta comunidad es que no se encontró correlación entre las variables que nos permitían conocer las creencias de salud basado en el modelo de Rosenstock (1966) y el uso de servicios de promoción y prevención. Probablemente las explicaciones puedan surgir de un análisis social que analice problemas estructurales, tomando como base las clases sociales y su ideología de salud (Rojas Soriano, 1988).

### 7.3. Recomendaciones.

- Los resultados presentados en este estudio constituyen una proposición a los profesionales de la salud, particularmente a enfermería comunitaria, para que los contrasten con sus realidades y reconsideren el papel que tenemos frente a la promoción de la salud y la prevención.
- Es necesario que los servicios de salud, consideren en la oferta de atención la promoción de la salud, a partir del fomento de estilos de vida saludables y de estimular el uso de servicios preventivos por parte de la comunidad.
- La enfermería Comunitaria debe impulsar el desarrollo de programas promocionales y preventivos, con enfoque a los estilos de vida y como factores de riesgo de problemas de salud crónicos y degenerativos.
- Se recomienda realizar estudios de investigación en dos campos sobre esta temática. Un campo sería profundizar en estudios de utilización de servicios de salud bajo premisas gerenciales (calidad) y epidemiológicas (coberturas). Otro campo sería en analizar desde un punto de vista estructural las verdaderas causas que motivan a la gente a realizar acciones de salud.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Becker MH, "Identifyin Health Belif Model And Personal Behavior", New Jersey, Charles Bsalck, 1974.
- 2.- Becker Marshall, Dranchman Robert, "Un nuevo enfoque para explicar el rol de enfermo en las Poblaciones de bajo nivel socioeconomico", Medical Core Journal, Vol 13, 1975.
- 3.- Blackburn H. "Physical Activity and Coronaty health disease: Abriefupdate and population view" I. Cardiac Rehabilitation U.S.A., 1983 - p. 101-111.
- 4.- Breslow L. Enstrom, "Persistence of Health Habits and Their Relationship to Mortality". Prevent Medicine, New Jersey, Vol. 9, 1980.
- 5.- Bobadilla J.L. y Frenk J. "La Transición Epidemiologica en México" Síntesis Ejecutiva No. 20, I.N.S.P., México, 1990 p. 12.
- 6.- Bondura A. Self-efficacy "Im Social Foundations of Thought and Action Englewood Cliff. Frentice Hall, New Jersey 1986, pp. 390-453.
- 7.- Cisneros Ma. Teresa, Espinoza Raquel. "Mortalidad por Cancer de la Mujer Mexicana: Salud Publica de México, México D.F., Organo Oficial del Instituto Nacional de Salud Publica, Vol. 29, número 4, julio - agosto 1987.
- 8.- Colditz G.A. Bomitar "cigarette Smoking and Risk of Stroke in middle aged Women" Journal Medical New England, New England, 1988.
- 9.- Colegio de la Frontera Norte, "Encuesta Nacional de las Adicciones, Zona Nororiente", Reporte Preeliminar, Matamoros, Centro para la Juventud y la Familia, 1989.
- 10.- Condes Carmen, y Ramirez Alejandro, " Variables Medicas y Sociales Relacionadas con el consumo de Alcohol en México", Salud Publica de México, México Organo Informativo Oficial del Instituto Nacional de la Salud Publica, Vol. 28, núm. 5, octubre 1986.
- 11.- Dillman, T. Ey Radius, "Adolescent Perspectives on Health and Illenss, Adolescense, New York, Vol. 15, 1980.
- 12.- Granollers R; Montanuy T., "Prevalencia de Obesidad en la Población mayor de 14 años en el área Basica de Salud de Les Borges Blanques", Enfermería Clínica, Barcelona,

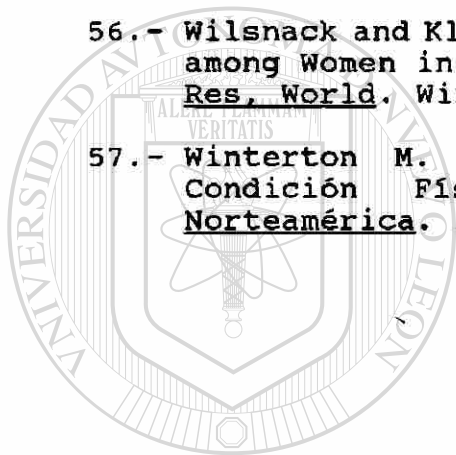
- Edotorial DOYMA, Vol. 1 núm.4, septiembre- octubre 1991.
- 13.- Grupo de Estudios Mauriciano, "El Modo de Vida y sus Riesgos", Salud Mundial, Ginebra, Revista Ilustrada de la OMS, agosto 1989.
  - 14.- Hamburg David, "Habitos para la Salud", Foro Mundial de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Vol. 8, 1987.
  - 15.- Holland Walter y Breeze Ellie; Modos de vida sanos para una buena salud", Foro Mundial de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Vol. 7, 1986.
  - 16.- Harris DM, Gluten S, "Health Protective Behavior: AN Exploratory Study", J. Health Society Behavior New York Vol. 21, 1989.
  - 17.- Kellogg's America Latina, "La Obesidad: Implicaciones para la Salud" Dieta y Salud, Querétaro, Vol. 1, número 2, 2do.Semestre 1992.
  - 18.- Krejcie R.U. y Morgan D.W. "Determining Sample Size for research activities" Educational and Psychological Measurement, 1970., p.p. 607-610
  - 19.- Kulbok P.P., "Social Resources, Health Resource, and Preventive, Health Behavior: Patterns Predictions, "Public Health Nursing", New Jersey, Vol. 2 1985.
  - 20.- Kulbock P. y Fenton. "Estilos de Vida y Patrones de Conducta Social y de Salud en los adolescentes de alto riesgo". Advences in Nursing Science, U.S.A., 1988., p-22.
  - 21.- Langlie J.K., Social "Social Networks health beliefs and Preventive health, behavior" J. Health Society Behavior, New York, Vol. 18 1989.
  - 22.- Levin Jack, Fundamentos de Estadísticas en la Investigación Social, Segunda edición, México D.F. Editorial Harla, 1992, 305 pp.
  - 23.- Lipnickey Susan, "Conocimiento y uso de Recursos de Salud por Parte de los Estudiantes Universitarios", Health Values, New York, Vol. 12, núm. 3, junio 1990.
  - 24.- Lozano Rafael, Escamilla Jose, "Tendencia de la Mortalidad por Cardiopatía Isquémica en México" Salud Pública de México, México D.F., Órgano Oficial del Instituto Nacional de la Salud Pública, Vol. 32 número 4 julio - agosto 1990.

- 25.- Mahler Halfdan, "Vida Sana Todo el Mundo Gana", Salud Mundial, Ginebra, Revista Ilustrada de la Organización Mundial de la Salud, enero-febrero 1986.
- 26.- Mahler Halfdan, "La Salud para todos, Todos para la Salud", Foro Mundial de la Salud, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Vol. 9, 1988.
- 27.- Mercader Granollers, Ribas Ponts, "Tabaquismo: Resultados de una Intervención de Enfermería", Enfermería Clínica, Barcelona, Editorial DOYMA, Vol. 1 número 4, septiembre - octubre 1991.
- 28.- Milio N. "Promoting Health Through Public Police AJPH Public Health Association, Ottawa Canadian, 1986.
- 29.- Mulford H.A. "The Epidemiology of Alcoholism and its implications". Encyclopedic handbook of alcoholism, New York, 1982. Gardener Press.
- 31.- Nakajima Hiroshi, "Nutrición Sana: Un Desafío Mundial", Salud Mundial, Ginebra, Revista Ilustrada de la OMS, julio - agosto 1991.
- 32.- National Center for Health Statistics". Public use data tape documentation: Wave 2 for the National Survey of personal health practices and consequences", Md US, Deptof. Health and Human Services, Washington 1990.
- 33.- Nebot M., Cabezas, Collier, "Consejo Médico, Consejo de Enfermería y Chicle de Nicotina para dejar de fumar en Atención Primaria". Medicina Clínica, Barcelona 1990, 95:57-61.
- 34.- Newell, Withrow C, "Identifying Health - Seeking Behavior: A Study of Adolescents", Adolescence, New York, Vol. 21, 1986.
- 35.- O.P.S.- O.M.S. "La Administración Estratégica" Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, HSD/SILOS - 2 Washington 1992.
- 36.- Palank Christinel. "Aspectos Determinantes de la Conducta Promotora de Salud". Clínicas de Enfermeras de Norteamérica, Interamericana, México 1991.
- 37.- Pender Nola, Walker Susan, "Predicting Health Promoting Lifestyles in the Workplace", Nursing Research, New York, Vol. 20, Núm. 6, noviembre- diciembre 1990.
- 38.- Pender J. Nola, Health Promotion in Nursing Practice, third edition, Connecticut, Editorial Appleton Lange,



- 1989, 497 pp.
- 39.- Poder Ejecutivo Federal, Plan Nacional de Desarrollo, 1989-1994, Primera edición, México D.F., Secretaría de Programación y Presupuesto, 1989, 129 pp.
  - 40.- Rosenstock Irwin, "Historical origins of the Health Belief Model", Journal of Health and Social Behavior, New Jersey, 1974.
  - 41.- Rosenstock Irwin, "Porqué la gente utiliza los Servicios de Salud", Milbank Mem Fund Q. U.S.A. Vol. 44, mayo-junio 1966.
  - 42.- Rosenstock I, y Becker M. "Social Learning Theory and the Health Belief Model" Health Education, New Jersey, Vol. 15, 1988.
  - 43.- Rojas S. Raúl, Guía para Realizar Investigaciones Sociales séptima edición, México D.F., Editorial Plaza y Valdez, 1991, 286 pp.
  - 44.- Rojas S. Raúl Sociología médica Tercera edición México D.F., editorial Plaza y Valdez 1988, 108 pp.
  - 45.- Saucier J.F., Ambert, AM. "Parental Marital Status And Adolescents Health\_RISK Behavior. Adolescence, New York, Vol. 28, 1983.
  - 46.- Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 1990-1994, Primera edición, México D.F., Secretaría de Salud, 1990, 78 pp.
  - 47 - Sperryn Peter, Deporte y Medicina, Tercera edición, Buenos Aires, Editorial Lidium, 1983. ®
  - 48.- Soberon Guillermo et al, La Protección de la Salud en México, primera edición, México, D.F., Editorial Miguel Angel Porrúa, 1988, 758 pp.
  - 49.- Soberon Guillermo et al, La Salud en México: Testimonios 1988, Tomo 2, primera edición, México, D.F. Editorial Fondo de Cultura Económica, 1988, 319 pp.
  - 50.- Suchman E. A. "Preventive Health Behavior: A Model For Research on Community Health Campaigns, Journal of Health and Social Behavior, U.S.A., Vol. 8, 19 .
  - 51.- Stiffman AR. Powell Earls, "Correlates of Alcohol and Illicit Drug use en Adolescent Medical Patients", Contemp Drug Prob, New York, Vol. 14, 1987.

