



Universidad Autónoma de Querétaro.
Facultad de Enfermería

Opción de titulación
Tesis colectiva.

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Licenciatura en Enfermería.

Presentan:

Alducin Hernández Claudia Lizbeth.
Coyote Alvarado María Monserrat.
Muñoz Olvera Ana Karen.

Título de tesis:

“Estilo de vida promotor de salud y su relación con el consumo de tabaco en
trabajadores de la industria”.

Dirigido por:

DIE. María Antonieta Mendoza Ayala.



Universidad Autónoma de Querétaro.
Facultad de Enfermería

Opción de titulación
Tesis.

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Licenciatura en Enfermería.

Presentan:

Alducin Hernández Claudia Lizbeth.
Coyote Alvarado María Monserrat.
Muñoz Olvera Ana Karen.

Dirigido por:

DIE. María Antonieta Mendoza Ayala.

Nombre del Sinodal
Presidente

Firma

Nombre del Sinodal
Secretario

Firma

Nombre del Sinodal
Vocal

Firma

Nombre del Sinodal
Suplente

Firma

Nombre del Sinodal
Suplente

Firma

Nombre y Firma
Director de la Facultad

Centro Universitario
Querétaro, Qro.

Fecha (será el mes y año de aprobación del Consejo Universitario)

RESUMEN.

Introducción: La protección en materia de salud de los trabajadores de la industria constituye en la actualidad un campo de acción amplio de organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Los estilos de vida constituyen conductas y decisiones del individuo que lo llevan a mejorar su salud o deteriorarla según sea el caso, estas conductas permiten indagar si el individuo cuenta con un estilo de vida saludable basándose en la presencia de consumo de sustancias adictivas como el tabaco, la realización de ejercicio y la alimentación que los trabajadores llevan. Objetivo: describir el estilo de vida promotor de salud y su relación con el consumo de tabaco en trabajadores de la industria. Metodología: se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, participaron en el estudio 120 trabajadores en una empresa de giro metal mecánico, a quienes se aplicó la Escala Estilo de Vida Promotor de la Salud en su versión en español. Para el análisis estadístico se utilizaron medidas de tendencia central y para la prueba de hipótesis el Coeficiente de Correlación de Spearman. Se consideraron en el estudio los principios éticos de confidencialidad y anonimato para los participantes. Resultados: El instrumento mostró un coeficiente de confiabilidad de alpha de Cronbach .97%. De acuerdo con el sexo el 68.3% de la población en estudio son hombres, 27.5% tienen 23 a 27 años.

Se encontró en el estudio que de los trabajadores encuestados 68.33% ha consumido tabaco alguna vez en su vida y 53.33% en el último año, el consumo de tabaco promedio al día es de 3.2 cigarrillos. El 45% de los participantes reportan que sólo algunas veces eligen una dieta baja en grasas y sólo 36.7% limita el uso de alimentos que contienen azúcar. En relación con el consumo de cereales, frutas, vegetales y carnes los entrevistados reportan un consumo de 2-11 porciones algunas veces por semana y el 35.2% sólo algunas veces come o desayuna. Un 86.6% realiza actividad física mientras un 13.3% son sedentarios. El estilo de vida promotor de salud promedio fue de 41.2% para mujeres y 28.3 en hombres. Se encontró correlación estadísticamente significativa entre las variables estilo de vida promotor y consumo de tabaco (a mayor consumo de tabaco, menor estilo de vida). Conclusión: En el área industrial de estudio predominó el sexo masculino, siendo ellos quienes presentan un estilo de vida no saludable, así mismo, se corrobora una relación inversa entre estilo de vida y consumo de tabaco, por lo que es importante establecer acciones de Enfermería bajo los principios del primer nivel de atención, como orientar sobre dieta y ejercicio, descanso y sueño.

Palabras clave: Estilo de vida promotor, consumo de tabaco, enfermería industrial)

A nuestros padres que son lo mejor que tenemos, a nuestros maestros y a la Universidad Autónoma de Querétaro por habernos brindado la oportunidad de formarnos como profesionistas.

AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios por cuidarnos y guiarnos durante esta etapa de nuestra vida.

A nuestros padres por su ejemplo y su apoyo incondicional a lo largo de nuestra vida. A nuestros hermanos y amigos por su compañía y comprensión.

A la Facultad de Enfermería, especialmente a la DIE. María Antonieta Mendoza Ayala y la Dra. Alicia Álvarez Aguirre por su orientación, empeño y conocimientos brindados al presente trabajo.

A las empresas que nos permitieron invitar a sus trabajadores a formar parte de nuestra investigación

Claudia Lizbeth Alducin Hernández.

María Monserrat Coyote Alvarado.

Ana Karen Muñoz Olvera.

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
1.2 JUSTIFICACION	7
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.3.3 HIPOTESIS	9
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ESTILO DE VIDA	10
2.2 CONSUMO DE TABACO	12
2.3 MEDIDAS DE PREVALENCIA	13
2.4 ESTUDIOS RELACIONADOS	14
3. METODOLOGIA	17
3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO	17
3.2 UNIVEROS Y MUESTRA	17
3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	17
3.4 MATERIAL Y METODOS	18
3.4.1 ESTRATEGIAS PARA EL TRABAJO DE CAMPO	18
3.4.2 DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO	19
3.5 PLAN DE ANALISIS DE DATOS	20
3.6 ÉTICA DEL ESTUDIO	20
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
4.1 CUADROS	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
5. CONCLUSIONES	28
5.1 RECOMENDACIONES	28
6. REFERENCIAS	30
INSTRUMENTOS	33

ÍNDICE DE CUADROS.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.	23
CUADRO 2 ÍNDICES DE ESTILO DE VIDA GENERAL Y POR DIMENSIONES.....	24
CUADRO 3. PREVALENCIA DE CONSUMO DE TABACO.	26
CUADRO 4. RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO Y EL ESTILO DE VIDA.	27

I. INTRODUCCIÓN.

La protección en materia de salud de los trabajadores de la industria constituye en la actualidad un campo de acción amplio para organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Los estilos de vida constituyen conductas y decisiones del individuo que lo llevan a mejorar su salud o deteriorarla según sea el caso, estas conductas nos permiten indagar si el individuo cuenta con un estilo de vida saludable basándose en la presencia de consumo de sustancias adictivas como el tabaco, la realización de ejercicio y la alimentación que los trabajadores llevan.

