

DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD DE UN GRUPO DE FAMILIAS VINCULADAS A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE VILLAVICENCIO, A TRAVÉS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

DIANA CAROLINA MORENO GUEVARA

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO
2016

DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD DE UN GRUPO DE FAMILIAS VINCULADAS A UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE VILLAVICENCIO, A TRAVÉS DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.

DIANA CAROLINA MORENO GUEVARA

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera

Edna Fabiola Galán González
Directora de investigación
Docente Programa de Enfermería

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
VILLAVICENCIO
2016

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Villavicencio, 02 de diciembre de 2016

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN.....	11
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
2. JUSTIFICACIÓN.....	15
3. OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO	16
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGADORA EPI	17
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	17
5. MARCO DE REFERENCIA	18
5.1 MARCO TEÓRICO.....	18
5.1.1 Estilo de vida.....	18
5.1.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	18
5.1.3 Modelo de Promoción de la Salud.	19
5.2 MARCO CONCEPTUAL.....	21
5.3 MARCO NORMATIVO	22
6. METODOLOGIA.....	27
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	27
6.2 MARCO SITUACIONAL.....	27
6.3 UNIVERSO	27
6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	28
6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN	28
6.6 INSTRUMENTOS	29
6.7CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
7. RESULTADOS.....	31

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INFORMANTES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN Y SUS FAMILIAS	31
7.2 DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD	35
7.2.1 Dimensión crecimiento espiritual.	35
7.2.2 Dimensión relaciones interpersonales	40
7.2.3 Dimensión nutrición	46
7.2.4 Dimensión actividad física.....	51
7.2.5 Dimensión responsabilidad en salud.	57
7.2.6 Dimensión manejo del estrés.....	63
8. DISCUSIÓN.....	70
8.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INFORMANTES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN Y SUS FAMILIAS.....	70
8.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES DE LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD.....	71
9. CONCLUSIONES	74
10. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
ANEXOS.....	81

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Distribución de los informantes familiares por grupos etarios.	31
Tabla 2. Distribución de los informantes familiares por género.	31
Tabla 3. Distribución informantes familiares según el estado civil.	32
Tabla 4. Distribución de los informantes familiares por tipo de escolaridad.....	32
Tabla 5. Distribución de la ocupación de los informantes familiares.....	33
Tabla 6. Distribución de los informantes familiares según la religión.....	33
Tabla 7. Distribución de los informantes según el ciclo vital de la familia.....	34
Tabla 8. Distribución de los informantes según el tipo de familia.....	34
Tabla 9. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según la edad.....	35
Tabla 10. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el género.....	36
Tabla 11. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el estado civil.....	36
Tabla 12. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según escolaridad.....	37
Tabla 13. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según ocupación.....	38
Tabla 14. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según la religión.....	38
Tabla 15. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el ciclo vital familiar.....	39
Tabla 16. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el tipo de familia.....	40
Tabla 17. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la edad.....	41
Tabla 18. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según el género.....	41
Tabla 19. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según el estado civil.....	42
Tabla 20. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la escolaridad.....	43
Tabla 21. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la ocupación.....	43

Tabla 22. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la religión.....	44
Tabla 23. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según el ciclo vital familiar	45
Tabla 24. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según tipo de familia.	46
Tabla 25. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la edad .	47
Tabla 26. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el género	47
Tabla 27. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el estado civil.....	48
Tabla 28. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la escolaridad.....	48
Tabla 29. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la ocupación	49
Tabla 30. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la religión	50
Tabla 31. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el ciclo vital	50
Tabla 32. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el tipo de familia	51
Tabla 33. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la edad.....	52
Tabla 34. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el género.....	52
Tabla 35. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el estado civil	53
Tabla 36. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la escolaridad.....	54
Tabla 37. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la ocupación	54
Tabla 38. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la religión.	55
Tabla 39. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el ciclo vital	56
Tabla 40. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el tipo de familia.....	57
Tabla 41. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad en salud según la edad	58

Tabla 42. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad en salud según el género	58
Tabla 43. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad en salud según el estado civil.....	59
Tabla 44. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según la escolaridad	59
Tabla 45. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según la ocupación	60
Tabla 46. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según la religión	61
Tabla 47. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según el ciclo vital	62
Tabla 48. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según el tipo de familia.....	63
Tabla 49. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la edad.....	64
Tabla 50. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el género.....	64
Tabla 51. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el estado civil	65
Tabla 52. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la escolaridad.....	66
Tabla 53. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la ocupación	66
Tabla 54. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la religión	67
Tabla 55. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el ciclo vital	68
Tabla 56. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el tipo de familia.....	69

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud.....	20

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Cuestionario de estilos de vida.....	81
Anexo B. Encuesta de caracterización sociodemográfica	83
Anexo C. Consentimiento Informado	85
Anexo D. Permiso de Autor	86
Anexo E. Permiso de la ESE Municipal	87

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida son conductas aprendidas desde la infancia desde diferentes medios de influencia, que permiten satisfacer las necesidades humanas y que pueden ser modificadas. Por lo cual se puede decir que los estilos de vida saludable son todas aquellas acciones que ayudan a mejorar o mantener la salud de las personas.

Según datos de la OMS en el 2014, el 39% de las personas adultas tenían sobrepeso y el 13% eran obesas. En el mundo el 32 millones de muertes que se presentan son a causa de enfermedades no transmisibles, las cuales son desarrolladas a consecuencia de los malos hábitos o estilos de vida. (2)

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. (4) al año el tabaco cobre acerca de seis millones de vidas, de estas, más de cinco millones son de consumidores del producto y más de 600.000 son no fumadores que están expuestos al humo de tabaco ajeno, lo cual causa graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón.(5)

El presente trabajo de investigación se realizó con el fin de describir las conductas promotoras de salud de familias vinculadas a una Institución de Salud de Villavicencio, a partir de las variables sociodemográficas. Por medio de instrumento de Nola Pender quien se basa en 6 dimensiones dentro de las que se encuentran, Crecimiento espiritual, Relaciones interpersonales, Nutrición, Actividad física, Responsabilidad con la salud, Manejo del estrés.

Se trató de un estudio descriptivo de corte transversal a partir del cual se logró destacar cual es la dimensión más afectada dada la baja frecuencia de realización y a la vez los estilos de vida más practicados.

Los resultados del presente estudio representan un insumo dentro del conocimiento disciplinar a partir del cual se puede desarrollar más investigaciones así como generar estrategias de cuidado que afecten positivamente la generación de estilos de vida saludable para el contexto regional.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, la cual viene siendo el resultado de los cuidados que cada persona dispone para sí mismo y a los demás; de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia teniendo así la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (1).

Según la OMS desde 1980, la obesidad se ha aumentado en todo el mundo; de los 45 millones de muertes de adultos de 15 años o más registradas en el 2002, 32 millones (es decir, cerca de tres cuartas partes) se debieron a enfermedades no transmisibles, que cobraron casi cuatro veces más vidas que las enfermedades transmisibles y las afecciones maternas, perinatales y nutricionales juntas. En el 2013, más de 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. En el 2014, el 39% de las personas adultas tenían sobrepeso y el 13% eran obesas (2).