- 52.- Trillas Soler M.C. "Obesidad" Manual de Atención Primaria Ediciones Doyma. Barcelona 1989, 9. 347-361.
- 53.- Vanitallie T.B. "Assessment of Morbidity and Mortality Risk in the overweight Patient". En Treatment of the Seriously Obese Patient, Guilford, New York 1992.
- 54.- Walsh Eceells. "Estrategias para evitar la adicción a sustancias dañinas". Clínicas de Enfermería de Norteamérica, Interamericana, Vol. # 4, México 1991.
- 55.- Walterlow J.C. "Como se adapta el organismo a la baja ingestión de energía o de proteínas". Cuadernos de Nutrición, 1991; 1412 - 17 - 32.
- 56.- Wilsnack and Klassen A.D. "Drinking and Drinking Problems among Women in a U.S. National Survey". Alcohol Health Res. World. Winter 1984, U.S.A. 1984-1985. p. 3-14.
- 57.- Winterton M. "Estrategias para Promover la Buena Condición Física" Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Interamericana, México 1991, pp 897-991.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO  
ESTILOS DE VIDA Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

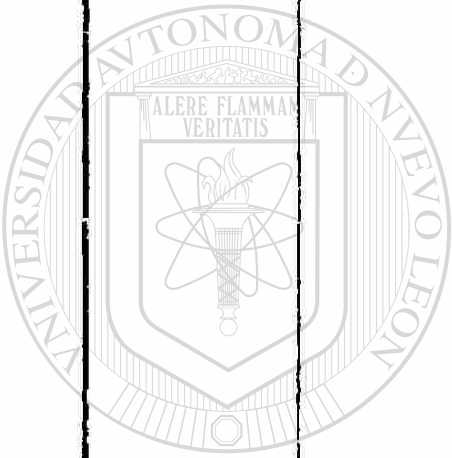
VARIABLE	INDICADOR	ITEMS
Estilos de Vida		
Tabaquismo	Presencia de tabaquismo	Fuma Usted? Sí fumo - Nunca he fumado - No fumo actualmente
Es la conducta de fumar diariamente mas de 20 cigarrillos al día y ha intentado dejar de fumar sin éxito. (menos de una semana)	Frecuencia	Con que frecuencia fuma Usted? Ocasionalmente (rara vez) Siempre (todos los días) Frecuentemente (2 a 3 veces por semana) No fumo
	Cantidad	Qué cantidad de cigarrillos consume Usted al día? 1 a 10 - 11 a 20 - Más de 20 cigarrillos - No fumo
		Fuma Usted al levantarse su primer cigarrillo? -Sí -No
	Susceptibilidad (es el riesgo percibido del individuo de creer en cierto estado ya sea negándolo, admitiendo una posibilidad, o una probabilidad.	Porque motivo(s) fuma Usted? _____ _____ Porque motivo(s) no fuma Usted? _____ _____ Cree Usted que por fumar se puede enfermar? 1) Sí 2) No 3) No fuma
	Severidad (Es la preocupación del individuo de que cierta conducta produzca consecuencias en su salud y su vida.	Qué daños le producirá a Usted el cigarrillo, si Usted fuma o fumara? _____ _____ Qué tan serio serían esos daños? 1. Mortal 2. Grave 3. Moderado 4. Sin seriedad Cree Usted que para dejar de fumar requiere ayuda, o consulta. 1. Sí 2. No
	Beneficios percibidos (Es la creencia del individuo de que las acciones que emprende serán efectivas para reducir la amenaza de enfermedad y de salud	Qué beneficios tienes por fumar? _____ _____ Qué beneficios tienes por no fumar? _____ _____

	<p>Barreras (Son actitudes, acciones no placenteras o fuerza negativas que producen un conflicto y que entorpecen las acciones)</p>	<p>Qué motivo existe para que la gente o Usted no deje de fumar?</p> <hr/> <hr/> <p>Ha intentado alguna vez dejar de fumar? 1. Sí            2. No            3. No fumo</p> <p>Cuando dejo Usted de fumar cuanto duro la abstinencia? 1. Menos de una semana 2. De una semana a 2 meses 3. De 3 meses a más 4. No fuma</p> <p>Si Usted quisiera dejar de fumar 1. Tendría éxito en su acción.    2. No tendría éxito 3. No sabe</p>
<p>Estilos de Vida</p> <p>Alcoholismo (o bebedor excesivo) Es la conducta del individuo en la cual ingiere diariamente más de 100cc de alcohol absoluto.</p>	<p>Presencia de Alcoholismo</p>	<p>Consumo Usted bebidas Alcohólicas (cerveza o vino)</p> <p>1. Nunca he consumido    2. no consumo actualmente 3. Sí consumo</p>
	<p>Frecuencia</p>	<p>Con que frecuencia consume Usted bebidas alcohólicas</p> <p>1. Todos los días            2. Más de 2 veces por semana 3. Cada 7 ó 15 días            4. Ocasionalmente 5. En casos muy especiales (1 ó 2 veces al año) 6. Nunca tomo</p>
	<p>Cantidad</p>	<p>Qué cantidad de cerveza o vino consume Usted habitualmente por semana.</p> <p>1. Más 84 cervezas (1 3/4 litro de vino destilado). 2. De 42 a 83 cervezas (1 litro y medio ó 3/4 litro de vino destilado). 3. De 21 a 41 cervezas (700cc a 500cc vino destilado). 4. De 7 a 20 cervezas (de 495 a 200cc de vino destilado). 5. Menos de 7 cervezas (De 200cc de vino destilado). 6. No bebe</p>
	<p>Susceptibilidad</p>	<p>Porqué motivo(s) consume Usted cerveza ó vino</p> <hr/>

	<p>Severidad</p> <p>Beneficios Percibidos</p> <p>Barreras</p> <p>Autoeficacia</p>	<p>Porqué motivo(s) no consume Usted cerveza o vino?</p> <hr/> <p>Cree Usted que por tomar se puede enfermar?</p> <p>1. Sí            2. No</p> <p>Qué daños le produciría el consumo de bebidas alcohólicas?</p> <hr/> <p>Qué tan serios serían esos daños?</p> <p>1. Mortal    2. Grave    3. Moderado    4. Sin seriedad</p> <p>Cree Usted que para dejar de tomar se requiere de ayuda o consulta?</p> <p>1. Sí    2. No</p> <p>Qué beneficios tiene Usted por no beber?</p> <hr/> <p>Qué beneficios tiene Usted por beber?</p> <hr/> <p>Qué motivos existen para que la gente (ó Usted) no deje el consumo de bebidas alcohólicas?</p> <hr/> <p>Ha intentado alguna vez dejar de consumir bebidas alcohólicas.</p> <p>1. Sí            2. No            3. No consumo</p>
<p>Estilo de Vida</p> <p>Ejercicio</p> <p>Es la conducta de ejercitarse sistemáticamente, tres sesiones a la semana de 20 minutos cada uno</p>	<p>Presencia del ejercicio</p> <p>Frecuencia</p>	<p>Sí Usted necesitará o quisiera dejar de tomar que respuesta tendría.</p> <p>1. Tendría éxito    2. No tendría éxito 3. No sabe</p> <p>Realiza Usted ejercicio actualmente?</p> <p>1. Sí            2. No            3. Deje de hacerlo</p> <p>Con que frecuencia hace Usted ejercicio?</p> <p>1. Dos o más veces por semana 2. Una vez por semana 3. 1 vez cada 2 semanas 4. Rara vez o excepcionalmente</p>

		<p>5. Actualmente no lo hago 6. Nunca</p> <p>Cuanto tiempo dedica Usted a la semana para hacer ejercicio?</p> <p>1. Menos de 3 horas                      2. De 3 a 6 horas 3. Más de 7 horas                         4. No lo practico</p> <p>Que tipo de ejercicio realiza?</p> <p>1. Caminata                                      2. Trotar 3. Gimnasia o Aerobics                      4. Deporte (béisbol, foot ball, Voly ball) 5. El trabajo de la casa                      6. Ninguno</p>
	Suscceptibilidad	<p>Porqué motivo hace usted ejercicio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Porqué motivo no hace ejercicio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	Severidad	<p>Cree Usted que el no hacer ejercicio perjudica la salud?</p> <p>1. Sí                      2. No                      3. No sabe</p> <p>Qué daños se producen por no hacer ejercicio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Qué tan serios pueden ser esos daños?</p> <p>1. Mortal                      2. Grave                      3. Leve o moderado 4. Sin seriedad</p>
	Beneficios percibidos	<p>Ha buscado ayuda o consulta para iniciar la práctica de ejercicio?</p> <p>1. Sí                      2. No</p> <p>Le interesaría iniciar la práctica del ejercicio?</p> <p>1. Sí                      2. No</p> <p>Qué beneficios obtiene Usted por hacer ejercicio?</p> <p>1. Sí                      2. No</p> <p>Qué beneficios obtiene Usted por no hacer ejercicio?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