Se ha confirmado que los factores sociales, culturales, económicos y laborales influyen de manera determinante en los estilos de vida de los trabajadores de la industria, dichos factores se hacen más evidentes en esta población, ya que el estrés laboral, las relaciones interpersonales y el estilo de vida aumentan los factores de riesgo para el consumo del tabaco.

La presente investigación permitió conocer cuál es la relación del estilo de vida promotor de salud y el consumo de tabaco en ésta población. Por lo cual al interior del documento se abordó la definición del estilo de vida, definición de consumo de tabaco y medidas de prevalencia de éste.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estilo de vida es una construcción social que el individuo va encausando como resultado de la interacción de sus prácticas internas y su medio ambiente. La utilización del concepto estilo de vida y su relación con la salud o con la ocurrencia de enfermedades, fue determinada por la epidemiología, con respecto a la causalidad de las enfermedades, que permite entender los patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas (Zamora y Sánchez, 2008).

En la actualidad se acepta de manera amplia que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una incidencia de enfermedades crónicas. Estudios poblacionales revelan que hasta un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y 90% de los casos de diabetes mellitus tipo II, pueden evitarse si se adoptan estilos de vida saludables (Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdés y Huitrón, 2009).

En México las enfermedades cardiovasculares han demostrado un crecimiento exponencial en las últimas dos décadas, hasta constituir la primera causa de muerte en la población adulta. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) muestra que uno de los marcadores de enfermedades cardiovasculares en adultos es el tabaquismo, con una prevalencia del 10% en mujeres y 30% en hombres (Cerecero et al. 2009).

Dado lo anterior es importante que como estrategia de trabajo para prevenir el consumo de tabaco entre la población económicamente activa, se analice el estilo de vida relacionado con la salud, según World Health Organization en 1997,

"Una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" ya que de esta manera se podrá mejorar la salud y disminuir la enfermedad.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera al lugar de trabajo como un entorno prioritario para la promoción de la salud en el siglo XXI. La salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general (Organización Panamericana de la Salud, 2000).

En 2008 se realizó la Encuesta de tabaquismo en Jóvenes (ETJ) en la ciudad de Querétaro, donde se incluyeron datos sobre la prevalencia en el consumo de tabaco, obteniendo los siguientes resultados; 53.5% alguna vez en la vida probaron cigarrillos, 18.6% fuman cigarrillos actualmente, 9.5% usan otros productos del tabaco.

En el 2011 de acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública en el Estado de Querétaro, mueren diariamente dos personas por tabaquismo, siendo la prevalencia de consumo de tabaco mayor a la media nacional: 27.5% esto corresponde a 267,800 adultos, la prevalencia entre hombres fue de 40.9% (186,500) y en mujeres de 15.7% (81,300), (Ordaz, 2011).

Por lo anterior se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre el estilo de vida promotor de salud y el consumo de tabaco en trabajadores de la industria?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El conjunto de patrones y hábitos de comportamiento frecuentes de las personas, tienen un efecto importante en su salud y por ende en su estilo de vida (Zamora & Sánchez, 2008). En este sentido el estilo de vida poco sano lleva al deterioro de la salud física y de la salud mental, porque el desarrollo y bienestar humano dependen de manera integral de ambas (Zamora & Sánchez, 2008). Desde esta perspectiva la adquisición y el desarrollo de aptitudes o habilidades personales que conlleva a cambios de comportamiento relacionados con la salud y al fomento de estilos de vida saludables contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población y como consecuencia se logra la disminución en el costo económico del proceso salud-enfermedad dentro de las empresas prestadoras de servicios de salud (Giraldo, Toro, Macías, Valencia & Palacio, 2010).

Se sabe que en el adulto existe incremento de riesgo a desarrollar enfermedades crónicas, a causa del proceso natural de envejecimiento, entre estos riesgos se pueden citar la disminución de las capacidades funcionales y la redistribución de la grasa corporal en el área abdominal, el consumo de tabaco, el sedentarismo, entre otros (Cerecero et al. 2009).

Estudios realizados refieren que el consumo de tabaco es un problema que resulta de las condiciones de trabajo y estilo de vida que afectan la salud de los trabajadores y son importantes en términos de los trabajadores como una referencia para promover la salud (Aparecida & Monteiro, 2010).

Por lo anterior es importante identificar los comportamientos y actitudes que influyen sobre la calidad de vida de la población considerándose prioridad para todo profesional de salud, especialmente en adultos de mediana edad, ciclo de mayor productividad económica de un individuo (Triviño et al., 2009).

En el campo de la prevención de la salud, se han implementado como estrategias el modificar los hábitos de salud negativos de los sujetos y prevenir los hábitos inadecuados. Al trasladar esta idea en el contexto de enfermería los profesionales desempeñan actividades educativas entorno a favorecer el estilo de los trabajadores. El desarrollar el presente trabajo permitirá plantear estrategias que favorezcan un estilo de vida saludable en los trabajadores.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL.

Describir el estilo de vida promotor de salud y su relación con el consumo de tabaco en trabajadores de la industria.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir las características de la población de estudio.
- Identificar el perfil del estilo de vida promotor de salud en los trabajadores de la industria.
- Determinar las prevalencias del consumo de tabaco en los trabajadores.
- Relacionar el perfil del estilo de vida promotor de salud con el consumo de tabaco en los trabajadores.

1.3.3 HIPÓTESIS.

El consumo de tabaco se relaciona negativamente con el índice del perfil de estilo de vida promotor de salud de los trabajadores de la industria.