Un 60% de la población no realiza actividad física que beneficie la salud. La Inactividad física es un problema de salud mundial, debido al poco tiempo destinado durante el ocio y al sedentarismo en el ámbito laboral y en el hogar; sumado a esto la urbanización ha creado varios factores ambientales que desalientan la actividad física como la superpoblación, el aumento de la pobreza, el aumento de la criminalidad, la gran densidad del tráfico, la mala calidad del aire y la falta de lugares para la realización de ejercicio (3).

Cada año se producen 3,3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones. El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. En general, el 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones es atribuible al consumo de alcohol, calculado en términos de la esperanza de vida ajustada en función de la discapacidad (EVAD). El consumo de alcohol provoca defunción y discapacidad a una edad relativamente temprana. En el grupo etario de 20 a 39 años, un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol. Existe una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, además de las enfermedades no transmisibles y los traumatismos. El porcentaje de defunciones atribuibles al consumo de alcohol entre los hombres asciende al 7,6% de todas las defunciones, comparado con el 4% entre las mujeres. (4)

El tabaco mata cada año a casi seis millones de personas, de estas, más de cinco millones son consumidores del producto y más de 600.000 son no fumadores que

están expuestos al humo de tabaco ajeno, lo cual causa graves trastornos cardiovasculares y respiratorios, en particular coronariopatías y cáncer de pulmón. Casi el 80% de los mil millones de fumadores que hay en el mundo viven en países de ingresos bajos o medios. Más del 40% de los niños tienen al menos un progenitor que fuma. En el 2004, los niños representaron el 28% de las defunciones atribuibles al humo de tabaco ajeno. (5)

Se calcula que en el 2014 la prevalencia mundial de la diabetes fue del 9% entre los adultos mayores de 18 años, además que en el 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencia directa de la diabetes. Más del 80% de las muertes por diabetes se registraron en países de ingresos bajos y medios. Según las proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en 2030. La dieta saludable, la actividad física regular, el mantenimiento de un peso corporal normal y la evitación del consumo de tabaco pueden prevenir la diabetes de tipo 2 o retrasar su aparición. (6)

El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; en el 2012 hubo unos 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer. Se prevé que el número de nuevos casos aumente en aproximadamente un 70% en los próximos 20 años. En el 2012, los cánceres diagnosticados con más frecuencia en el hombre fueron los de pulmón, próstata, colon y recto, estómago e hígado. En la mujer fueron los de mama, colon y recto, pulmón, cuello uterino y estómago. Aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer son debidas a cinco factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol. El consumo de tabaco es el factor de riesgo más importante, y es la causa de más del 20% de las muertes mundiales por cáncer en general, y alrededor del 70% de las muertes mundiales por cáncer de pulmón. (7)

En Colombia el estudio de consumo de sustancias psicoactivas reveló que, el 42,1% de las personas encuestadas declaró haber fumado tabaco alguna vez en la vida, siendo este porcentaje superior entre los hombres, (53,6%) en comparación con las mujeres (31,2%). Entre los jóvenes de 12 a 17 años de edad, el consumo actual de cigarrillo es inferior al consumo de cualquiera de los otros grupos de edad. El consumo crece a partir de los 18 años alcanzando una prevalencia casi del 16% entre los jóvenes de 18 a 34 años, para luego descender al 11% y 1%, en los grupos de edades subsiguientes. En el país se estima que habría casi un millón y medio de jóvenes de 18 a 34 años que fuman. El consumo de tabaco más elevado se da en la población clasificada en los estratos 2 y 3, por ello, de los 3 millones de fumadores actuales en el país, casi dos millones se encuentran en estos niveles socioeconómicos. El promedio de edad de inicio es aproximadamente 17 años, con una diferencia de algo más de un año entre hombres y mujeres. (8)

El 87% de las personas declara haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (91% y 83% respectivamente). En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol (del 49,2%), se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años y entre los jóvenes de 25 a 34 años la tasa de consumo es del 45,4%. Le sigue el grupo de 35 a 44 años y luego los de 45 a 65 años, los adolescentes son quienes presentan menor tasa de consumo, no obstante llega al 19,3%. El consumo actual de bebidas alcohólicas se incrementa conforme aumenta el nivel socioeconómico, pasando del 32,3% en el estrato 1 al 42,1% en los estratos cuatro, cinco y seis respectivamente. La edad de inicio del consumo de alcohol es alrededor de 16 años entre los hombres y 18 años entre las mujeres, si se considera la mediana como indicador. (8)

En el departamento del Meta según el Análisis de la Situación de Salud (ASIS) del 2014, las principales causas de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio, causas externas y neoplasias; es observable que en el transcurso de los años la magnitud de las causas externas han disminuido, aunque las enfermedades del sistema circulatorio y las neoplasias muestran un ascenso en el tiempo. También se observa que las principales causas de años de vida perdidos son las externas, seguida por las neoplasias, las enfermedades del sistema circulatorio y enfermedades transmisibles. (9)

En el municipio de Villavicencio las condiciones transmisibles y nutricionales son las principales causas de morbilidad en la primera infancia, en los demás grupos de edades las enfermedades no transmisibles son las primera causa, seguido de las transmisibles. También se observa que las principales causas de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio, seguido las neoplasias y causa externas. (10)

Es notable desde el nivel internacional hasta el local, que las causa de morbimortalidad de mayor frecuencia son las enfermedades crónicas no trasmisibles, debido a los malos estilos de vida que llevan la gran mayoría de las personas.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por todo lo anterior, surgió la necesidad de indagar ¿cuáles son las características de las conductas promotoras de salud, de acuerdo a las variables sociodemográficas, de un grupo de familias vinculadas a una Institución de Salud de Villavicencio?

2. JUSTIFICACIÓN

El asumir conductas inadecuadas o estilos de vida inapropiados conllevan a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles tales como la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades respiratorias, que a su vez desencadenan incapacidades o muertes, las cuales representan un gasto social elevado, por las secuelas y los tratamientos que hay que asumir a largo plazo.

Con los avances y el desarrollo de nuevas tecnologías en salud, se ha podido intervenir la gran mayoría de las enfermedades haciendo posible el control de las mismas, lo que permite aumentar los años de vida pero se ve afectada la calidad de la misma. Las personas que conviven con enfermedades crónicas están sometidas a tratamientos y estilos de vida estrictos para evitar el deterioro de la salud e igualmente se ve comprometida la vida.

Debido al vacío en el conocimiento de las conductas promotoras de salud de las personas y familias de la región, este trabajo investigativo se propuso generar conocimiento que beneficie a la población de Villavicencio, permitiendo intervenir desde diferentes disciplinas.

La enfermería como disciplina de la salud actúa en pro del bienestar de la misma, como también busca fortalecer el auto cuidado en las personas con el fin de evitar futuras enfermedades, de ahí la importancia de conocer el comportamiento de conductas promotoras de salud no solo del individuo si no de la familia, ya que la mayoría de estas conductas son establecidas por crianza.

Durante la búsqueda del estado de arte a partir de fuentes como las bases de datos y los trabajos de grado de la Universidad, se evidenció la existencia de pocos estudios de las conductas promotoras de salud en la región, o se abordan los estilos de vida saludables desde el punto de vista de la calidad de vida.

También se evidencio que a nivel internacional los estudios realizados concluyen que en general hay deficiencias en la promoción y práctica de los estilos de vida saludable por parte de la población, lo que conlleva a padecer obesidad y por ende sus complicaciones.