	Barreras	<p>Qué motivos existen para que la gente o Usted hagan ejercicio?</p> <p>1. Sí                    2. No</p>
	Autoficacia	<p>Ha intentado por sí solo hacer la practica del ejercicio?</p> <p>1. Sí                    2. No</p> <p>Si Usted iniciara la práctica del ejercicio que respuesta tendría?</p> <p>1. Tendría éxito 2. No tendría éxito 3. No sabe</p>



UANL

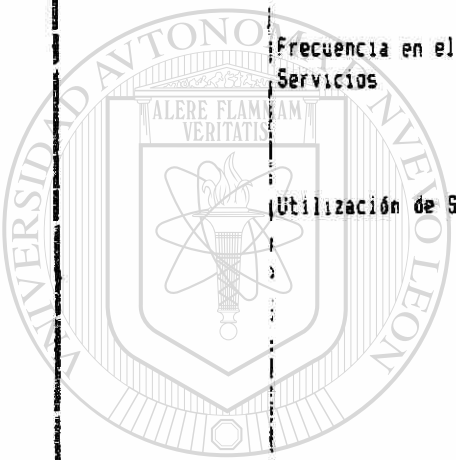
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



<p>Estilo de Vida</p> <p>Sobrepeso y Obesidad. I.M.C. (Índice de masa corporal)</p> <p>Es el cociente entre el peso en kg/ (Talla m<sup>2</sup>)</p>	<p>Presencia de Sobrepeso</p>	<p>Peso _____ Talla _____ Índice de masa corporal _____</p>
<p>Normopeso: Peso igual al ideal o superior en un 20 ó 25%</p> <p>Sobrepeso: Aquel que supera el peso ideal de un 25 a 30%</p>	<p>Susceptibilidad</p>	<p>Porque motivos tiene Usted exceso de peso y obesidad</p> <p>_____</p> <p>Porqué motivos no tiene Usted exceso de peso y obesidad</p> <p>_____</p>
<p>Obesidad: Cuando el peso supera de un 30% en adelante</p>	<p>Severidad</p>	<p>Cree Usted que el exceso de peso puede causarle problemas de salud?</p> <p>1. Si    2. No    3. No sabe</p> <p>Qué daños le producirían a Usted el exceso de peso?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Qué tan serios serían los daños provocados por exceso de peso en la gente o en Usted?</p> <p>1. Mortal    2. Grave    3. Leve o moderado</p> <p>4. Sin seriedad</p>
	<p>Beneficios</p>	<p>Qué beneficios tiene Usted por tener exceso de peso y obesidad?</p> <p>_____</p> <p>Qué beneficios tiene Usted por no tener exceso de peso y obesidad?</p> <p>_____</p> <p>Cree Usted que para bajar de peso se requiere ayuda o consulta?</p> <p>1. Si    2. No    3. No sabe</p>
	<p>Barreras</p>	<p>Qué motivos existen para que la gente (ó Usted) no resuelva el problema de sobrepeso y obesidad?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Autoeficiencia</p> <p>Ha intentado alguna vez bajar de peso?</p> <p>1. Si    2. No    3. No lo necesito</p>

<p>Usos de servicios de Salud</p> <p>Cobprende el tipo servicio de salud al cual tiene derecho.</p> <p>Cobertura de Servicios</p>	<p>Cobertura de Servicios de Salud</p>	<p>Si usted necesitará o quisiera bajar de peso que resultado tendria?</p> <p>1. Tendria éxito    2. No tendria éxito    3. No sabe</p> <p>Tiene usted derecho a algún tipo de seguridad social?</p> <p>1. I.M.S.S.    2. I.S.S.S.T.E.    3. Empresarial</p> <p>4. S.E.S.    5. Privada    6. Otro _____</p> <p>Cual servicio de salud utiliza con más frecuencia?</p> <p>1. I.M.S.S.    2. I.S.S.S.T.E.    3. Empresarial</p> <p>4. S.E.S.    5. Privada    6. Otro _____</p>
	<p>Frecuencia en el uso de Servicios</p>	<p>Porque razones utiliza Usted este servicio de salud con más frecuencia?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>Utilización de Servicio</p>	<p>De los siguientes casos diga Usted cual utiliza con más frecuencia?</p> <p>1. Promoción de Salud</p> <p>2. Prevención o programas de salud</p> <p>3. Para curación de enfermedad</p> <p>4. Rehabilitación</p> <p>5. Otro _____</p>
		<p>Cuántas veces al año usa los servicios de salud?</p> <p>1. Mínimo 2 veces al año</p> <p>2. solo cuando me enfermo</p> <p>3. Cada mes</p> <p>4. Cada 3 meses</p> <p>5. 1 vez al año</p> <p>6. Nunca</p> <p>7. Otro _____</p>
		<p>De los siguientes casos diga Usted si ha utilizado los servicios de salud?</p> <p>1. Para dejar de fumar</p> <p>1. Si    2. No</p> <p>2. Para dejar de consumir bebidas alcoholicas</p> <p>1. Si    2. No</p> <p>3. Para bajar de peso</p> <p>1. Si    2. No</p> <p>4. Para iniciar un programa de ejercicio</p> <p>1. Si    2. No</p>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

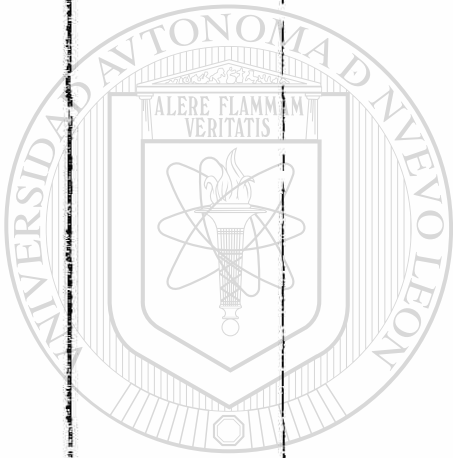
Ha recibido Usted orientación sin haberlo solicitado por parte de los servicios de salud en los siguientes casos?

1. Para evitar el tabaquismo  
1. Si      2. No

2. Para evitar el alcoholismo  
1. Si      2. No

3. Para evitar el sobrepeso  
1. Si      2. No

4. Para hacer ejercicio  
1. Si      2. No



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE SALUD PUBLICA

INVESTIGACION: ESTILOS DE VIDA Y USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD  
CEDULA DE ENTREVISTA

I. FICHA DE IDENTIFICACION

	CLAVE
NOMBRE _____	□ □
DOMICILIO _____	_____
1. Edad (años cumplidos)	□ □
2. Sexo	
1. Masculino                          2. Femenino	_____
3. Ocupación _____	□ □
4. Peso (en kilos)	□ □
5. Talla (en centímetros)	□ □
6. Estado Civil	
1. Soltero    2. Casado ó unión libre    3. viudo    4. divorciado o separado	_____
7. Escolaridad (ciclo escolar máximo que completó)	
1. Sin escolaridad                      4. Secundaria incompleta	_____
2. Primaria incompleta                5. Secundaria completa	_____
3. Primaria completa                  6. Estudios postsecundaria	_____
8. Tiempo de residir en esta colonia	
1. Menos de 6 meses                    3. 1 a 3 años	_____
2. Menos de 1 año                      4. Más de 3 años	_____

II. ESTILOS DE VIDA

**TABAQUISMO**

9. ¿Fuma Usted? \_\_\_\_\_

    1. Si fumo

    2. Nunca he fumado \_\_\_\_\_

    3. No fumo actualmente

10. ¿Con qué frecuencia fuma Usted? \_\_\_\_\_

    1. Ocasionalmente (rara vez)

    2. siempre (todos los días)

    3. Frecuentemente (2 a 3 veces por semana)

    4. No fuma

11. ¿Qué cantidad de cigarrillo consume Usted al día? \_\_\_\_\_

    1. 1 a 10                                  3. Más de 20

    2. 11 a 20                                4. No fumo

    IX

12. ¿Porqué motivo fuma Usted? \_\_\_\_\_  
 1. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
13. ¿Porqué motivo no fuma Usted? \_\_\_\_\_  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_
14. ¿Cree Usted que por fumar se puede enfermar? \_\_\_\_\_  
 1. Sí 2. No
15. ¿Que daño produciría a Usted, si fuma o fumara? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
16. ¿Qué tan serios serían esos daños? \_\_\_\_\_  
 1. Mortal 3. Moderado  
 2. Grave 4. Sin seriedad
17. ¿Cree Usted que para dejar de fumar se requiere ayuda o consulta? \_\_\_\_\_  
 1. Sí 2. No
18. ¿Qué beneficios tiene Usted por fumar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
19. ¿Qué beneficios tiene Usted por no fumar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
20. ¿Qué motivos existen para que la gente o Usted no deje de fumar? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
21. ¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? \_\_\_\_\_  
 1. Sí 2. No 3. No fumo

22. ¿Cuándo dejó Usted de fumar, cuánto duró la abstinencia? \_\_\_\_\_  
 1. Menos de una semana 3. de tres meses a más  
 2. De una semana a 2 meses 4. No fuma  
 5. No ha dejado de fumar
23. ¿Qué respuesta tendría, si Usted quisiera dejar de fumar? \_\_\_\_\_  
 1. Tendría éxito 3. No sabe  
 2. No tendría éxito