II. MARCO TEÓRICO

ESTILO DE VIDA

El estilo de vida es el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tienen un relativo control (Giraldo et al., 2010). La utilización del concepto estilo de vida y su relación con la salud o con la ocurrencia de enfermedades, fue determinada por la epidemiología, con respecto a la causalidad de las enfermedades, que permite entender los patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas (Zamora & Sánchez, 2008).

El estilo de vida no puede formarse de manera espontánea, sino que se constituye por decisiones conscientes del individuo y conjuntamente con los factores personales, ambientales y sociales que convergen del presente y la historia interpersonal (Campos, 2009). Dado lo anterior se denota que los estilos de vida se refieren principalmente a los comportamientos cotidianos que caracterizan la forma de vida de un individuo y son mayormente permanentes en el tiempo. A tal definición del estilo de vida se agregan variables tales como las creencias, expectativas, motivos, valores y emociones, las cuales se asocian a la conducta del individuo. (Lema et al, 2009).

Se pueden considerar estilos de vida saludable, a todo lo que el ser humano pueda hacer, decir o pensar cuyo resultado es la potenciación del estado actual de salud o la prevención de enfermedad (Zamora & Sánchez, 2008), relacionándose estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares (Vives, 2007), por otra parte el estilo de vida no saludable es aquel que conduce a la enfermedad. En los patrones de comportamiento del individuo que conforman el estilo de vida, se

incluyen prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí; comportamientos no saludables como el sedentarismo, desequilibrio en la dieta, consumo de tabaco, falta de sueño, implican para un individuo una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades (Lema et al, 2009).

El estilo de vida ayuda a consolidar valores que se relacionan con el hábito de hacer ejercicio, alimentos que se ingieren, prácticas nutricionales adecuadas, comportamientos de seguridad y prevención del consumo de sustancias como el tabaco, desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales, minimizar el estrés, accidentes, medio ambiente y sexualidad (Campos, 2009). Los requerimientos nutricionales y energéticos se ven modificados por las actividades físicas e intelectuales, por ello es importante armonizar las actividades laborales con la alimentación (Chamorro, 2011).

Además de lo mencionado se sabe que en el estilo de vida se ven reflejados las condiciones económico-sociales como las tradiciones, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y aún más particular, una comunidad, una familia o un individuo pueden tener un estilo de vida que dependa de sus conocimientos, necesidades reales y posibilidades económicas (Vives, 2007). Una parte importante de la conformación de un estilo de vida es la satisfacción del propio individuo con su vida, dicha relación tiene un componente valorativo que pudiese ser positivo o negativo según la perspectiva del individuo; “satisfecho con”, “insatisfecho con”. Tales valoraciones integran elementos cognitivos y emocionales en la conducta del individuo (Lema et al., 2009).

Es decir cada estilo de vida se favorece por hábitos, costumbres, modas, valores existentes y dominantes en cada momento en cada comunidad; factores que tienen como característica común que son aprendidos y por tanto modificables (Campos, 2009).

CONSUMO DE TABACO

El tabaco es originario de América y proviene de la planta *Nicotiana Tabacum*, arbusto de hojas verdes grandes, de textura vellosa y pegajosa con sabor amargo, sus flores son de color blanco, amarillo y violeta. Se utiliza en agricultura como insecticida y en la industria química como fuente de ácido nicotínico. Para la industria tabacalera es la materia prima, por lo cual se ha incrementado su cultivo, llegando a ser una de las fuentes principales de ingreso para algunos países. El principal componente químico del tabaco, alcaloide líquido oleoso e incoloro es la nicotina, sustancia farmacológicamente activa de doble efecto, estimulante y sedante y la principal responsable de la adicción (Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo 2001).

Las culturas del continente americano usaban el tabaco con fines religiosos, medicinales y ceremoniales. Los indígenas del Caribe, fumaban valiéndose de una caña en forma de pipa llamado Tobago. Cuando los colonizadores observaron esta práctica, muchos de ellos la adoptaron despojándola del aspecto ritual, iniciando su consumo con fines de esparcimiento y difundiéndolo por Europa. El embajador francés Jean Nicot, fue uno de los primeros en sugerir los efectos farmacológicos de la planta, cuando, en 1560, se la envió al regente francés para aliviar sus jaquecas, más tarde fue pionero en el cultivo de tabaco en Portugal, por ello, en su honor esta planta recibe el nombre de nicotina (Programa de Acción: Adicciones. Tabaquismo 2001).

Hablando en términos del consumo de tabaco, éste hace referencia a ingestión, inhalación de dicha sustancia, generando alteraciones en el Sistema Nervioso Central y en el comportamiento (Lema et al., 2009). El consumo de tabaco y la exposición a su humo se mantienen como la primera causa de muerte prevenible a nivel mundial, si dicha tendencia continua, en el año 2030 morirán ocho millones de personas al año a causa del tabaco (ENA, 2011).

Los factores de riesgo que influyen en la adquisición del hábito de fumar se han planteado algunos modelos que organizan estos factores en diversas categorías (factores demográficos, ambientales, comporta mentales y personales; influencias sociales, de la personalidad y actitudinales; genéticos, de género, psicosociales, farmacológicos, psiquiátricos y políticos. De la misma manera, (Flay, 1999), planteó la teoría de la influencia tríadica; en ésta postula la existencia de tres grandes áreas relacionadas tanto con la decisión como con la intención final de fumar: el área biológica y de la personalidad, el entorno social y la cultura o medio ambiente. Estas áreas involucran el estilo de vida (Alba, 2007).

El área biológica y de la personalidad considera factores del individuo que favorecen o desfavorecen la autodeterminación o autocontrol para la toma de decisiones al asumir un comportamiento específico. El entorno social incluye la influencia de la familia y amigos, lo que en realidad se limita al ámbito cercano. El área de la cultura-ambiente involucra aspectos como patrones culturales, creencias religiosas e información y conocimiento acerca de situaciones que llevan al individuo a comportarse de manera específica (Alba, 2007).