3. OBJETIVOS DEL MACROPROYECTO

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores que condicionan la generación, cambio y el mantenimiento de los estilos de vida saludable de las familias vinculadas a una institución de salud de Villavicencio, a la luz del Modelo de Promoción de la Salud.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los estilos de vida promotores de salud de las familias de acuerdo a las dimensiones: responsabilidad de la salud, la actividad física, la nutrición, las relaciones interpersonales, el crecimiento espiritual y el tratamiento del estrés.
- Evidenciar los factores que condicionan a las familias para generar, cambiar y mantener determinadas conductas en salud, que definen su perfil de estilo de vida saludable.
- Plantear intervenciones de cuidado para la generación, cambio y el mantenimiento de las conductas saludables específicas, para estas familias, desde el cuidado de Enfermería.

4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGADORA EPI

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las conductas promotoras de salud de un grupo de familias vinculadas a una Institución de Salud de Villavicencio, a partir de las variables sociodemográficas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las condiciones o características sociodemográficas de las familias adscritas a una IPS de Villavicencio.
- Describir las conductas promotoras de salud, a partir de las características sociodemográficas

5. MARCO DE REFERENCIA

5.1 MARCO TEÓRICO

5.1.1 Estilo de vida. Existen varios conceptos sobre estilos de vida, los cuales permiten claridad sobre el fenómeno en menor o mayor grado, a continuación se presentan los más significativos.

Según Claudia Wong de Liu, los estilos de vida son procesos sociales, tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. (11)

Alonso lo definió como conductas aprendidas desde la infancia y adolescencia para ejercitarse durante la vida adulta. (12)

La OMS en 1999 definió los estilos de vida como aquellos compuestos por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que se desarrollan durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, entre otros. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones. (13)

Dicho lo anterior, los estilos de vida son conductas aprendidas desde la infancia desde diferentes medios de influencia, que permiten satisfacer las necesidades humanas y que pueden ser modificadas.

5.1.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud se consideró que la promoción de la salud es ofrecer los medios necesarios para mejorar la salud y poseer un mayor control sobre la misma. Con lo que se puede alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social a través del cual podrá identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (14)

Para Constanza García la promoción de la salud son todas aquellas acciones positivas que conllevan a mantener o potencializar la salud y la prevención hace referencia a evitar o eliminar todo lo que deteriora la salud. (15)

5.1.3 Modelo de Promoción de la Salud. El modelo de promoción de la salud fue creado por la enfermera Nola Pender y en él se expone la forma de modificar las conductas de los seres humanos frente a la promoción de la salud.

Este modelo está sustentado por medio de dos teorías: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura que afirma que los factores psicosociales influyen en los comportamientos de las personas, y para esto son necesarios cuatro requisitos: atención, retención, reproducción y motivación.

La segunda teoría es el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. Quien afirma que se debe contar con una intención clara, concreta y definida lo cual aumenta la posibilidad de lograr un objetivo que a su vez es visto como el compromiso personal.

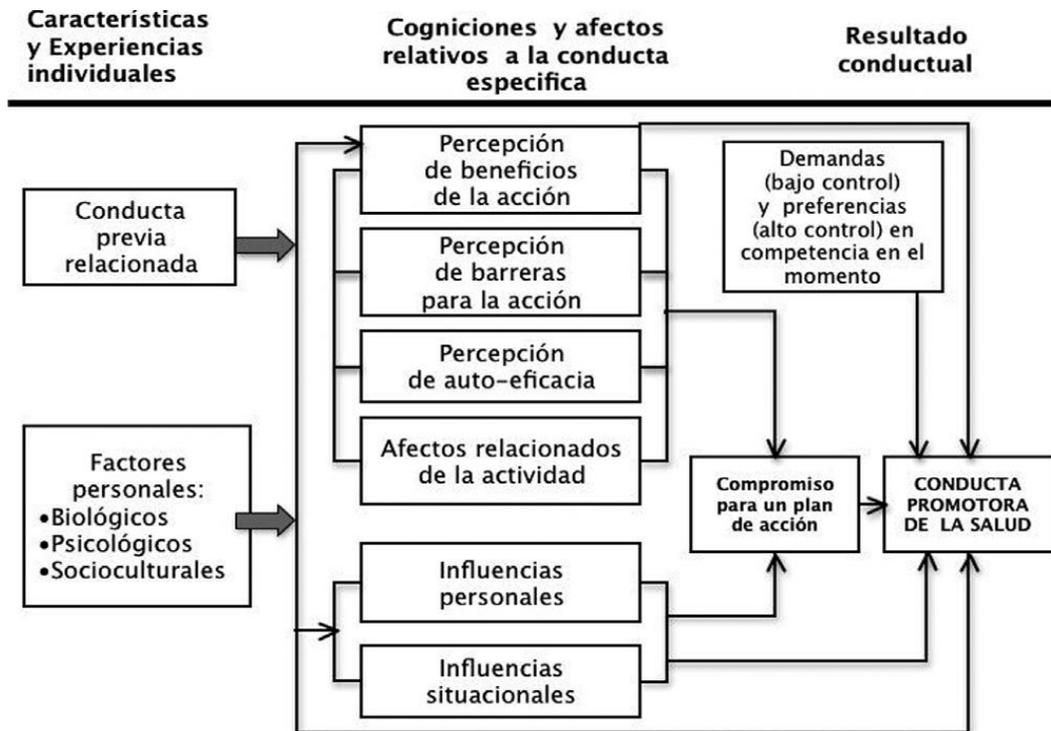
Lo que quiere decir que las características y experiencias individuales como también los conocimientos y afectos llevan a que la persona participe o no de la promoción de comportamientos saludables. Para esto la enfermera Nola Pender creó un diagrama explicativo. (16)

En este diagrama la autora define la conducta previa relacionada como las experiencias pasadas que tienen efecto directo o indirecto sobre el comprometerse con las conductas promotoras de la salud y factores personales son los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales los cuales intervienen en las conductas de las personas.

En la segunda columna se encuentran las cogniciones y afectos que son seis: los beneficios percibidos por la acción o resultados positivos anticipados; el segundo son las barreras percibidas para la acción lo que se refiere a las apreciaciones negativas o desventajas de la persona; el tercer concepto es el autoeficacia percibida que es la percepción de competencia de las personas de ellas mismas; el cuarto componente es el afecto relacionado con el comportamiento o las emociones, las reacciones relacionadas con los pensamientos positivos o negativos; el quinto habla de las influencias interpersonales donde se considera que las personas se comprometen con las conductas promotoras de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan un resultado satisfactorio además cuentan con el apoyo para realizarlo.

Al interrelacionarse todos los aspectos anteriormente nombrados, se da el compromiso para desarrollar un plan de acción el cual contribuye al resultado final esperado. Para concluir en el modelo de promoción de la salud las dimensiones y relaciones interactúan en la generación o modificación de las conductas promotoras de la salud. (16)

Figura 1. Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud



Fuente: Aristizábal P, Blanco D, Sánchez A, Ostiguin R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. (17)

Las dimensiones que participan en la generación o modificación de la conducta promotora de la salud son: (17)

- Crecimiento espiritual: Es el desarrollo del equilibrio propio, que proporciona paz interior y abre a la posibilidad de crear nuevas opciones. También la creación es la sensación de armonía, plenitud, y la conexión con el universo, desarrollando potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de un sentido de propósito, y trabajar hacia las metas en la vida.
- Relaciones interpersonales: Mediante la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía en las relaciones significativas, a cambio de las más informales, con los demás.
- Nutrición: Es la experiencia en la selección y el consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar.
- Actividad física: Se refiere a la participación regular en una actividad ligera, moderada y / o vigorosa.