### III. ALCOHOLISMO

24. ¿Consumo Usted debidas alcohólicas? (cerveza y/o vino) \_\_\_\_\_  
 1. Si consumo  
 2. Nunca he consumido  
 3. No consumo actualmente
25. ¿Con qué frecuencia consume Usted debidas alcohólicas? \_\_\_\_\_  
 1. Todos los días  
 2. Más de 2 veces por semana  
 3. Cada 7 ó 15 días  
 4. Ocasionalmente (cada 3 ó 4 semanas)  
 5. En casos muy especiales (1 ó 2 veces al año)  
 6. Nunca tomo X

26. ¿Qué cantidad de cerveza o vino consume Usted habitualmente por semana? \_\_\_\_\_
1. Más de 84 cervezas (más de litro 3/4 de vino destilado)
  2. De 42 - 83 cervezas (1 litro y medio a 3/4 de litro, vino destilado)
  3. De 21 - 41 cervezas de (700cc ó 500cc vino destilado)
  4. De 7 a 20 cervezas (de 495 a 200cc de vino destilado)
  5. Menos de 7 cervezas (de 200cc de vino destilado)
  6. No bebe

27. ¿Porqué motivo(s) consume Usted cerveza o vino? \_\_\_\_\_
1. \_\_\_\_\_
  2. No bebe

28. ¿Porqué motivo no consume Usted cerveza o vino? \_\_\_\_\_
1. \_\_\_\_\_
  2. Sí bebe

29. ¿Cree Usted que por tomar se puede enfermar? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No

30. ¿Qué daños producen el consumo de bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_

31. ¿Qué tan serios serían esos daños? \_\_\_\_\_
1. Mortal
  2. Grave
  3. Moderado
  4. Sin seriedad

32. ¿Cree Usted que para dejar de tomar se requiere de ayuda o consulta? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No

33. ¿Qué beneficios tiene Usted por no beber? \_\_\_\_\_

34. ¿Qué beneficios tiene Usted por beber? \_\_\_\_\_

35. ¿Qué motivos existen para que la gente o Usted no deje el consumo de bebidas alcohólicas? \_\_\_\_\_

36. ¿Ha intentado alguna vez de consumir cerveza o alcohol? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No
  3. No consumo

37. ¿Qué respuesta tendría si quisiera dejar de tomar? \_\_\_\_\_
1. Tendría éxito
  2. No tendría éxito
  3. No sabe

**EJERCICIO**

38. ¿Realiza Usted ejercicio actualmente? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No
  3. Deje de hacerlo

39. ¿Con qué frecuencia hace Usted ejercicio? \_\_\_\_\_
1. Dos o más veces por semana
  2. Una vez por semana
  3. Una vez cada dos semanas
  4. Rara vez o excepcionalmente
  5. No realiza

40. ¿Cuánto tiempo dedica Usted a la semana para hacer ejercicio? \_\_\_\_\_
1. Menos de 3 horas
  2. De 3 a 6 horas
  3. Más de 7 horas
  4. No lo practico
41. ¿Qué tipo de ejercicio realiza? \_\_\_\_\_
1. Caminata
  2. Trotar
  3. Gimnasia
  4. Deporte (foot ball, besi boll, coly boll)
  5. El trabajo (quehacer) de la casa
  6. Ninguno
  7. Otro
42. ¿Porqué motivo hace Usted ejercicio? \_\_\_\_\_
1. \_\_\_\_\_
  2. No hace ejercicio
43. ¿Porque motivo no hace Usted ejercicio? \_\_\_\_\_
1. \_\_\_\_\_
  2. Si hace ejercicio
44. ¿Cree Usted que el no hacer ejercicio perjudica la salud? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No
  3. No sabe
45. ¿Que daños se producen por no hacer ejercicio? \_\_\_\_\_
46. ¿Qué tan serios pueden ser esos daños? \_\_\_\_\_
1. Mortal
  2. Grave
  3. Leve o moderado
  4. sin seriedad
47. ¿Ha buscado ayuda o consulta pasra iniciar la práctica del ejercicio? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No
- 
48. ¿Le interesaría iniciar la práctica del ejercicio? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No
49. ¿Qué beneficios obtiene Usted por hacer ejercicio? \_\_\_\_\_
50. ¿Qué beneficios obtiene Usted por no hacer ejercicio? \_\_\_\_\_
51. ¿Qué motivos existen para la gente o Usted haga ejercicio? \_\_\_\_\_
52. ¿Ha intentado por sí solo iniciar la práctica del ejercicio? \_\_\_\_\_
1. Sí
  2. No
53. Si Usted iniciara la práctica del ejercicio, ¿que respuesta tendría? \_\_\_\_\_
1. Tendría éxito
  2. No tendría éxito
  3. No sabe



**OBESIDAD**

54. ¿Cómo considera Usted que es su peso? \_\_\_\_\_  
1. Normal  
2. Debajo de lo normal (bajo peso)  
3. Encima de lo normal (exceso de peso)  
4. No puede juzgar

55. ¿Porqué motivos tiene Usted exceso de peso? \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. No tiene exceso de peso

56. ¿Porqué motivos no tiene Usted exceso de peso? \_\_\_\_\_  
1. \_\_\_\_\_  
2. Si tiene exceso de peso

57. ¿Cree Usted que el exceso de peso puede causarle problemas de salud? \_\_\_\_\_  
1. Sí                      2. No                      3. No sabe

58. ¿Qué daños le produciría a Usted el exceso de peso? \_\_\_\_\_

59. ¿Qué tan serios serían los daños provocados por exceso de peso en la gente o en Usted? \_\_\_\_\_  
1. Mortal                      3. Low o moderado  
2. Grave                      4. Sin seriedad

60. ¿Qué beneficios tiene Usted por tener exceso de peso u obesidad? \_\_\_\_\_

61. ¿Qué beneficios tiene Usted por no tener exceso de peso u obesidad? \_\_\_\_\_

62. ¿Cree Usted que para bajar de peso se requiere ayuda o consulta? \_\_\_\_\_  
1. Sí                      2. No                      3. No sabe

63. ¿Qué motivos existen para que la gente o Usted no resue va el problema de sobre peso u obesidad? \_\_\_\_\_

64. ¿Ha intentado alguna vez bajar de peso? \_\_\_\_\_  
1. Sí                      2. No                      3. No lo necesito

65. Si Usted necesitara o quisiera bajar de peso, ¿que resultado tendría? \_\_\_\_\_  
1. Tendría éxito                      3. No sabe  
2. No tendría ex to

**III. USO DE SERVICIOS DE SALUD**

66. ¿Tiene Usted derecho a algún tipo de seguridad social? \_\_\_\_\_  
1. IM S                      4. S.E.S.  
2. ISSSTE                      5 Privada  
3. Empresarial                      6. Otro \_\_\_\_\_

67. ¿Cuál servicio de salud utiliza Usted con más frecuencia? \_\_\_\_\_

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 1. IMSS        | 4. S.E.S.     |
| 2. ISSSTE      | 5. Privada    |
| 3. Empresarial | 6. Otro _____ |

68. ¿Porqué razón utiliza Usted este servicio de salud con más frecuencia? \_\_\_\_\_

69. De los siguientes casos diga Usted, ¿cuál utiliza con más frecuencia? \_\_\_\_\_

1. Promoción de la salud
2. Prevención (Programas de Salud)
3. Para curación de la enfermedad
4. Rehabilitación
5. No utiliza
6. Otro \_\_\_\_\_

70. ¿Cuántas veces al año usa los servicios de salud? \_\_\_\_\_

- |                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| 1. Mínimo 2 veces por año | 5. 1 vez al año |
| 2. Sólo cuando me enfermo | 6. Nunca        |
| 3. Cada mes               | 7. Otro         |
| 4. Cada tres meses        |                 |

De los siguientes casos diga Usted si ha utilizado los servicios de salud.

71. Para dejar de fumar \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

72. Para dejar de consumir bebidas alcohólicas \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

73. Para bajar de peso \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

74. Para iniciar un programa de ejercicio \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

¿Ha recibido orientación sin haberlo solicitado por parte de los servicios de salud? en los siguientes casos

75. ¿Para evitar el fumar cigarrillos? \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

76. ¿Para realizar ejercicio? \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

77. ¿Para evitar el alcoholismo? \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

78. ¿Para bajar de peso? \_\_\_\_\_

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. Sí | 2. No |
|-------|-------|

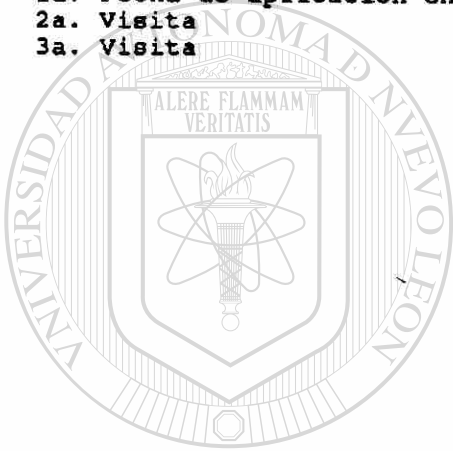
**OBSERVACIONES**

---

---

---

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_  
1a. Fecha de aplicación encuesta (entrevista) \_\_\_\_\_  
2a. Visita \_\_\_\_\_  
3a. Visita \_\_\_\_\_



UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE SALUD PUBLICA**

**INSTRUCTIVO PARA LA CEDULA DE ENTREVISTA DE LA INVESTIGACION  
"ESTILOS DE VIDA Y USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD"**

**I. FICHA DE IDENTIFICACION**

**Nombre:** Aquí se anotará el nombre completo, apellido paterno y materno de la persona seleccionada para la aplicación del cuestionario.