MEDIDAS DE PREVALENCIA

El CONADIC (2008) en México, a través de las Encuestas Nacionales de las Adicciones ha utilizado medidas de prevalencia (global, lápsica y actual) para evaluar el consumo de las diferentes drogas (alcohol, tabaco, mariguana, cocaína

e inhalables). En relación a la prevalencia esta es una proporción que indica la frecuencia con la que se presenta un evento en una población determinada y en un tiempo definido, sobre una población expuesta a ese evento, generalmente se multiplica por un factor que puede ser 100 y se convierte en proporción o 1,000 y se define como tasa de prevalencia.

La prevalencia de consumo, se clasifica en prevalencia global cuando la persona ha consumido alguna droga alguna vez en la vida, la prevalencia lápsica ocurre cuando se ha consumido la droga en los últimos doce meses, y la prevalencia actual es el consumo que se presenta en los últimos treinta días sobre el total de la población expuesta al daño (Giraldo et al., 2010).

En la presente investigación se evaluará el consumo de alcohol y tabaco, en las tres medidas de prevalencia anteriormente citadas.

ESTUDIOS RELACIONADOS.

Díaz, Rossi, Iglesias, y Mendoza (2009), realizaron un estudio descriptivo transversal en el que determinaron la prevalencia del síndrome metabólico y factores de riesgo en 124 trabajadores de la Universidad Libre Seccional Barranquilla, la proporción por género fue de 47 hombres y 77 mujeres. Los resultados mostraron una prevalencia de síndrome metabólico en hombres y mujeres que fue de 23.39% y con respecto a los factores de riesgo cardiovasculares se encontró la obesidad central (93.1%), hipertrigliceridemia (75.86%), presión arterial sistólica elevada (55.17%), colesterol HDL bajo (72.41%), sedentarismo (79.3%) y tabaquismo (31.03%).

Aparecida y Monteiro (2010), realizaron un estudio epidemiológico transversal acerca de los estilos de vida y aspectos de la salud en 105 conductores de camión. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes (75.3%) tuvo 30 años de edad, una escolaridad menor a ocho años

de estudio (64.8%), el estado civil de los cuestionados fue casado (80%), el uso de drogas psicoactivas fue común en un 54.2%. El 21% de los camioneros consumían tabaco con una media de 17.1 cigarrillos al día y el 77.1% preferían no tomar bebidas alcohólicas.

Díaz, López, y González (2010), analizaron los hábitos alimenticios y actividad física de 311 trabajadores de un hospital a través de un estudio descriptivo transversal. Los resultados mostraron un IMC de 23.17kg/m² (DE=3.4), 2.4 % presento peso insuficiente, 74.6 % normopeso, 19% sobrepeso y 4 % obesidad. Se encontró una alimentación más saludable respecto al turno fijo, 72.9% de los trabajadores realizan algún tipo de actividad física y el 27% son sedentarios.

Triviño et al., (2009), estudiaron la relación entre el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular en adultos de edad media en 147 trabajadores, mediante un estudio descriptivo. En los resultados se encontró un buen estilo de vida tanto en mujeres (56.5%) como en hombres (54.9).

Cid, Merino y Stieповich (2006), evaluaron el Estilo de Vida Promotor de Salud (EVPS) en 360 sujetos de ambos sexos de 15 a 64 años trabajadores del Servicio de Salud del Sector de Chile. Los resultados mostraron que el EVPS oscilo entre 78 y 183 puntos, 52.2% de las personas tienen un estilo de vida saludable, al comparar el EVPS por genero se encontró que las mujeres tenían un estilo de vida más promotor de salud que los hombres ($p<0.5$).

Díaz, Muñoz y Sierra (2007), evaluaron la prevalencia de factores de riesgo biológico y comportamientos para enfermedad cardiovascular (EVC) en 96 trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud de la Ciudad de Popayán, Colombia. Los resultados mostraron la prevalencia de factores de riesgo: tabaquismo 12,5, hipertensión arterial 11.5%, sobrepeso 45.8%, diabetes 1%, dislipidemia 61.5%.

Portillo, Bellorín, Sirit y Acero (2008), determinaron el perfil de salud de los trabajadores de una planta procesadora de olefinas del Estado de Zulia en 142 trabajadores de las aéreas administrativo-técnicas, operaciones y mantenimiento. Los resultados mostraron que el promedio de edad fue de 36.2 + 6.9 años, en un rango desde 20 a 54 años, y una antigüedad en la empresa de 10.9 + 6.9 años con rango desde 12 meses a 32 años. Respecto a los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes detectados en el examen físico y pruebas de laboratorio fueron el consumo de alcohol (89.4%), la obesidad (62.7%) valores elevados de triglicéridos (46.5%) y cifras tensionales sistólicas elevadas (45.1%).

Cerecero et al., 2009 evaluaron en 1026 trabajadores del estado de México la asociación del estilo de vida con el riesgo cardiovascular, por medio de un estudio de casos y controles. Los resultados mostraron una edad media de 45.4 años, 27.5% de los participantes presentaron un peso normal y 72.5% sobrepeso u obesidad, 33.4% manifestó no realizar actividad física y 87.5% consumía al menos una bebida alcohólica por día.

Rodríguez et al., 2008, evaluaron la relación entre el consumo de tabaco, salud mental y malestares físicos en 279 hombres trabajadores entre 18 y 27 años de edad de una empresa textil mexicana. Los resultados mostraron que del total de la muestra, 74.6% había fumado tabaco alguna vez en su vida; 49.8% en el último año y 31.2% en los últimos 30 días.

III. METODOLOGÍA

3.1 TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO.

Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, se describieron las características de los trabajadores, el consumo de tabaco y el perfil del estilo de vida promotor de salud, además se buscó la relación entre el consumo de tabaco y el perfil del estilo de vida promotor de salud (Hernández, 2010).

3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

El universo lo conformaron los trabajadores de la industria alimenticia del Estado de Querétaro en el Municipio de Querétaro.