- Responsabilidad con la salud: Es el sentido activo de responsabilidad para el propio bienestar. Incluye prestar atención a la propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud, y ejercitarse en el consumo de información y cuándo buscar ayuda profesional.
- Manejo del estrés: Consiste en la identificación y movilización de recursos psicológicos y físicos para controlar con eficacia o reducir la tensión.

5.2 MARCO CONCEPTUAL

Para la presente investigación se tuvieron en cuenta los siguientes términos de acuerdo con la definición presentada:

- **Conductas Promotoras De Salud**

Aquellas que impacta el ser humano en cualquier etapa de la vida, para conservar o incrementar el nivel de bienestar, siendo así el ejercicio, el reposo, la nutrición, las actividades reductoras de estrés y el desarrollo de sistema de apoyo social.

Para alcanzar un estado de salud óptimo las personas deben llevar un equilibrio entre las características personales y experiencia, el conocimiento, las creencias y aspectos situacionales, los que se refiere a las conductas de salud.(16)

- **Estilos de Vida**

Aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones.(13)

- **Características Sociodemográficas**

Característica de una población que puede ser medida para el análisis de la misma, tales como la edad, sexo, escolaridad, nivel sociodemográfico, entre otras; lo que permite claridad sobre el tipo de población y sus determinantes.

- **Dimensión de la Conducta Promotora de Salud**

Conjunto de hábitos o conducta que intervienen en el estado de salud, y que se relacionan con un patrón de comportamiento.

5.3 MARCO NORMATIVO

Entre la legislación o normatividad que propende por la generación de los estilos de vida saludable o conductas promotoras de salud, en Colombia, se tienen las siguientes:

- El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) que en su dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles busca promover el bienestar y el disfrute de la vida sana en las diferentes etapas de vida en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, brindando atención integrada. Mediante estrategias y metas pautadas se busca reducir el tabaquismo y posponer la edad de inicio del consumo, incrementando el consumo diario de frutas y verduras, disminuir el consumo de sal en la población, incluir por lo menos 300 minutos a la semana de actividades físicas, mantener los niveles de consumo de alcohol por debajo del 12% y posponer la edad de inicio del consumo, incrementar el autocuidado para la prevención de enfermedades no trasmisibles (ENT), prevención y detección temprana de la ENT, entre otras.(18)
- La resolución 412 del 2000, que define las actividades, los procedimientos y las intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y adopta las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana e enfermedades, a las cuales se les puede tratar y así evitar el desarrollo de patologías. Las guías de detección temprana favorecen la identificación y la intervención temprana de los riesgos en salud. Para más especificidad se creó la guía para la prevención de la enfermedad crónica y mantenimiento de la salud en el individuo sano mayor de 45 años, cuyo objetivo principal es hacer prevención de las enfermedades más prevalentes en nuestro medio, en el individuo adulto, y buscar la promoción del mantenimiento de la salud por medio de la educación a la población general para que adopte hábitos de vida saludable.

Dentro de las intervenciones que se plantean con esta guía se encuentran las siguientes: ejercicio físico, prevención primaria de enfermedades cardiovasculares, coronarias, hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus 2, osteoporosis.

Y actividades específicas de prevención secundaria como el ejercicio en mayores de 65 años, alcoholismo, tabaquismo, dieta, comidas densas en nutrientes, cáncer de mama, cáncer de cervix uterino, cáncer de colon y recto, próstata, osteoporosis, tamizaje para enfermedades coronarias, dislipidemias, y obesidad. (19)

- Ley 1355 de 2009 o ley de obesidad, por la cual se define la obesidad como enfermedad crónica que a su vez es desencadenante de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, hipertensión, cáncer enfermedades circulatorias y cardíacas entre otras. Promueve políticas de alimentación y nutrición, actividad física mediante estrategias de comunicación, educación e información, también mediante la regulación del contenido de grasas trans y grasas saturadas en los productos alimentarios. (20)
- LEY 1335 DE 2009 con la cual se pretende prevenir daños a la salud de los menores de edad y la población no fumadora, también se estipulan políticas públicas para la prevención y regulación del consumo del tabaco, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabacos y derivados; como también se crean programas de salud y educación que promueve el abandono o disminución de consumo del tabaco y sus derivados. Se establecen las sanciones dispuestas a quienes no acaten la ley. Todo lo anterior con el fin de garantizar los derechos a la salud de los habitantes.(21)

5.4 MARCO INVESTIGATIVO

Se revisaron bases de datos disponibles y se encontraron algunas investigaciones que estudian los estilos de vida saludable a nivel mundial, a continuación se presentan los resultados.

Elizondo et al., en el 2005 describieron la prevalencia del sedentarismo en la población de Pamplona, como también los factores que más influyen en él. Se trató de un estudio transversal mediante una encuesta enviada por correo físico, en una muestra de 784 habitantes de 18 a 65 años. La encuesta utilizada incluía una evaluación de la actividad física realizada, basada en el cuestionario de actividad física de Paffenbarger. Este grupo de investigadores concluyó, que los factores sociodemográficos son determinantes del estilo de vida sedentario, mientras el consumo de tabaco y la existencia de sobrepeso y obesidad no lo son. Las personas jóvenes, las mujeres sin estudios universitarios y los varones casados y fumadores parecen ser población que se puede intervenir mediante la promoción de la actividad física. (22)

Un estudio de los estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008 en Costa Rica, realizado mediante una metodología cuantitativa de tipo descriptiva con la modalidad de estudio de caso colectivo, permitió destacar que la población estudiada no cuenta con estilos de vida saludable y concluir que el ambiente laboral puede ejercer una influencia tanto positiva como negativa para la salud. (23)

Un estudio denominado autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio, realizado en 2006 por Pastor y sus colegas, en una muestra de 1.038 adolescentes de la Comunidad Valenciana de entre 15 y 18 años, permitió concluir que en ambos sexos, la adecuación conductual, la aceptación social y la amistad íntima son predictores de las conductas de riesgo para la salud. Además, que la competencia deportiva ejerce una influencia indirecta sobre las conductas de salud. (24)

Rodríguez y su equipo, en su investigación del autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia, en el año 2006, tomaron como muestra 539 estudiantes de entre 12 y 23 años en el País Vasco quienes respondieron el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), el cuestionario sobre conductas saludables de los escolares y el Cuestionario de Bienestar Psicológico (EBP). Los resultados sugieren la realización de intervenciones psicosociales que promuevan el desarrollo personal y la convivencia social, desde la conexión de los estilos de vida, el bienestar psicológico y el autoconcepto físico. (25)

Quirantes y otros, analizaron la influencia del estilo de vida y el progreso científico-técnico en el desarrollo de la obesidad y su repercusión en la salud y la sociedad en Cuba, en el año 2009. De tal forma que se reconoce que la obesidad es importante problema nutricional y de salud a nivel mundial, con una tendencia de aumento progresivo siendo un problema emergente en los últimos años. (26)