Ejemplo: MARIA CONCEPCION MARTINEZ GONZALEZ.

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

Ejemplo: CIRCUNVALACION NTE. 201, COL. NUEVO SAN MIGUEL

1. **Edad:** Anote en años cumplidos la edad de la persona encuestada. (Recuerde que solo se encuestará a todas las personas de 18 a 59 años).

2. **Sexo:** Anote el número 1 para masculino y 2 para femenino.

3. **Ocupación:** Escriba lo más completo posible la ocupación que refiere el encuestado.

4. **Peso:** Anote en forma correcta el peso determinado en kilos y gramos de 2 cifras para kilos y una para gramos.  
Ejemplo: 60.200 Kgs.= 

6	0	2
---	---	---

5. **Talla:** Anote en metros y centímetros. Ejemplo: 

1	5	6
---	---	---

  
quiere decir un metro, 56 cms.

6. **Estado Civil:** Anote en el espacio correspondiente la opción que corresponda al encuestado.

- 1.- SOLTERO,
- 2.- CASADO O UNION LIBRE,
- 3.- VIUDO,
- 4.- DIVORCIADO O SEPARADO.

7. **Escolaridad:** Anote la opción correspondiente tomando en cuenta el máximo ciclo escolar que completo el encuestado, se utilizarán las siguientes opciones:

- |                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| 1.- SIN ESCOLARIDAD,    | 2.- PRIMARIA INCOMPLETA,   |
| 3.- PRIMARIA COMPLETA,  | 4.- SECUNDARIA INCOMPLETA, |
| 5.- SECUNDARIA COMPLETA | 6.- POST SECUNDARIA.       |

8. Tiempo de Residir en la Colonia: Coloque en el espacio el número correspondiente de la opción que corresponda a la respuesta del encuestado, tomando en cuenta las siguientes:

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 1.- MENOS DE 6 MESES, | 2.- MENOS DE 1 AÑO, |
| 3.- DE 1 A 3 MESES,   | 4.- MAS DE 3 AÑOS.  |

En los siguientes ITEMS es importante que el encuestador haga las preguntas lo más claro posible a fin de obtener la respuesta o respuestas de una forma certera y fidedigna.

## II. ESTILOS DE VIDA

### TABAQUISMO

9. Fuma Usted: Considere la respuesta del encuestado y anote el número de la opción que corresponda:

- |                         |                     |
|-------------------------|---------------------|
| 1.- SI FUMO,            | 2.- NUNCA HE FUMADO |
| 3.- NO FUMO ACTUALMENTE |                     |

10. ¿Con qué frecuencia fuma Usted? Aquí se presentan cuatro opciones seleccione una de acuerdo a la respuesta del encuestado:

- 1.- OCASIONALMENTE (RARA VEZ)
- 2.- SIEMPRE (TODOS LOS DIAS)
- 3.- FRECUENTEMENTE (2 A 3 VECES POR SEMANA)
- 4.- NO FUMO

11. ¿Qué cantidad de cigarrillos consume Usted al día?; anote el número de la opción de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada

- |                            |              |
|----------------------------|--------------|
| 1.- 1 A 10,                | 2.- 11-20,   |
| 3.- MAS DE 20 CIGARRILLOS, | 4.- NO FUMO. |

12. ¿Porqué motivo fuma Usted?, obtenga en lo posible todos los motivos que le refiera y anotelos en el espacio correspondiente, si refirió no fumar anote el número de esta opción en el espacio correspondiente.

13. ¿Porqué motivo(s) no fuma Usted?; obtenga la información de la persona y anotela en el espacio correspondiente de esta pregunta, si la persona fuma escriba el número de esta opción en el espacio correspondiente.

14. ¿Cree Usted que por fumar se puede enfermar?; esta pregunta se debe hacer a todas las personas hay solo dos opciones:

- |        |        |
|--------|--------|
| 1.- SI | 2.- NO |
|--------|--------|

15. **¿Qué daños le produciría a Usted el cigarrillo, si Usted fuma o fumará?** Esta pregunta se hará a todas las personas y se anotará en el espacio correspondiente los daños que refiera el encuestado.
16. **¿Qué tan serios serían esos daños?** Aquí se presentan 4 opciones, seleccione aquellas que se relacionen con la respuesta del encuestado, las opciones son:
- |               |                   |
|---------------|-------------------|
| 1. MORTAL,    | 2.- GRAVE,        |
| 3.- MODERADO, | 4.- SIN SEVERIDAD |
17. **¿Cree Usted que para dejar de fumar se requiere ayuda o consulta?** Esta pregunta se hará a todas las personas encuestadas anote la opción correspondiente:
- |        |        |
|--------|--------|
| 1.- SI | 2.- NO |
|--------|--------|
18. **¿Qué beneficios tiene Usted por fumar?** Obtenga toda la información acerca de los beneficios que la persona encuestada refiere tener por fumar escríbalos en el espacio correspondiente.
- 19.- **¿Qué beneficios tiene Usted por no fumar?;** de la misma forma que la anterior indague con el encuestado todos los beneficios que dice tener por no fumar y escríbalos en el espacio respectivo
20. **¿Qué motivos existen para que la gente o Usted no dejen de fumar?** En esta pregunta indague todos los motivos que el encuestado dice que existen para que las personas no dejen de fumar.
- ~~21.~~ **¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar?;** para esta pregunta hay 3 opciones selecciona la correcta de acuerdo de la respuesta del encuestado.
- |             |        |
|-------------|--------|
| 1.- SI      | 2.- NO |
| 3.- NO FUMO |        |
22. **¿Cuándo dejó Usted de fumar; cuánto duró la abstinencia?.** En esta pregunta seleccione una de las 4 opciones que se dan de acuerdo a la respuesta del encuestado serán:
- |                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1.- MENOS DE 1 SEMANA   | 2.- DE UNA SEMANA A 2 MESES |
| 3.- DE TRES MESES A MAS | 4.- NO FUMA                 |
23. **¿Qué respuesta tendría si Usted quisiera dejar de fumar?** Aquí se presentan 4 opciones, seleccione aquella que refleje la respuesta del encuestado, estas opciones son:
- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1.- TENDRIA EXITO | 2.- NO TENDRIA EXITO |
| 3.- NO SABE       | 4.- NO FUMA          |

## ALCOHOLISMO

24. **¿Consumo Usted bebidas alcohólicas (cerveza o vino)?** Para esta pregunta existen tres opciones, anote en el espacio el número de aquella que se relacione con la respuesta que da el encuestado las opciones son:
- 1.- SI CONSUMO
  - 2.- NUNCA HE CONSUMIDO
  - 3.- NO CONSUMO ACTUALMENTE
25. **¿Con qué frecuencia consume Usted bebidas alcohólicas?** anote la opción pertinente a la respuesta obtenida del encuestado existen 6, anote solo una:
- 1.- TODOS LOS DIAS,
  - 2.- MAS DE DOS VECES POR SEMANA,
  - 3.- CADA 7 O 15 DIAS,
  - 4.- OCASIONALMENTE ( CADA 3 O 4 SEMANAS),
  - 5.- EN CASOS MUY ESPECIALES (1 O 2 VECES AL AÑO) Y
  - 6.- NUNCA TOMO
26. **¿Qué cantidad de cerveza o vino consume Usted habitualmente por semana?** Las opciones que existen para esta pregunta están descritas en número de cervezas y cantidad de vino destilado en ml., anote la opción que corresponda a la respuesta del encuestado.
- 1.- MAS DE 84 CERVEZAS (MAS DE 1 3/4 LITRO DE VINO DESTILADO)
  - 2.- 42 A 83 CERVEZAS (1 1/2 LITRO O 3/4 LITRO DE VINO DESTILADO)
  - 3.- DE 21 A 41 CERVEZAS (700 ML. A 500 ML. DE VINO DESTILADO)
  - 4.- DE 7 A 20 CERVEZAS (495 ML. A 200 ML. DE VINO DESTILADO)
  - 5.- MENOS DE 7 CERVEZAS (MENOS DE 200 ML. DE VINO DESTILADO)
  - 6.- NO BEBE.
27. **¿Porqué motivo(s) consume Usted cerveza o vino?** Anote claramente los motivos que dicen tener en el espacio correspondiente, si refirió no beber anote el número de esta opción en el espacio correspondiente
28. **¿Porqué motivo no consume Usted cerveza o vino?** Anote claramente los motivos que dicen tener para no consumir cerveza o vino, si refirió que si beben anote el número de esta opción en el espacio correspondiente.
29. **¿Cree Usted que por tomar se puede enfermar?** Esta pregunta se hará a todas las personas, solo consideraremos dos opciones anote en el espacio el número de la opción seleccionada.
- 1.- SI
  - 2.- NO