El tipo de muestreo fue de tipo probabilístico el cálculo de tamaño de muestra se hizo con la fórmula para poblaciones finitas: $n = \frac{Z^2 pq N}{Ne^2 + Z^2 pq}$. Donde se consideró un nivel de confianza de 90%, probabilidad a favor de .80, probabilidad en contra de .20 y un error de estimación de .05. La selección de la muestra fue aleatoria simple donde se consideraron las listas proporcionadas por el departamento de recursos humanos de la empresa. Con una muestra de $n = 120$ trabajadores.

3.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión:

Ser trabajador de la industria alimenticia indistintamente del turno laboral.

Que deseen participar de forma voluntaria.

Que firmen el consentimiento informado.

Exclusión:

Trabajadores que no se encuentren en el momento de la colecta de datos.

Eliminación:

Trabajadores que sus instrumentos no estén contestados en el 100% de las interrogantes.

Trabajadores que decidan no continuar en el estudio a pesar de haber iniciado.

3.4 MATERIAL Y MÉTODOS

i. ESTRATEGIAS PARA EL TRABAJO DE CAMPO

Se solicitó la autorización al Comité de Investigación de Pregrado de la Facultad de Enfermería de la UAQ., posteriormente a la industria en donde se realizó el estudio. Para la recolección de los datos participaron las autoras del estudio. Se solicitaron las listas de los trabajadores en el departamento de recursos humanos de la industria, de éstas listas se seleccionó aleatoriamente a los trabajadores, a quienes se les hizo una invitación para una reunión de información del proyecto dentro de las instalaciones de la industria.

El día de la reunión se les explicó el proyecto y específicamente en qué consistió su participación así como las mediciones a efectuarse. Después se firmó el consentimiento informado y en una sesión posterior por turnos se hizo el levantamiento de los datos.

ii. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Cada participante lleno una cédula de datos socio demográficos y prevalencia de consumo de tabaco. La cédula (Anexo 1) se divide en dos secciones la primera se refirió a los datos personales, escolares y laborales donde se incluyen: edad, género, estado civil, religión, escolaridad, área y puesto laboral. La segunda sesión se refirió a las cuatro medidas de prevalencia de consumo de tabaco: prevalencia global, lápsica, actual e instantánea. Estas medidas se han utilizado en México, a través de las Encuestas Nacionales de Adicciones para evaluar el consumo de las diferentes drogas (CONADIC, 2008).

En la medición de la variable perfil de estilo de vida se utilizó la versión en español de la Escala Estilo de Vida Promotor de la Salud (Walker et al., 1995) (Anexo 2), que cuenta con 52 preguntas en un formato de respuesta de tipo likert en 4 puntos (nunca; algunas veces, frecuentemente y rutinariamente). Dividida en seis sub escalas: responsabilidad en salud con 9 ítems con valor mínimo de respuesta de 9 y máximo de 36; actividad física con 8 ítems, valor mínimo de 8 y máximo de 32; nutrición con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; crecimiento espiritual con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; relaciones interpersonales con 9 ítems, valor mínimo de 9 y máximo de 36; y manejo de estrés con 8 ítems, valor mínimo de 8 y máximo de 32. El rango total de la escala varía entre 52 a 208 puntos donde a mayor puntuación mejor estilo de vida, la escala reportó una confiabilidad de .94 en su totalidad y para las dimensiones de .79 a .87 (Walker et al., 1995).

Esta escala ha sido aplicado en Chile (Cid, Merino & Stiepovich, 2006) y México (Cortaza, 2007) reportando una confiabilidad de .87.

iii. PLAN DE RECOLECCION

La recolección de datos se llevó a cabo en una empresa que se llama DONG / A MEXICANA DE SA DE CV la cual se encuentra en el polígono empresarial de Santa Rosa Jáuregui, se realizó en los horarios de producción primero, segundo y tercero; con ayuda de uno de sus líderes el cual nos contactó con Recursos Humanos y nos proporcionó una lista de sus trabajadores de dicha empresa. Durante una semana se aplicó el instrumento y se llevó a cabo una plática el cual se explicó el por qué del cuestionario y con qué fin era; los trabajadores aceptaron y fue así como se llevaron a cabo las 120 encuestas de los trabajadores.

iv. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de la información se generó una base de datos en el programa estadístico para las ciencias sociales – SPSS, versión 17. Se procedió a revisar la consistencia interna del instrumento a través del Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach y se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y para las variables numéricas se calcularon medidas de ubicación, tendencia central y variabilidad. Para las hipótesis se construyeron índices y se utilizó el Coeficiente de Correlación Sperman.

v. ÉTICA DEL ESTUDIO

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2007), referente al Título Segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

De acuerdo con el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, prevaleció el respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los trabajadores

participantes en la investigación, para lo cual se trato a los participantes con respeto y de forma profesional cuidando en todo momento su bienestar, además se buscó un lugar apropiado para la aplicación de instrumentos dentro de la empresa.

De acuerdo al Artículo 14, fracción V, VI, VII, se contó con un consentimiento informado del trabajador participante, en este caso se le pidió su autorización para participar en el estudio. La investigación se realizó por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del participante.

Asimismo se obtuvo la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro, así como de la empresa donde se realizó el estudio (Anexo 4). Se garantizó el anonimato de los participantes según lo referido en el Artículo 16, para ello los instrumentos no registraron datos de identificación, por lo que los instrumentos fueron identificados por un código, el cual sólo maneja el autor del estudio.

De acuerdo al Artículo 17, fracción II, la investigación es considerada de riesgo mínimo, ya que sólo se aplicaron instrumentos de lápiz y papel además de medidas antropométricas y clínicas de los participantes, los cuales eventualmente pudieran tener alguna repercusión de sentimientos o estados emocionales negativos, por lo que en estos casos se terminó la aplicación del cuestionario y se reprogramó el día y hora señalada cuando lo requiera el participante.

En lo que respecta al Artículo 21 fracción I, IV, VI, VII, se les brindó una explicación clara de los objetivos de estudio, y se les indicó que no existen beneficios inmediatos para ellos, sólo eventualmente se tendrían en un futuro, además se le garantizó dar respuesta a cualquier duda o aclaración relacionada con la investigación y se reiteró la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que ello le ocasionara

algún prejuicio. En relación al resguardo de la información, el autor del estudio tuvo resguardada la información obtenida, conservándola durante un período de 12 meses en un lugar seguro y al que solo él tuvo acceso, después de esa fecha la información fue destruida.