A partir de una revisión sistemática de literatura, García et al., (2012) describieron los hábitos más relevantes de los estilos de vida: actividad física, hábitos alimenticios, consumo de tabaco y alcohol en una población universitaria, identificando factores que los influyen, consecuencias en la salud y estrategias de cambio. Logrando concluir que los jóvenes universitarios se encuentran expuestos a factores que los predisponen a adoptar conductas nocivas para la salud y aumentar el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo cual es necesario crear conciencia e implementar estrategias que promuevan el cambio hacia estilos de vida saludables, lo que permite disminuir los efectos e impactar en la calidad de vida de los individuos. (27)

Gutiérrez en el año 2013 desarrolló un estudio correlacional, con el objetivo de conocer la adopción de estilos promotores de salud, en una muestra de 141 mujeres chilenas de familias con adolescentes. Usaron los instrumentos Health Promoting Lifestyle Profile II de Pender y Cómo es su familia de la Organización Panamericana de la Salud. (OPS). Encontraron que los estilos promotores de salud que se relacionan significativamente presentan niveles promedios, por lo que los autores consideran entonces que no se cumple cabalmente lo propuesto por el modelo de Nola Pender. (28)

En Colombia se encontraron las siguientes referencias o artículos de investigación sobre el tema de interés:

Salazar, Torres y Arrivillaga, en 2004 estudiaron el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas como parte del estilo de vida de 754 jóvenes universitarios colombianos. Para esto usaron dos instrumentos diseñados por ellas: Cuestionario de prácticas y creencias sobre EVS y la Encuesta sobre factores del contexto relacionados con los EVS. Concluyeron que los estilos de vida en esta muestra de personas, son poco saludables en relación al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y no hallaron diferencia significativa entre quienes tienen prácticas saludables y quienes no, aunque tienen creencias favorables. (29)

Sanabria et al., en 2006 se propusieron establecer la frecuencia de comportamientos saludables en profesionales de medicina y enfermería colombianos y la relación existente entre el modelo biomédico y sus estilo de vida, adaptando el cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida (Salazar & Arrivillaga). Encontraron que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. No se encontró relación entre el

nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales. (30)

Triviño en 2012 buscaron determinar factores predictores que influyen las conductas promotoras de salud según el modelo de enfermería de Pender en estudiantes de una institución de educación superior de Cali. Las variables fueron la conducta promotora de salud y los factores biopsicosocioculturales. (31)

Aplicaron la escala de estilo de vida promotor de salud II para medir la variable dependiente, percepción de autoeficacia, percepción del estado de salud y variables sociodemográficas. Obtuvieron como resultado que el 50,1% de los estudiantes tiene conductas promotoras de salud superiores a la media. Mientras que las conductas por encima de la media fueron: crecimiento espiritual (61,7%), relaciones interpersonales (53,4%), responsabilidad en salud (50,5%); las deficitarias por debajo de la media, actividad física (46,7%), manejo del estrés (46%) y nutrición (49,6%). Los factores que predijeron mayor variabilidad en la conducta promotora de salud II, fueron: percepción del estado de salud, autoeficacia y tipo de relación familiar en la vivienda. De lo que concluyeron que los factores se consideran de baja influencia sobre la conducta promotora, sin embargo recomendaron tenerlos en cuenta en la promoción del cuidado de estudiantes. (31)

Laguado y Gómez en 2014 caracterizaron los estilos de vida saludable de 154 estudiantes de enfermería, mediante el instrumento *HPLP II* de Nola Pender. Destacan que los comportamientos que alcanzan la frecuencia saludable rutinariamente, están en las dimensiones espirituales y de relaciones. En conclusión, estiman que los estudiantes de enfermería no realizan rutinariamente conductas consideradas como saludables, con lo cual se potencia el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. (32)

En el contexto regional se encontró mediante un estudio de tipo cuasi-experimental con alcance explicativo de corte transversal, del nivel de la actividad física en el programa de pausas activas, hábitos y estilos de vida saludable en 310 administrativos de la Universidad de los Llanos, por medio del instrumento IPAQ en el año 2014, observó un alto nivel de sedentarismo en los administrativos, y que al implementar pausas activas, hubo mejoras. (33)

6. METODOLOGIA

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Esta investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal porque se pretendió describir el comportamiento de las dimensiones de las conductas promotoras de salud estructuradas por Nola Pender, en las familias de Villavicencio adscritas a un centro de salud.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. (34)

Se consideran transversales los estudios en los que se examinan la relación entre una enfermedad y una serie de variables en una población determinada y en un momento del tiempo. Es decir la presencia de la enfermedad y la exposición se observa simultáneamente, lo que dificulta la interpretación causa efecto. (34)

6.2 MARCO SITUACIONAL

Villavicencio es la capital del departamento del Meta, ubicada en la cordillera oriental la cual cuenta con un clima cálido y húmedo, con temperatura que oscila entre 28 a 30°C. (35)

En Villavicencio la E.S.E Municipal cuenta con 18 centros de salud en los diferentes barrios de la ciudad, dentro de estos se encuentra el centro de salud de programas especiales en el cual se ofrecen los servicios de consulta externa por medicina y enfermería, programa de hipertensión y diabetes, odontología; atendiendo 2000 consultas de crónicos al mes. Este centro está ubicado en la Carrera 36 N 34A-15 Barrio Barzal, el horario de atención es de lunes a viernes de 7:00am a 7:00pm. (36)

6.3 UNIVERSO

La población de Villavicencio según el censo DANE del 2005 es de 961.334 personas, habitando en la cabecera municipal 728.891 y en el resto 232.443 habitantes. (37)

6.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio fueron las familias vinculadas a un centro de salud de la ciudad de Villavicencio. La muestra, se determinó por el cálculo a partir del tamaño de la población de familias registradas en las bases de datos de la institución de salud, mediante la calculadora estadística STATCALC del programa Epiinfo, mediante la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde p es la proporción de la población en la que se espera que no haya un nivel de estilos de vida saludable (0,5) y q es la proporción en que se espera que haya buen nivel de estilos de vida saludable (0,5), N es el tamaño de la población (578), z es el nivel de confianza deseado (95%), e es el error o la precisión de las estimaciones (0,08) y n es el tamaño muestral que corresponde a 119 familias en el macroproyecto y que corresponde a 59 familias para el presente proyecto.

El muestreo fue de tipo conveniente a partir de la manifestación de las familias de participar voluntariamente y del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: ser usuario activo de la Institución de Salud de Villavicencio, tener 18 años o más, manifestar voluntariamente su intención de participar en la investigación mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión: residir fuera del perímetro urbano de Villavicencio, tener alguna limitación cognitiva que le impidiera responder a las preguntas, ser menor de 18 años.

6.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE LA INFORMACIÓN

La técnica que se empleó fue la de entrevista personal, que según Hernández Sampieri consiste en que un entrevistador entrenado sea quien aplique el cuestionario a cada participante y anote las respuestas. (34)

Así el informante familiar dio respuesta a las preguntas que el investigador EPI le formuló y éste a su vez fue diligenciando cada ítem. El tiempo utilizado fue de 45 minutos, lo cual incluyó los cuestionarios de datos sociodemográficos y el

instrumento de Nola Pender. Teniendo los cuestionarios debidamente diligenciados se procedió a alimentar una matriz de datos creada en Excel, y el análisis estadístico descriptivo de los datos se hizo mediante el paquete SPSS.