30. **¿Qué daños producen el consumo de bebidas alcohólicas?** Pregunte a todas las personas y anote los daños que dicen presentarse por consumir bebidas alcohólicas en las líneas correspondientes y en forma clara.
31. **¿Qué tan serios serían esos daños?** Para esta pregunta hay cuatro opciones seleccione aquella que se relacione con la respuesta que le da el encuestado, las opciones que se consideraran son:
- |              |                   |
|--------------|-------------------|
| 1.- MORTAL   | 2.- GRAVE         |
| 3.- MODERADO | 4.- SIN SEVERIDAD |
32. **¿Cree Usted que para dejar de fumar se requiere de ayuda o consulta?** Esta pregunta debe hacerse en forma muy clara y a todas las personas beban o no, bebidas alcohólicas y hay 2 opciones que son:
- |        |        |
|--------|--------|
| 1.- SI | 2.- NO |
|--------|--------|
33. **¿Qué beneficios tiene Usted por no beber?** Anote en el espacio correspondiente, todos los beneficios que dice tener por no beber.
34. **¿Qué beneficios tiene Usted por beber?** Anote en forma clara los beneficios que dicen tener la persona por beber.
35. **¿Qué motivos existen para que la gente o Usted no deje el consumo de bebidas alcohólicas?** Anote claramente en el espacio, todos los motivos que dice el encuestado que existen para que las personas no dejen de beber.
36. **¿Ha intentado alguna vez dejar de consumir bebidas alcohólicas?** Anote el número de la opción que corresponda a la respuesta que de el encuestado se considerará:
- |                |        |
|----------------|--------|
| 1.- SI         | 2.- NO |
| 3.- NO CONSUMO |        |
37. **¿Qué respuesta tendría si quisieran dejar de tomar?** Anote el número de la opción que dice el encuestado que tendría si quisiera dejar de tomar, considerando los siguientes:
- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1.- TENDRIA EXITO | 2.- NO TENDRIA EXITO |
| 3.- NO SABE       |                      |

### **EJERCICIO**

38. **¿Realiza Usted ejercicio actualmente?** Anote solo una opción de las siguientes:
- |                     |        |
|---------------------|--------|
| 1.- SI              | 2.- NO |
| 3.- DEJE DE HACERLO |        |

39. **¿Con qué frecuencia hace Usted ejercicio? Seleccione de las siguientes opciones la que se relacione en la respuesta que da el encuestado;**
- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| 1.- DOS O MAS VECES POR SEMANA, | 2.- UNA VEZ POR SEMANA,          |
| 3.- UNA VEZ CADA DOS SEMANAS,   | 4.- RARA VEZ O EXCEPCIONALMENTE. |
40. **¿Cuánto tiempo dedica Usted a la semana para hacer ejercicio? Considere las siguientes opciones y anote solo aquella que se relacione con la respuesta que le de el encuestado:**
- |                      |                    |
|----------------------|--------------------|
| 1.- MENOS DE 3 HORAS | 2.- DE 3 A 6 HORAS |
| 3.- MAS DE 7 HORAS   | 4.- NO LO PRACTICA |
41. **¿Qué tipo de ejercicio realiza? Seleccione una de las siguientes que sea la que más realiza el encuestado:**
- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 1.- CAMINATA                         | 2.- TROTE                                    |
| 3.- GIMNASIA O AEROBICS              | 4.- DEPORTE (BEISBALL, FOOTBOLL, VOLEY BOLL) |
| 5.- EL TRABAJO (QUEHACER DE LA CASA) | 6.- NINGUNO                                  |
| 7.- OTRO                             |  |
42. **¿Porqué motivo hace Usted ejercicio? Anote en el espacio los motivos que dice tener para hacer ejercicio, si no lo hace anote el número de la opción correspondiente.**
43. **¿Porqué motivo no hace Usted ejercicio? Anote los motivos que dice tener para no hacer ejercicio, si lo hace escriba el número de la opción correspondiente.**
44. **¿Cree Usted que el no hacer ejercicio perjudica la salud? Seleccione una de las siguientes opciones de acuerdo a la respuesta de la persona encuestada**
- |             |        |
|-------------|--------|
| 1.- SI      | 2.- NO |
| 3.- NO SABE |        |
45. **¿Qué daños se producen por no hacer ejercicio? Anote claramente todos los daños que dice producirse por no hacer ejercicio**
46. **¿Qué tan serios pueden ser esos daños? Seleccione el número de la opción de la pregunta que corresponda a la respuesta de la persona encuestada.**
- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1.- MORTAL          | 2.- GRAVE          |
| 3.- LEVE O MODERADO | 4.- SIN SEVERIDAD. |
47. **¿Ha buscado ayuda o consulta para iniciar la práctica de ejercicio? Solo seleccione una de las dos siguientes opciones:**
- |        |         |
|--------|---------|
| 1.- SI | 2.- NO. |
|--------|---------|

48. **¿Le interesaría iniciar la práctica de ejercicio?** Solo anote una de las opciones de acuerdo a la respuesta que le de la persona encuestada

1.- SI

2.- NO

49. **¿Qué beneficio obtiene Usted por hacer ejercicio?** Anote claramente todos los beneficios que dice obtener por hacer ejercicio.

50. **¿Qué beneficios obtiene Usted por no hacer ejercicio?** Anote los beneficios que dicen tener por no hacer ejercicio.

51. **¿Qué motivos existen para que la gente o Usted hagan ejercicio?** Anote claramente los motivos que dicen existir para que la gente y la persona encuestada hagan ejercicio.

52. **¿Ha intentado por si solo iniciar la práctica de ejercicio?** Seleccione una de las dos opciones de acuerdo a la respuesta que le de la persona encuestada

1.- SI

2.- NO

53. **¿Si Usted iniciará la práctica de ejercicio que respuesta tendría?** Seleccione el número de las opciones siguientes de acuerdo con la respuesta que obtenga.

1.- TENDRIA EXITO

2.- NO TENDRIA EXITO

3.- NO SABE

#### **SOBREPESO U OBESIDAD**

54. **¿Cómo considera usted que es su peso?** Anote el número de la opción considerando los siguientes:

1.- NORMAL

2.- DEBAJO DE LO NORMAL

3.- ENCIMA DE LO NORMAL

4.- NO PUEDE JUZGAR

55. **¿Porqué motivos tiene Usted exceso de peso?** Anote los motivos que dicen tener, se refirió anteriormente que no tiene exceso de peso anote el número de esta opción en el espacio correspondiente.

56. **¿Porqué motivo no tiene Usted exceso de peso?** Anote los motivos que dice tener para no tener exceso de peso, si refirió tener exceso de peso escriba el número de esta opción en el espacio correspondiente.

57. **¿Cree Usted que el exceso de peso puede causarle problemas de salud?** Anote el número de la opción en relación a la respuesta que dé la persona encuestada.

1.- SI

2.- NO

3.- NO SABE

58. **¿Qué daños le produciría a Usted el exceso de peso?** Anote claramente los daños que dicen producirse por tener exceso de peso
59. **¿Qué tan serios serían los daños provocadas por exceso de peso en la gente o Usted?** Considere las siguientes opciones para que anote una de acuerdo con la respuesta que obtenga de la persona encuestada.
- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 1.- MORTAL         | 2.- GRAVE         |
| 3.-LEVE O MODERADO | 4.- SIN SEVERIDAD |
60. **¿Qué beneficios tendría Usted por tener exceso de peso y obesidad?** Anote los beneficios que dice tener por tener exceso de peso.
61. **¿Qué beneficios tendrá Usted por no tener exceso de peso u obesidad?** Anote claramente los beneficios que dice tener por no tener exceso de peso.
62. **¿Cree Usted que para bajar de peso se requiere ayuda o consulta?** De acuerdo a la respuesta del encuestado seleccione una de las siguientes opciones:
- |             |        |
|-------------|--------|
| 1.- SI      | 2.- NO |
| 3.- NO SABE |        |
63. **¿Qué motivos existen para que la gente o Usted no resuelva el problema de sobre peso u obesidad?** Anote los motivos que dicen existir para que la gente y persona encuestada no resuelva el problema de sobrepeso.
64. **¿Ha intentado alguna vez bajar de peso?** Anote el número de la opción de acuerdo a la respuesta que obtenga de la persona encuestada considere las siguientes?:
- |                    |        |
|--------------------|--------|
| 1.- SI             | 2.- NO |
| 3.- NO LO NECESITO |        |
65. **¿Si Usted necesitará o quisiera bajar de peso que resultado tendría?** Para esta pregunta seleccione el número de la opción que corresponda a la respuesta de la persona encuestada.
- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| 1.- TENDRIA EXITO | 2.- NO TENDRIA EXITO |
| 3.- NO SABE       |                      |

**USO DE SERVICIOS DE SALUD**

66. **¿Tiene Usted derecho algún tipo de seguridad social?** Seleccione de las opciones el número del tipo de seguridad social que dice tener el encuestado, en caso de no aplicar en las opciones; escriba en otros el tipo de seguridad que dice tener;

- 1.- IMSS
- 3.- EMPRESARIAL
- 5.- PRIVADO

- 2.- ISSSTE
- 4.- S.E.S.
- 6.- OTROS \_\_\_\_\_

67. **¿Cuál servicio de salud utiliza con más frecuencia?**  
Seleccione el número de la opción del servicio que utiliza con más frecuencia existe un espacio en la opción número 6 otros para escribir otro en caso de no aplicar las opciones anteriores.

- 1.- IMSS
- 3.- EMPRESARIAL
- 5.- PRIVADO

- 2.- ISSSTE
- 4.- S.E.S.
- 6.- OTROS \_\_\_\_\_

68. **¿Porqué razón utiliza Usted este servicio de salud con más frecuencia?** Escriba las razones por las cuales utiliza con más frecuencia el servicio de salud.

69. **De los siguientes casos, ¿diga Usted cuál utiliza con más frecuencia?** Pregunte a la persona encuestada el para qué ha utilizado el servicio de salud considerando las siguientes opciones, si es otros; escriba la razón.