De acuerdo con lo estipulado en el Artículo 22, fracción I y II, el consentimiento informado brinda la información necesaria al participante sobre el estudio. En relación a lo expuesto en el Capítulo II, Artículo 29, sobre la investigación en comunidades, se solicitó la aprobación de las autoridades de la empresa.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación para cada uno de los objetivos planteados.

Para el objetivo 1 que describe las características de la población de estudio, se presenta el Cuadro 1.

En el Cuadro 1 se muestran las características de los participantes donde, el 50% de ellos se encontraron en un rango de edad de 18 a 27 años, 68.3% fueron hombres 49.2% fueron solteros, 77.5% refirieron ser católicos y 35.8% contaba con estudios de secundaria.

Estos datos son diferentes a lo reportado por Díaz, Rossi, Iglesias & Mendoza (2009), quienes realizaron un estudio descriptivo transversal en el que determinaron la prevalencia del síndrome metabólico y factores de riesgo, donde la proporción género es de más mujeres (77) respecto a la de hombres (47) y 31.7% mujeres.

Cuadro 1. Características de la población de estudio.

Variable	F	%
Edad		
18-27	60	50
28-37	40	33.3
38-47	15	12.5
48-53	5	4.2
Género		
Masculino	82	68.3
Femenino	38	31.7
Estado civil		
Soltero	59	49.2
Casado	49	40.8
Unión libre	8	6.7

Divorciado	4	3.3
Religión		
Católico	93	77.5
Cristiano	7	5.8
Testigo de Jehová	4	3.3
Sin religión	16	13.3
Escolaridad		
Primaria	13	10.8
Secundaria	43	35.8
Preparatoria	40	33.3
Licenciatura	6	5
Ingeniería	11	9.2
Técnico	7	5.8

Fuente: Cédula de datos sociodemográficos. n=120

Para el objetivo que refiere identificar el perfil del estilo de vida, se presenta en el Cuadro 2 los índices de la variable estilo de vida general y por dimensiones, donde el promedio osciló entre 28.3 y 41.2. Estos datos son diferentes a los reportados por Cid, Merino & Stiepovich (2006), los cuales reportaron resultados que el EVPS osciló entre 78 y 183 puntos.

Cuadro 2 índices de Estilo de vida general y por dimensiones.

Variable	Valor Mínimo	Valor Máximo	Medía	Mediana	DE
Índice General	12	59.6	33.1	32.2	9.9
Índice de Responsabilidad en Salud	0	61.1	28.3	27.7	12.8
Índice de Actividad Física	0	65.6	29.7	28.1	15.4
Índice de Nutrición	2.7	58.3	31.3	30.5	12.6

Índice de Crecimiento Espiritual	13.8	75	41.2	41.6	12.5
Índice de Relaciones Interpersonales	5.5	69.4	36.6	36.1	12
Índice de manejo de estrés	3.1	62.5	31	31.2	12.6

Fuente: Cuestionario Estilo de Vida.

n= 120

Para el objetivo que determina las prevalencias de consumo de tabaco, se presenta el cuadro 3, que muestra la prevalencia de consumo de tabaco, donde el 66.7% de los participantes han consumido alguna vez en la vida, 53.3% en el último año y 46.7% en el último mes. Estos resultados son similares a lo reportado por Rodríguez et al., 2008 quienes encontraron en una empresa textil mexicana del total de la muestra, 74.6% había fumado tabaco alguna vez en su vida; 49.8% en el último año y 31.2% en los últimos 30 días.

Se observa en la prevalencia de consumo efectuado alguna vez en la vida un 66.7% de respuestas positivas, en orden descendente se encuentran los que sí han consumido tabaco en el último año con el 53.3% y finalmente el 46.7% que en el último mes han presentado consumo. Dado lo anterior se observa que de los 8 de cada diez que alguna vez probaron tabaco en su vida, solo 5 continúan consumiéndolo actualmente.

Cuadro 3. Prevalencia de consumo de Tabaco.

Variable	<i>f</i>	%
Prevalencia global		
Si	80	66.7
No	40	33.3
Prevalencia lápsica		
Si	64	53.3
No	56	46.7
Prevalencia actual		
Si	56	46.7
No	64	53.3

Fuente: Cuestionario de prevalencia de consumo.

n=120

Para el objetivo que identifica las relaciones entre el perfil del estilo de vida y el consumo de tabaco, se muestra en el cuadro 4 la relación negativa entre el estilo de vida y la prevalencia de consumo de tabaco, donde se encontró significancia estadística entre las variables prevalencia lápsica y estilo de vida ($p < .05$). Este resultado es similar a lo reportado por Cid et al., 2006, quienes encontraron por género que las mujeres tenían un estilo de vida más promotor de salud que los hombres ($p < 0.5$).

Cuadro 4. Relación entre el consumo y el estilo de vida.

Variable	Estilo de vida	Prevalencia global	Prevalencia lápsica	Prevalencia actual
Estilo de vida	1	0.13	0.18	0.15
Prevalencia global	0.13	1	0.75	0.66
Prevalencia lápsica	-0.04	-0.001	1	-0.001
Prevalencia actual	-0.09	-0.001	-0.001	1

Fuente: Cuestionario de prevalencia de consumo y Cuestionario de Estilos de vida n=120

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El presente estudio estableció la relación entre el estilo de vida promotor de salud y el consumo de tabaco en trabajadores de la industria.

Se identificó que el estilo de vida general para mujeres es un promedio de 41.2 % en comparación con el de hombres de 28.3, lo cual se comprueba la hipótesis alterna, a mayor consumo de tabaco menor Estilo de Vida Promotor de Salud; se encontró que las mujeres tienen un estilo de vida promotor de salud mejor que el de los hombres, puesto que cuidan más de su salud.