Con el fin de dar cumplimiento al primer objetivo específico, se hizo la presentación de los datos de forma univariada con las características sociodemográficas de las familias, utilizando las frecuencias absolutas y relativas, en tablas.

El segundo objetivo específico se cumplió mediante la elaboración de tablas donde se cruzaron las variables sociodemográficas y cada dimensión, de tal manera que se cuantificó mediante frecuencias absolutas y relativas para luego analizar estos resultados, a la luz del Modelo de Promoción de la Salud.

6.6 INSTRUMENTOS

Se utilizó, el Perfil de los Estilos de Vida Promotores de salud diseñado por Nola Pender, que es un cuestionario de 52 preguntas agrupadas en seis dimensiones: responsabilidad de la salud, actividad física, nutrición, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual y tratamiento del estrés. Ver anexo A.

El coeficiente alfa de consistencia interna para el cuestionario total es de 0,943; los coeficientes alfa para las subescalas oscilan desde 0,793 hasta 0,872. Las respuestas se califican como: Nunca = 1; A veces = 2; Frecuentemente = 3 y Rutinariamente = 4. (17)

También se diseñó un cuestionario para describir sociodemográficamente las familias participantes en este estudio, teniendo en cuenta variables como la edad, el género, la ocupación, el nivel de escolaridad del informante familiar, el tipo de familia, el ciclo vital familiar y la religión. Ver anexo B.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en Colombia, y de acuerdo a la clasificación de las investigaciones que allí se dan, el presente estudio se clasificó como sin riesgo, debido a que no se realizaron intervenciones o modificaciones intencionadas de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes o sus familias.

Pero por tratarse de una actividad investigativa con pacientes y sus familias y garantizando el derecho a la autonomía, se usó un consentimiento informado

diseñado, con los parámetros de la resolución 8430, la cual lo define como “el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna”. Ver anexo C

El respeto por los derechos de autor se mantuvo durante la ejecución de esta investigación, referenciando las fuentes bibliográficas de las cuales se tomaron conceptos, opiniones, datos o aproximaciones conceptuales, además acatando las instrucciones de los autores del instrumento y obteniendo el permiso para usarlo, el cual se encuentra disponible para fines investigativos y académicos en la página oficial de la autora del mismo. (17) Ver Anexo D

Se tramitó el permiso ante la ESE Municipal de Villavicencio. Ver Anexo E

Esta investigación tuvo en cuenta entre los aspectos éticos, el informe de Belmont, dada su trascendencia en la investigación biomédica y de allí se tomaron los principios de:

- Respeto a las personas, manifestado en el respeto a la autonomía de los individuos. Se reconoce la autonomía como la capacidad de una persona de deliberar sobre sus metas personales y actuar de conformidad con ellas. En esta investigación el respeto se materializó en la libertad de los sujetos que conformaron la población, de ser parte de la muestra, sin ninguna presión o cohesión por parte de la investigadora o sus colaboradores.
- La beneficencia, se refiere a la procura del bienestar de un individuo, que no tiene carácter de caridad, sino de obligación; es decir el no hacer daño y el potenciar al máximo los beneficios disminuyendo los daños posibles.

Por lo que se propuso en esta investigación, generar conocimiento alrededor de los factores que condicionan la generación de conductas promotoras de salud, sin manipular adversamente comportamientos que trastornen o manipulen indebidamente el curso de la vida de las personas, pero siempre procurando advertir los daños presentes o posibles en las actividades que ya están arraigadas en los individuos y que perjudican la salud.

- La justicia, ocurre cuando un beneficio se niega sin razón válida o se imponen responsabilidades de forma indebida. También se refleja en el trato igualitario a todos los participantes de una acción. En esta investigación se materializó la justicia, en la participación de los individuos con la confirmación voluntaria de cada uno de querer hacer parte de la misma.

7. RESULTADOS

7.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INFORMANTES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN Y SUS FAMILIAS

A continuación se presentan las variables que caracterizaron sociodemográficamente tanto a los informantes como a sus familias, dando así cumplimiento al primer objetivo específico.

De la tabla 1 se puede decir que la mayor parte (33,9%) de los participantes del estudio tienen entre 30 y 39 años, seguido por los participantes de 20 a 29 años (28,8%); sin embargo también hubo participantes de 19 años y de 80 años. El promedio de edad fue de 35 años, con una moda de 34 años.

Tabla 1. Distribución de los informantes familiares por grupos etarios.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
<20	3	5,1
20-29	17	28,8
30-39	20	33,9
40-49	7	11,9
50-59	8	13,6
60-69	2	3,4
70-79	1	1,7
80-89	1	1,7
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La tabla 2 evidencia que la gran mayoría de las personas encuestadas son mujeres con un porcentaje correspondiente al 78%.

Tabla 2. Distribución de los informantes familiares por género.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	46	78,0
Masculino	13	22,0
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En cuanto al estado civil se determinó que el 42,4% de los informantes familiares del estudio viven en unión libre, seguido del 25,4% que son solteros; es destacable que más del 50% de los encuestados viven en pareja ya sea por unión marital de hecho o mediante el vínculo del matrimonio. Tabla 3

Tabla 3. Distribución informantes familiares según el estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	15	25,4
Casado	11	18,6
Separado	7	11,9
Viudo	1	1,7
Unión libre	25	42,4
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la tabla 4 se puede decir que el 44,1% de los informantes familiares que conformaron la muestra alcanzó el nivel de secundaria completa, mientras el 18,6% la secundaria incompleta; se observó una baja proporción (1,7%) que no tenían ningún tipo de escolaridad, al mismo tiempo que hubo personas con nivel universitario (10,2%).

Tabla 4. Distribución de los informantes familiares por tipo de escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	1,7
Primaria completa	4	6,8
Primaria incompleta	6	10,2
Secundaria completa	26	44,1
Secundaria incompleta	11	18,6
Técnica o tecnológica	5	8,5
Universitario	6	10,2
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Del tipo de ocupación que tienen los participantes el 42,4% trabajan y el 35,6% realizan las labores propias del hogar, siendo en menor proporción (3,4%) los que estudian y trabajan. Tabla 5

Tabla 5. Distribución de la ocupación de los informantes familiares

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudia	6	10,2
Estudia y trabaja	2	3,4
Hogar	21	35,6
Ninguno	5	8,5
Trabaja	25	42,4
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

El tipo de religión que predominó entre los encuestados fue la católica con un 47,5%, seguido de los que no practican ningún tipo de religión con un 32,2%. Tabla 6

Tabla 6. Distribución de los informantes familiares según la religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Adventista	1	1,7
Católica	28	47,5
Cristiana	9	15,3
Cristiana evangélica	1	1,7
Mormona	1	1,7
Ninguna	19	32,2
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En cuanto al ciclo vital familiar se evidencia la tabla 7 que el 27,1% de los informantes familiares pertenecían a una familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo), seguidos por las familias en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa) con un 22%, en menor proporción (3,4%) se encontraron las familias ancianas.