- 1.- PROMOCION DE LA SALUD
- 2.- PROGRAMAS DE PREVENCIÓN (PROGRAMA DE SALUD)
- 3.- PARA CURACION DE LA ENFERMEDAD
- 4.- REHABILITACION
- 5.- NO UTILIZA
- 6.- OTROS \_\_\_\_\_

70. **¿Cuántas veces al año usa los servicios de salud?**  
Seleccione el número de la opción que corresponda a la respuesta de la persona encuestada considere los siguientes, si es otro, anote cuanto:

- 1.- MINIMO 2 VECES AL AÑO
- 2.- SOLO CUANDO ME ENFERMO
- 3.- CADA MES
- 4.- CADA 3 MESES
- 5.- 1 VEZ A AÑO
- 6.- NUNCA
- 7.- OTRO \_\_\_\_\_

En las siguientes preguntas se mencionan 5 casos, selecciona para cada uno, el número de la opción que corresponda a la respuesta del encuestado, estas están enfocada a el "para que has utilizado los servicios de salud"

71. **¿Para dejar de fumar?**

1.- SI

2.- NO

72. **¿Para dejar de consumir bebidas alcohólicas?**

1.- SI

2.- NO

73. ¿Para bajar de peso?

1.- SI

2.- NO

74. ¿Para iniciar un programa de ejercicio?

1.- SI

2.- NO

En las siguientes preguntas nos interesa saber si la persona encuestada ha recibido orientación por parte de los servicios de salud sin haberlos solicitado, en cada una de los casos seleccione el número de la opción que corresponda a la respuesta del encuestado considerando lo siguiente:

75. ¿Para evitar fumar cigarrillos?

1.- SI

2.- NO

76. ¿Para evitar el alcoholismo?

1.- SI

2.- NO

77. ¿Para evitar el sobre peso?

1.- SI

2.- NO

78. ¿Para realizar ejercicio?

1.- SI

2.- NO

**NOMBRE DEL ENCUESTADOR:** Anote en la línea correspondiente el nombre completo del encuestador iniciado con nombre, apellido paterno y materno. ejemplo: Lic. Magdalena Alonso Castillo.

**1A. FECHA DE APLICACION DE LA ENCUESTA (Entrevista)** Anote claramente la fecha de cuando se hizo la aplicación anotando día, mes y año. Ejemplo: 20 de septiembre 1992

**2A. Y 3A. VISITA:** Estos dos espacios se utilizarán anotando fecha de posibles visitas en los casos que faltan algunos datos del encuestado se considerarán hasta 3 visitas para completar la encuesta.

Al terminar la encuesta de las gracias al etrevistado por su colaboración.

Monterrey, N.L. a Abril de 1993



ANEXO 4

DATA LIST FILE 'MAGDALENA.DAT'

/V1 1-3 V2 5-6 V3 8 V4 10 V5 12 V6 14-16 V7 18-20 V8 22 V9 24 V10 26 V11 28  
 V12 30 V13 32 V14 34 V15 36 V16 38 V17 40 V18 42 V19 44 V20 46 V21 48 V22 50  
 V23 52 V24 54 V25 56 V26 58 V27 60 V28 62 V29 64 V30 66 V31 68 V32 70 V33 72  
 V34 74 V35 76/V36 1 V37 3 V38 5 V39 7 V40 9 V41 11 V42 13 V43 15 V44 17 V45 19  
 V46 21 V47 23 V48 25 V49 27 V50 29 V51 31 V52 33 V53 35 V54 37 V55 39 V56 41  
 57 43 V58 45 V59 47 V60 49 V61 51 V62 53 V63 55 V64 57 V65 59 V66 61 V67 63  
 V68 65 V69 67 V70 69 V71 71 V72 73 V73 75 V74 77/V75 1 V76 3 V77 5 V78 7 V79 9  
 V80 11 V81 13.

VARIABLE LABELS

V1 'CLAVE'  
 V2 'EDAD'  
 /V3 'EDAD EN RANGOS'  
 /V4 'SEXO'  
 /V5 'OCUPACION'  
 V6 'PESO'  
 V7 'TALLA'  
 /V8 'EDO CIVIL'  
 /V9 'ESCOLARIDAD'  
 V10 'TIEMPO DE RESIDENCIA'  
 V11 'FUMA USTED'  
 V12 'CON QUE FREC FUMA'  
 V13 'CANT CIGARROS DIA'  
 /V14 'MOTIVO PARA FUMAR'  
 V15 'MOTIVO PARA NO FUMAR'  
 /V16 'CREE ENF POR FUMAR'  
 /V17 'DAÑOS FUMA O FUMARA'  
 V18 'QUE TAN SERIOS SERIAN DAÑOS'  
 /V19 'REQUIERE AYUDA DEJAR FUMAR'  
 V20 'BENEFICIOS POR FUMAR'  
 /V21 'BENEFICIOS POR NO FUMAR'  
 V22 'MOTIVO NO DEJAR FUMAR'  
 V23 'INTENTADO DEJAR FUMAR'  
 V24 'DEJO FUMAR Y DURA ABST'  
 V25 'RESPUESTA DEJAR FUMAR'  
 26 'CONSUME BEB ALCOHOLICAS'  
 V27 'FREC CONSUME BEBIDAS'  
 V28 'CANT CONSUME BEBIDAS'  
 V29 'MOTIVOS PARA CONSUMIR'  
 V30 'MOTIVOS PARA NO CONSUMIR'  
 V31 'CREE ENF POR BEBER'  
 V32 'DAÑO PRO BEB ALCHOLICA'  
 V33 'QUE TAN SERIOS SERIAN DAÑOS'  
 V34 'CREE REQU AYUDA NO BEBER'  
 V35 'BENEF POR NO PEBER'  
 36 'BENEF POR BEBER'  
 V37 'MOTIVOS POR NO DEJAR DE BEBER'  
 V38 'INTENTADO DEJAR DE BEBER'  
 V39 'RESP DEJAR DE BEBER'  
 V40 'REALIZA EJERCICIO ACT'  
 V41 'FREC EJERCICIO'  
 V42 'TIEMPO SEMANA EJERCICIO'  
 V43 'TIPO DE EJERCICIO'

UANL

AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

GENERAL DE BIBLIOTECAS





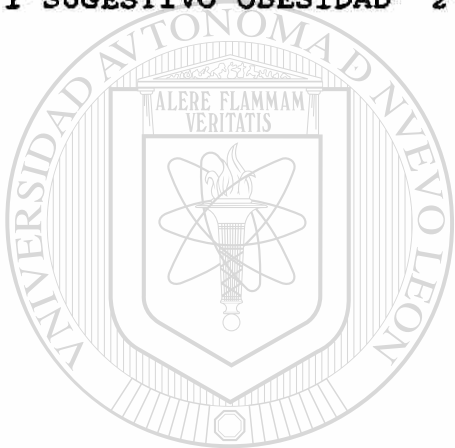
/V45 'MOTIVO NO REAL EJERCICIO'  
 /V46 'PERJUDICA NO EJERCICIO'  
 /V47 'DAÑOS NO REAL EJERCICIO'  
 /V48 'QUE TAN SERIOS SERIAN DAÑOS'  
 /V49 'BUSCA AYUDA PRAC EJERCICIO'  
 /V50 'INTERESA INICIAR EJERCICIO'  
 /V51 'BENEFICIOS HACER EJERCICIO'  
 /V52 'BENEFICIO NO REAL EJERCICIO'  
 /V53 'MOTIVO HACER EJERCICIO'  
 /V54 'INTENTADO INICIAR EJERCICIO'  
 /V55 'RESP INICIAR EJERCICIO'  
 /V56 'COMO CONSIDERA SU PESO'  
 /V57 'MOTIVO EXCESO DE PESO'  
 /V58 'MOTIVO NO EXCESO DE PESO'  
 /V59 'EXCESO PESO PROB SALUD'  
 /V60 'DAÑOS POR EXCESO PESO'  
 /V61 'QUE TAN SERIOS SERIAN DAÑOS'  
 /V62 'BENEFICIO EXC PESO'  
 /V63 'BENEFICIO NO EXC PESO'  
 /V64 'REQ AYUDA BAJAR DE PESO'  
 /V65 'MOTIVO PARA NO BAJAR PESO'  
 /V66 'INTENTADO BAJAR DE PESO'  
 /V67 'RESULT INTENTO BAJAR PESO'  
 /V68 'TIPO SEGURIDAD SOCIAL'  
 /V69 'SERV SALUD UTIL FREC'  
 /V70 'RAZON UTIL SERVICIO FREC'  
 /V71 'CUAL UTILIZA MAS FREC'  
 /V72 'VECES AL AÑO UTIL SERV'  
 /V73 'UTIL SERV NO FUMAR'  
 /V74 'UTIL SERV NO BEBER'  
 /V75 'UTILIZA SERV BAJAR PESO'  
 /V76 'UTILIZA SERVICIO EJERCICIO'  
 /V77 'ORIENTACION NO FUMAR'  
 /V78 'ORIENTACION EJERCICIO'  
 /V79 'ORIENTACION NO BEBER'  
 /V80 'ORIENTACION BAJAR PESO'  
 /V81 'ESTADO NUTRICIO'.