Con respecto a la hipótesis donde se manifiesta que el consumo de tabaco se relaciona negativamente con el índice del perfil estilo de vida promotor de salud de los trabajadores de la industria, se observó que el estilo de vida se disminuye por el consumo de tabaco en los trabajadores de la industria, ya que al menos algunas veces en la vida han consumido tabaco, y su alimentación no es la adecuada afectando así mismo su entorno de vida.

Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación cabe señalar que en la actualidad la nutrición está enmarcada en la relación alimentación y salud, en razón de la prevención de las enfermedades.

La dieta y el estilo de vida desempeñan roles importantes, pues propenden por un desarrollo armónico del ser humano para elevar su calidad de vida. Se considera que existe salud en tanto que el hombre está sano en su esfera física, mental y social, se planteó una estrategia educativa para la mejora de la salud, la cual promueve los estilos de vida saludable que considera el bienestar humano

integral y en la industria. Con relación a lo anterior se plantean las siguientes recomendaciones basadas en los resultados conocidos por la investigación:

- Consumo de Tabaco, acudir a la empresa a dar pláticas sobre el consumo de tabaco y capacitar a los trabajadores para lograr que se convierta en un edificio de libre de humo de tabaco.
- Orientar a los trabajadores sobre la nutrición, principalmente en temas como: el plato del buen comer, control de peso, tomar mínimo 8 vasos o dos litros de agua al día, consumir menos grasas y realizar ejercicio diariamente o mínimo de dos a tres veces por semana.
- Realizar una rutina de ejercicios antes de comenzar la jornada de trabajo, puesto que permite que se activen músculos, realizar pausas activas de cinco a diez minutos y así el trabajador esté motivado al realizar sus actividades en la jornada de trabajo.
- Caminar por lo menos 30 minutos al día.
- Realizar cada doce meses un examen periódico para evaluar su estado de salud.
- Informar y educar al trabajador a través de carteles, trípticos, dípticos, charlas de cinco minutos con información de cada uno de los temas (ejercicio, nutrición, sueño y descanso, prevención de adicciones) y resolver dudas e inquietudes de los trabajadores.

V. REFERENCIAS

Alba (2007). Factores de riesgo para iniciar el consumo de tabaco. *Colombiana Cancerol*, 11 (4), 250-257

Aparecida, V., Monteiro, I. (2010). Estilo de vida, aspectos de la salud y trabajo de los conductores de camiones. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)*, 63(4), 533-340.

Campos, L. (2009). Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Revista de Investigación en Psicología*, 12(2), 89-100.

Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdés, R., & Huitrón, G.(2009), Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del estado de México. *Salud pública*,(6)51,465-473.

Chamorro, P. (2011). Hábitos alimentarios y su relación con los factores sociales y estilo de vida de los profesionales del volante de la coop. 28 de septiembre de la ciudad de Ibarra. noviembre 2009- agosto 2010. Recuperado: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/663/3/06%20ENF%20405%20TESIS.pdf>

Cid, P., Merino, J. & Stieповich, J. (2006). Factores Biológicos y Psicosociales predictores del Estilo de Vida Promotor de Salud. *Rev. Med. Chile*, 134,1491-1499.

Departamento de Salud y Servicios Humanos; Centros para el control y la prevención de Enfermedades. *Consejos para una vida segura y saludable*, (2008). Recuperado <http://www.cdc.gov/family/tips/tips-gen-sp.pdf>.

Díaz, E., López, R., & González, M. (2010), Hábitos de alimentación y actividad física según la turnicidad de los trabajadores de un hospital. *Enfermería clínica*, 4 (20), 229-235.

Díaz, I., Rossi, C., Iglesias, J., Mendoza, E. (2010). Síndrome metabólico en trabajadores de la Universidad Libre Seccional Barranquilla. *Salud Minorte*, 26(1), 41-53.

Díaz, J., Muñoz, J., & Sierra, C. (2007) Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 9(1) 64-75.

Encuesta Nacional de Adicciones, ENA. (2011). Recuperado http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_TABACO.pdf

Encuesta Nacional de las Adicciones, CONADIC. (2008).

Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. y Palacio, S. (2010). La Promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la promoción de la salud*, 15(1), 128-143.

Lema, F., Salazar, I., Varela, M., Tamayo, J., Rubio, A., & Botero, A., (2009). Comportamiento y salud de jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento psicológico*. 5(12), 71-88.

Ordaz, G. (2011). Sexenio Querétaro. En Querétaro Mueren diariamente 2 personas por tabaquismo.

Organización Panamericana de la Salud, (2000).

Portillo, R., Bellorín, M., Sirit, Y., & Acero, L. (2008). Perfil de Salud de los Trabajadores de una Planta Procesadora de Olefinas del Estado Zulia, Venezuela. *Rev. Salud Pública*; 10 (1) 113-125.

Rodríguez, A., Martínez, M., Juárez, F., López, Carreño, S., & Medina, M. (2008) Relación entre el consumo de Tabaco, Salud Mental y malestares físicos en Hombres trabajadores de una Empresa Textil Mexicana. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 004 (31) 291-297.

Secretaría de Salud Programa de Acción: Adicciones Tabaquismo. Recuperado <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/tabaquismo.pdf>

Secretaría de Salud Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, (2007).

Trejo, F. (2010). Aplicación del Modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enfermería Neurológica*, 9(1), 39-44.

Triviño, I., Dosman, V., Uribe, Y., Agredo, R., Jerez, A., & Ramírez, R. (2009), Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *Acta medica colombiana*, 4(34), 158-163.

Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología Científica*. 9(63), 1-9.

Zamora, A. & Sánchez.A. (2008). Programa de educación para el fomento de la salud mental individual. *Educación para la salud mental* (245-268). España: Enfo.

ANEXOS

INSTRUMENTOS

Cédula de datos socio demográficos.

EDAD: _____

GÉNERO: _____

ESTADO CIVIL: _____

RELIGIÓN: _____

ESCOLARIDAD: _____

ÁREA: _____

PUESTO LABORAL: _____

Datos sobre consumo de tabaco

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" o rellene la casilla según su respuesta y conteste las preguntas que se le piden.