Tabla 7. Distribución de los informantes según el ciclo vital de la familia

Ciclo vital de la familia	Frecuencia	Porcentaje
Formación de la pareja	3	5,1
Crianza inicial de los hijos	4	6,8
Familia con hijos preescolares	8	13,6
Familia con hijos escolares	8	13,6
Familia con hijos adolescentes	16	27,1
Familia en plataforma de lanzamiento	13	22,0
Familia edad media	5	8,5
Familia anciana	2	3,4
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

El tipo de familia prevaleciente entre los informantes familiares participantes fue la nuclear completa con el 42,4% (conviven ambos padres y los hijos), seguido por la extensa incompleta (el o la jefe sin cónyuge vive con sus hijos y otros parientes) que representó el 15,3%, la familia nuclear incompleta (faltan el padre o la madre y viven los hijos) también fue del 15,3%. Tabla 8

Tabla 8. Distribución de los informantes según el tipo de familia

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Extensa completa	6	10,2
Extensa incompleta	9	15,3
Jefe y otros parientes	3	5,1
Nuclear completa	25	42,4
Nuclear incompleta	9	15,3
Pareja si hijos	4	6,8
Unipersonal	3	5,1
Total	59	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

7.2 DESCRIPCIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD

A continuación se presentan la descripción de las diferentes dimensiones de las conductas promotoras de salud según la distribución sociodemográfica de las familias participantes en el estudio, con lo cual se da cumplimiento al segundo objetivo específico propuesto.

7.2.1 Dimensión crecimiento espiritual. Según el grupo etario la frecuencia con mayor porcentaje para esta dimensión fue “frecuentemente” con un 84,7% y dentro de esta frecuencia, las personas en el rango de 30-39 años fueron quienes más proporción obtuvieron (32,32%). La frecuencia “a veces”, fue la segunda más puntuada en la dimensión crecimiento espiritual destacando los grupos etarios 20 a 29 (3,4%) ,40 a 49(3,4%). La frecuencia “nunca” fue la menos puntuada por los participantes. Tabla 9

Tabla 9. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según la edad

Edad	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<20	0	0,0%	0	0,0%	3	5,1%	0	0,0%
20-29	1	1,7%	2	3,4%	13	22,0%	1	1,7%
30-39	0	0,0%	1	1,7%	19	32,2%	0	0,0%
40-49	0	0,0%	2	3,4%	5	8,5%	0	0,0%
50-59	0	0,0%	0	0,0%	7	11,9%	1	1,7%
60-69	0	0,0%	0	0,0%	2	3,4%	0	0,0%
70-79	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
80-89	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Total	1	1,7%	6	10,2%	50	84,7%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En cuanto el género la frecuencia con mayor porcentaje para la dimensión crecimiento espiritual fue “frecuentemente” con una puntuación de 84,7% dentro de la cual las mujeres tuvieron el mayor porcentaje (67,8%). La frecuencia a veces fue la segunda con una puntuación de 10,2% en donde el género femenino obtuvo el mayor porcentaje (6,8%). Tabla 10

Tabla 10. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el género

Género	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	1	1,7%	4	6,8%	40	67,8%	1	1,7%
Masculino	0	0,0%	2	3,4%	10	16,9%	1	1,7%
Total	1	1,7%	6	10,2%	50	84,7%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En la tabla 11 se destaca que para la dimensión crecimiento espiritual, frente al estado civil la frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” con un 84,7%, de estas, las personas que viven en unión libre tuvieron mayor porcentaje (40,7%), seguido por los solteros (20,3%). La frecuencia a veces fue la segunda con un porcentaje de 10,2% siendo las personas casadas las de mayor puntuación (5,1%).

Tabla 11. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el estado civil

Estado civil	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Soltero	1	1,7%	1	1,7%	12	20,3%	1	1,7%
Casado	0	0,0%	3	5,1%	8	13,6%	0	0,0%
Separado	0	0,0%	1	1,7%	5	8,5%	1	1,7%
Viudo	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Unión libre	0	0,0%	1	1,7%	24	40,7%	0	0,0%
Total	50	1,7%	6	10,2%	6	84,7%	1	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En cuanto a la escolaridad la frecuencia con mayor puntuación dentro de la dimensión crecimiento espiritual fue “frecuentemente” con una puntuación de 84,7%, de esta la mayor puntuación la obtuvieron los que cursaron la secundaria completa (40,7%), seguido por los que cursaron la secundaria incompleta (15,3%). La segunda frecuencia más puntuada fue “a veces” con 10,2%, dentro de la cual

los participantes que tienen la secundaria incompleta y la universidad puntuaron 3,4% respectivamente.

Tabla 12. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según escolaridad.

Escolaridad	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguna	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Primaria completa	1	1,7%	1	1,7%	2	3,4%	0	0,0%
Primaria incompleta	0	0,0%	1	1,7%	5	8,5%	0	0,0%
Secundaria completa	0	0,0%	0	0,0%	24	40,7%	2	3,4%
Secundaria incompleta	0	0,0%	2	3,4%	9	15,3%	0	0,0%
Técnica o tecnológica	0	0,0%	0	0,0%	5	8,5%	0	0,0%
Universitario	0	0,0%	2	3,4%	4	6,8%	0	0,0%
Total	1	1,7%	6	10,2%	50	84,7%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De acuerdo con la ocupación la frecuencia más puntuada dentro de la dimensión crecimiento espiritual fue “frecuentemente” (84,7%) destacándose las personas que trabajan con el 35,6% seguido por los que se dedican a las labores del hogar quienes que representaron el 30,5%. Aunque hubo puntuación en las frecuencias “nunca” y “rutinariamente” las proporciones fueron las más bajas.

Tabla 13. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según ocupación

Ocupación	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estudia	0	0,0%	1	1,7%	5	8,5%	0	0,0%
Estudia y trabaja	0	0,0%	0	0,0%	2	3,4%	0	0,0%
Hogar	1	1,7%	2	3,4%	18	30,5%	0	0,0%
Ninguno	0	0,0%	1	1,7%	4	6,8%	0	0,0%
Trabaja	0	0,0%	2	3,4%	21	35,6%	2	3,4%
Total	1	1,7%	6	10,2%	50	84,7%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el tipo de religión la frecuencia con más proporción para la dimensión crecimiento espiritual fue “frecuentemente” siendo el 84,7%, y de esta la práctica del catolicismo fue la más puntuada (39,0%) seguido por las personas que no pertenecen a ningún tipo de grupo religioso (28,8%). La frecuencia que le sigue es “a veces” dentro de la cual los católicos son los más puntuados (5,1%), seguido por los cristianos (3,4%). La frecuencia “nunca” fue la de menor proporción.