VALUE LABELS

/V3 1'18 A 22' 2'23 A 27' 3'28 A 32' 4'33 A 37' 5'38 A 42' 6'43 A 47'  
 7'48 1 52' 8'53 A MAS'  
 /V4 1'MASCULINO' 2'FEMENINO'  
 /V5 1'AMA DE CASA' 2'EMPLEADO' 3'OBRERO' 4'SERV DOMESTICO' 5'ESTUDIANTE'  
 6'DESEMPLEADO' 7'MACHETEROS'  
 /V8 1'SOLTERO' 2'CASADO O U LIBRE' 3'VIUDO' 4'DIVORCIADO O SEP'  
 /V9 1'SIN ESCOLARIDAD' 2'PRIM INC' 3'PRIM COMP' 4'SEC INC' 5'SEC COMP'  
 6'EST POS SEC'  
 /V10 1'MENOS-6 MESES' 2'MENOS 1 AÑO' 3'1 A 3 AÑOS' 4'MAS 3 AÑOS'  
 /V11 1'SI' 2'NUNCA' 3'NO ACTUALMENTE'  
 /V12 1'OCASIONALMENTE' 2'SIEMPRE' 3'FRECUENTEMENTE' 4'NO FUMA'  
 /V13 1'1 A 10' 2'11 A 20' 3'MAS DE 20' 4'NO FUMA'  
 /V14 1'GUSTO O SATISFACCION' 2'NO FUMA' 3'CALMAR NERVIOS O TEN' 4'IMITACION'  
 /V15 1'NO LE GUSTA' 2'SI FUMA' 3'PUEDA ENFERMAR'  
 /V16 1'SI' 2'NO'  
 /V17 1'INFECC RESP' 2'ENF PULMONARES' 3'CANCER' 4'ENF CARDIOV'

- V18 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'MODERADO' 4'SIN SERIEDAD'
- V19 1'SI' 2'NO'
- V20 1'NINGUNO' 2'SATISFACCION' 3'TRANQUILIZA'
- V21 1'EVITAR INF RESP' 2'PREV ENF' 3'MANTENER SALUD' 4'MEJORAR ECONOMIA'
- V22 1'NO SABEN' 2'PROB PERS O FAM' 3'DIF DEJAR FUMAR' 4'FALTA VOLUNTAD'  
5'PUBLICIDAD' 6'FALTA ORIENTACION'
- V23 1'SI' 2'NO' 3'NO FUMA'
- V24 1'MENOS 1 SEMANA' 2'1 SEM A 2 MESES' 3'3 MESES A MAS' 4'NO FUMA'  
5'NO HA INTENTADO'
- V25 1'EXITO' 2'NO EXITO' 3'NO SABE'
- V26 1'SI' 2'NUNCA' 3'NO ACTUALMENTE'
- V27 1'TODOS LOS DIAS' 2'MAS 2 VECES POR SEM' 3'CADA 7/15 DIAS'  
4'OCASIONALMENTE' 5'CASOS ESPECIALES' 6'NUNCA'
- V28 1'MAS 84' 2'42 A 83' 3'21 A 42' 4'7 A 20' 5'MENOS DE 7' 6'NO BEBE'
- V29 1'POR GUSTO' 2'NO BEBE' 3'CONV SOCIAL' 4'PASATIEMPO O DIVER'
- V30 1'NO LE GUSTA' 2' SI BEBE' 3' DAÑA LA SALUD' 4'EVITA PROB FAM'
- V31 1'SI' 2'NO'
- V32 1'PROB HIGADO' 2'HEMORRAGIA Y ULC EST' 3'CIRROSIS' 4'TRAST CONDUCTA'  
5'PROB FAM' 6'DAÑO RENAL'
- V33 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'MODERADO' 4'SIN SERIEDAD'
- V34 1'SI' 2'NO'
- V35 1'SALUD Y NO ENF' 2'EVITA PROB FAM O PERS' 3'FAVORECE ECON PER Y FAM'
- V36 1'NINGUNO' 2'SATISF PERSONAL' 3'AUMENTA APETITO' 4'CONV SOCIAL'
- V37 1'NO SABEN' 2'DIF DEJAR BEBER' 3'EXCESO PUBLICIDAD' 4'DESINTERES SALUD'  
5'PROB PER Y/O FAM'
- V38 1'SI' 2'NO' 3'NO CONSUME'
- V39 1'EXITO' 2'NO EXITO' 3'NO SABE'
- V40 1'SI' 2'NO' 3'DEJO DE HACERLO'
- V41 1'2 O MAS SEM' 2'1 POR SEM' 3'1 CADA DOS SEM' 4'RARA EXCEPCION'  
5'NO HACE EJERCICIO'
- V42 1'MENOS 3 HRS' 2'3 A 6 HRS' 3'MAS 7 HRS' 4'NO PRACTICA'
- V43 1'CAMINATA' 2'TROTAR' 3'GIMNASIA O AEROBICS' 4'DEPORTE' 5'TRABAJO CASA'  
6'NINGUNO'
- V44 1'MANTENERSE SANO' 2'NO HACE' 3'POR GUSTO O DIST' 4'MANT FORMA'  
5'BAJAR PESO' 6'EL TRAB LO REQ'
- V45 1'FALTA TIEMPO' 2'SI HACE' 3'NO LE INTERESA' 4'PROB SALUD'
- V46 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'
- V47 1'OBESIDAD' 2'NO SABE' 3'BAJA COND FISICA' 4'PROB CORAZON'  
5'ENF MUSCULOESQ'
- V48 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'LEVE O MOD' 4'SIN SERIEDAD'
- V49 TO V50 1'SI' 2'NO'
- V51 1'MANTENER FORMA' 2'MAYOR COND FISICA' 3'SENTIRSE BIEN' 4'NO SABE'  
5'BAJAR PESO'
- V52 1'NINGUNO' 2'NO SABE'
- V53 1'POR GUSTO' 2'EVITAR SUBIR PESO' 3'SENTIRSE BIEN' 4'MANT Y CONS SALUD'  
5'DISTRACCION'
- V54 1'SI' 2'NO'
- V55 1'EXITO' 2' NO EXITO' 3'NO SABE'
- V56 1'NORMAL' 2'BAJO PESO' 3'EXCESO PESO' 4'NO PUEDE JUZGAR'
- V57 1'DIETA NO ADEC' 2'NO EXCESO PESO' 3'NO HACE EJERCICIO' 4'TRAB SEDENTARIO'  
5'NO SABE'
- V58 1'TIPO TRABAJO' 2'SI TIENE EXCESO PESO' 3'HACE EJERCICIO'  
4'SIEMPRE SE MAN ASI' 5'CUIDA DIETA' 6'NO SABE'
- V59 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'

- /V60 1'PRESION ALTA' 2'DAÑO CORAZON' 3'DIABETES' 4'PROB CIRC'  
5'PROB MUSCULOESQ'
- /V61 1'MORTAL' 2'GRAVE' 3'LEVE O MOD' 4'SIN SERIEDAD'
- /V62 1'NINGUNO' 2'NO SABE'
- /V63 1'EVITAR ENF' 2'SENTIRSE BIEN' 3'NO PADECER CORAZON'
- /V64 1'SI' 2'NO' 3'NO SABE'
- /V65 1'FALTA INFOR Y ORIENT' 2'NO SABE' 3'FALTA INTERES SALUD'  
4'MAL HABITO ALIM'
- /V66 1'SI' 2'NO' 3'NO LO NECESITA'
- /V67 1'EXITO' 2'NO EXITO' 3'NO SABE'
- /V68 TO V69 1'IMSS' 2'ISSSTE' 3'EMPRESARIAL' 4'SES' 5'PRIVADA'
- /V70 1'TIENE DERECHO' 2'BUENO EFECTIVO Y RAP' 3'QUEDA CERCA' 4'NO COBRAN'  
5'NEC DE ATENCION'
- /V71 1'PROMOCION SALUD' 2'PREVENCION' 3'CURACION ENF'
- /V72 1'MINIMO 2 POR AÑO' 2'CUANDO ENF' 3'CADA MES' 4'CADA 3 MESES' 5'1 AL AÑO'
- /V73 TO V80 1'SI' 2'NO'
- /V81 1'SUGESTIVO OBESIDAD' 2'SOBREPESO' 3'NORMAL' 4'RIESGO DEF ENERG'.



# UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

## Presupuesto y Financiamiento

a)	Recursos Humanos	Costo
.	Asesor de Tesis (30 horas)	N\$ 1,500.00
.	Especialista en Estadística y Cómputo (30 horas)	N\$ 1,500.00
.	3 Encuestadores (30 horas cada uno)	N\$ 1,800.00
.	Secretaría (45 horas)	N\$ 675.00
		<hr/>
		N\$ 5,475.00
b)	Pasajes y Viáticos (para transportación)	N\$ 500.00
c)	Papelería y material de escritorio	
.	10,000 hojas de papel bond (carta)	N\$ 200.00
.	6 Tablas para encuestar	N\$ 60.00
.	1 Caja de lapices	N\$ 10.00
.	15 Masters	N\$ 50.00
		<hr/>
		N\$ 320.00
d)	Papelería para computadora	
.	3,000 hojas de computo	N\$ 150.00
.	1 Cinta datapac para impresora	N\$ 35.00
.	1 Caja de diskettes	N\$ 45.00
.	1 Paquete de hojas para cálculo	N\$ 10.00
		<hr/>
		N\$ 240.00

e) Servicios de encuadernación de 90 tesis	N\$ 750.00
---	------------

Total	N\$ 7,285.00
-------	--------------

### Financiamiento

Las fuentes de financiamiento son las siguientes:

a) Programa para el Desarrollo e Innovación de Enfermería (asesoría)	N\$ 1,500.00
---	--------------

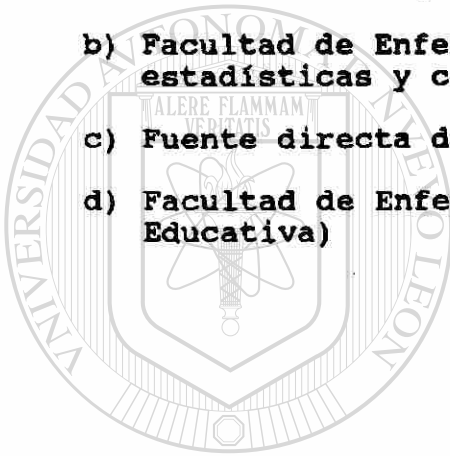
b) Facultad de Enfermería (especialista en estadísticas y computación)	N\$ 1,500.00
---	--------------

c) Fuente directa de investigadores	N\$ 2,000.00
-------------------------------------	--------------

d) Facultad de Enfermería (Tecnología Educativa)	N\$ 2,285.00
---	--------------

---

N\$ 7,285.00



# UANL

---

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