1. ¿Ha consumido tabaco alguna vez en la vida? SI NO

2. ¿A qué edad inició a consumir tabaco? _____

3. ¿En el último año ha consumido tabaco? SI NO

4. ¿En el último mes ha consumido tabaco? SI NO

5. ¿En la última semana ha consumido tabaco? SI NO

6. ¿Con qué frecuencia consume tabaco?

Nunca

Una vez al mes o menos

2 o 4 veces al mes

2 o 3 veces por semana

4 o más veces por semana

7. Cuando consume tabaco en un día habitual ¿Cuántos cigarros consume?

Cuestionarios de Estilo de Vida II (Walker,et,al,1995).

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

N=Nunca

A= Algunas veces

F=Frecuentemente

R=Rutinariamente

1.-Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	F	R
2.-Escojo una dieta baja en grasas, grasa saturadas y colesterol.	N	A	F	R
3.- Informo a un doctor (a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	F	R
4.- Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	F	R
5.- Duermo lo suficiente.	N	A	F	R
6.-Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	F	R
7.-Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	F	R

8.-Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	F	R
9.-Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	F	R
10.-Hago ejercicios vigorosos por 20 o mas minutos, por lo menos tres veces a la semana tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	F	R
11.-Tomo algún tiempo para relajarte todos los días.	N	A	F	R
12.-Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	F	R
13.-Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	F	R
14.- Como de 6 -11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	F	R
15.-Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	F	R
16.- Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o mas veces a la semana.	N	A	F	R
17.-Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	F	R
18.-Miro adelante hacia el futuro.	N	A	F	R
19.-Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	F	R

20.-Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	F	R
21.-Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	F	R
22.- Tomo parte de las actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	F	R
23.-Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	F	R
24.-Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo (a).	N	A	F	R
25.-Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	F	R
26.-Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	F	R
27.-Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de salud.	N	A	F	R
28.-Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces a la semana.	N	A	F	R
29.-Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	F	R
30.-Trabajo hacia metas a largo plazo en mi vida.	N	A	F	R
31.-Toco y soy tocado (a) por las personas que me importan.	N	A	F	R
32.-Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	F	R

33.-Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	F	R
34.-Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar).	N	A	F	R
35.-Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	F	R
36.-Encuentro cada día interesante retador (estimulante).	N	A	F	R
37.-Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	F	R
38.-Como solamente 2 a 3 porciones de carnes, aves, pescado, frijoles, huevos y nueces todos los días.	N	A	F	R
39.-Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar un buen cuidado de mi mismo (a).	N	A	F	R
40.-Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	F	R
41.-Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	F	R
42.-Estoy consciente de lo que es importante para mi en la vida.	N	A	F	R
43.-Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	F	R
44.-Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido	N	A	F	R

de las grasas y sodio en los alimentos empacados.				
45.-Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	F	R
46.-Alcanzo mi pulso cardiaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	F	R
47.-Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	F	R
48.-Me siento unido (a) a una fuerza mas grande que yo.	N	A	F	R
49.-Me pongo de acuerdo con otros por medio del dialogo y compromiso.	N	A	F	R
50.-Como desayuno.	N	A	F	R
51.-Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	F	R
52.-Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	F	R

Consentimiento informado.

Titulo del Estudio:

ESTILO DE VIDA PROMOTOR DE SALUD Y CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA.

Introducción

Los investigadores estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la UAQ, están interesados en conocer el estilo de vida y su relación con el consumo de tabaco, para lo cual se me solicita mi participación en este estudio, si yo acepto, daré respuesta a las preguntas de los cuestionarios en el horario que yo me encuentre disponible. Antes de decidir si quiero participar o no, los investigadores me informan el propósito del estudio, los posibles riesgos y lo que debo hacer después de dar mi consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, si yo decido participar, se me pedirá que firme esta forma de consentimiento.

Propósito

El estudio tiene como propósito determinar el perfil de estilo de vida y el consumo de tabaco de los trabajadores de la industria metalmeccánica de una empresa ubicada en la ciudad de Querétaro

Procedimientos

Si acepto participar en el estudio se me pedirá que dé respuesta a las preguntas de una cédula de datos personales y un instrumento, con la mayor sinceridad posible, los cuales me llevarán aproximadamente de 40 min. No interfiriendo con mis actividades cotidianas.

Los cuestionarios serán aplicados en el área indicada por el departamento de enfermería y se me informa que se protegerá mi privacidad, no identificándome por mi nombre, ni dirección.

Además se me informa que si decido no participar en el estudio no tendré ninguna repercusión de cualquier ámbito.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en el estudio. Si yo me siento indispuerto o no deseo seguir hablando del tema puedo retirarme en el momento que yo lo decida.

Beneficios esperados

En este estudio no existe un beneficio personal por participar, sin embargo en un futuro con los resultados de este estudio se podrá diseñar y aplicar programas de prevención para favorecer un estilo de vida promotor de salud.

Participación Voluntaria y Confidencialidad.

La única persona que conocerá que yo participo en el estudio, es la autora del estudio. Ninguna información sobre mí será dada a conocer, ni se distribuirá a ninguna persona. Los resultados de los cuestionarios serán publicados en una tesis para alcanzar el grado académico, pero únicamente de manera general, nunca se presentará información personalizada. Se me recuerda que los cuestionarios que yo conteste son anónimos y que la información es confidencial.

Preguntas

Si tengo alguna pregunta sobre mis derechos como participante de este estudio me podré comunicar con la Dra. Aurora Zamora Mendoza Presidenta de la Comisión de Ética, que puedo localizarla en la Jefatura de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UAQ, localizada en Centro Universitario, Cerro de las campanas s/n Col. Las Campanas, Santiago de Querétaro Qro., al teléfono 1921200 ext. 5710.

Consentimiento para participar en el estudio de Investigación

Los investigadores me han explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación y de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

FIRMA DEL PARTICIPANTE.

FIRMA DEL INVESTIGADOR
PRINCIPAL.

FIRMA DEL PRIMER
TESTIGO.

FIRMA DEL SEGUNDO
TESTIGO.