Tabla 14. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según la religión

Religión	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Adventista	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Católica	1	1,7%	3	5,1%	23	39,0%	1	1,7%
Cristiana	0	0,0%	2	3,4%	7	11,9%	0	0,0%
Cristiana evangélica	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Mormona	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Ninguna	0	0,0%	1	1,7%	17	28,8%	1	1,7%
Total	1	1,7%	6	10,2%	50	84,7%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Con respecto al ciclo vital familiar la frecuencia más puntuada para la dimensión crecimiento espiritual fue “frecuentemente” con una puntuación el 84,7%, de los cuales los de mayor proporción fueron las familias con hijos adolescentes (23,7%), seguido por las familias en plataforma de lanzamiento. La frecuencia que se encuentra en segundo lugar es “a veces”, dentro de la que se destacan las familias con hijos adolescentes con un porcentaje de 3,4%. La frecuencia “nunca” fue la menos puntuada (1,7%). Tabla 15

Tabla 15. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el ciclo vital familiar

Ciclo vital familiar	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Formación de la pareja	0	0,0%	0	0,0%	3	5,1%	0	0,0%
Crianza inicial de los hijos	0	0,0%	1	1,7%	3	5,1%	0	0,0%
Familia con hijos preescolares	0	0,0%	0	0,0%	8	13,6%	0	0,0%
Familia con hijos escolares	1	1,7%	1	1,7%	6	10,2%	0	0,0%
Familia con hijos adolescentes	0	0,0%	2	3,4%	14	23,7%	0	0,0%
Familia en plataforma de lanzamiento	0	0,0%	1	1,7%	11	18,6%	1	1,7%
Familia edad media	0	0,0%	1	1,7%	3	5,1%	1	1,7%
Familia anciana	0	0,0%	0	0,0%	2	3,4%	0	0,0%
Total	1	1,7%	6	10,2%	50	84,7%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La distribución de la dimensión crecimiento espiritual según el tipo de familia evidenciado en la tabla 17, muestra que la frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” con un 84,7%, de la cual las personas que conforman las familias nucleares completas son la de mayor proporción (37,3%), seguido por las familias nuclear incompleta (13,6%). La siguiente frecuencia más puntuada fue “a veces” 10,2%, dentro de las cual se destacan las familias nucleares completas con una proporción de (3,4%). La frecuencia “nunca” fue la menos puntuada.

Tabla 16. Distribución de la puntuación de la dimensión crecimiento espiritual según el tipo de familia

Tipo de familia	Nunca		A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Extensa completa	0	0,0%	1	1,7%	5	8,5%	0	0,0%
Extensa incompleta	1	1,7%	1	1,7%	7	11,9%	0	0,0%
Jefe y otro pariente	0	0,0%	0	0,0%	3	5,1%	0	0,0%
Nuclear completa	0	0,0%	2	3,4%	22	37,3%	1	1,7%
Nuclear incompleta	0	0,0%	1	1,7%	8	13,6%	0	0,0%
Pareja sin hijos	0	0,0%	1	1,7%	3	5,1%	0	0,0%
Unipersonal	0	0,0%	0	0,0%	2	3,4%	1	1,7%
Total	1	1,7%	6	10,2%	50	84,7%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

7.2.2 Dimensión relaciones interpersonales. De la dimensión relaciones interpersonales, con respecto a la edad se puede deducir que la frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” con el 66,1%, de la cual las personas dentro del rango de edad 30-39 fueron las que obtuvieron mayor porcentaje (30,5%) seguido por las personas entre 20-29 años (15,3%). La frecuencia “a veces” ocupó el segundo lugar con un porcentaje de 30,5%, siendo el grupo etario de 20-29 años con una proporción de (13,6%) seguido por el grupo de 50 a 59 años con un porcentaje de 8,5%. La proporción “siempre” aunque tuvo puntuación fue la de menor proporción (3,4%). Tabla 17.

Tabla 17. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la edad

Edad	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
<20	1	1,7%	2	3,4%	0	0,0%
20-29	8	13,6%	9	15,3%	0	0,0%
30-39	2	3,4%	18	30,5%	0	0,0%
40-49	0	0,0%	5	8,5%	2	3,4%
50-59	5	8,5%	3	5,1%	0	0,0%
60-69	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%
70-79	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
80-89	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Referente al género, para la dimensión relaciones interpersonales la frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” 66,1%, y dentro de esta, las mujeres fueron las de mayor proporción (50,8%). La frecuencia en segundo lugar fue “a veces” con un 30,5%, del cual el género femenino tuvo la mayor proporción (23,7%). La frecuencia “siempre” fue la de menor proporción. Tabla 18.

Tabla 18. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según el género.

Genero	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	14	23,7%	30	50,8%	2	3,4%
Masculino	4	6,8%	9	15,3%	0	0,0%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la dimensión relaciones interpersonales la frecuencia con más puntuación para el estado civil fue “frecuentemente” 66,1%, dentro de la cual la personas que conviven en unión libre tienen la mayor proporción (27,1%), seguido por los

solteros (18,6%). La frecuencia “a veces” fue la segunda con un 30,5%, de los cuales el 15,3% pertenece a las personas que viven en unión libre y el 6,8% son solteros. Tabla 19

Tabla 19. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según el estado civil

Estado civil	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	4	6,8%	11	18,6%	0	0,0%
Casado	3	5,1%	8	13,6%	0	0,0%
Separado	2	3,4%	3	5,1%	2	3,4%
Viudo	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Unión libre	9	15,3%	16	27,1%	0	0,0%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La frecuencia con mayor proporción fue “frecuentemente” 66,1% para la dimensión relaciones interpersonales referente a la escolaridad, dentro de la cual la personas que cursaron la secundaria completa fueron las de mayor proporción (32,2%) seguidas de los que no completaron la secundaria (10,2%). La frecuencia “a veces” fue la segunda con una proporción de 30,5%, de donde se destacan las personas que cursaron las secundaria completa e incompleta, con la misma proporción (8,5%), seguido por los que cursaron la primaria completa (3,4%).Tabla 20.

Tabla 20. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la escolaridad

Escolaridad	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
Ninguna	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Primaria completa	2	3,4%	2	3,4%	0	0,0%
Primaria incompleta	3	5,1%	3	5,1%	0	0,0%
Secundaria completa	5	8,5%	19	32,2%	2	3,4%
Secundaria incompleta	5	8,5%	6	10,2%	0	0,0%
Técnica o tecnóloga	1	1,7%	4	6,8%	0	0,0%
Universitario	2	3,4%	4	6,8%	0	0,0%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La distribución de la frecuencia para la dimensión relaciones interpersonales a partir del tipo de ocupación fue de 66,1% para las frecuencia “frecuentemente”, dentro de la cual la más puntuada fue las personas que trabajan (35,6%), seguida por las personas que se dedican al hogar (18,6%). “A veces” fue la segunda frecuencia más puntuada con 30,5%, de donde se destacan las personas que se ocupan en el hogar (13,6%), seguido por las personas que trabajan (6,8%). La frecuencia “siempre” fue la menos puntuada. Tabla 21.

Tabla 21. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la ocupación

Ocupación	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
Estudia	2	3,4%	4	6,8%	0	0,0%
Estudia y trabaja	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%
Hogar	8	13,6%	11	18,6%	2	3,4%
Ninguno	3	5,1%	2	3,4%	0	0,0%
Trabaja	4	6,8%	21	35,6%	0	0,0%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la tabla 22 se destaca que para el tipo de religión frente a la dimensión relaciones interpersonales la frecuencia con mayor proporción fue “frecuentemente” con 66,1%, de los cuales los católicos representan el (28,8%) y las personas que no pertenecen a ningún tipo de grupo religioso (23,7%). Seguido por la frecuencia “a veces” con un porcentaje de 30,5%, de donde se destaca la religión católica con una mayor proporción (18,6%), seguido por los que no practican ninguna religión (6,8%).

Tabla 22. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según la religión.

Religión	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
Adventista	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Católica	11	18,6%	17	28,8%	0	0,0%
Cristiana	3	5,1%	6	10,2%	0	0,0%
Cristiana evangélica	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Mormona	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Ninguna	4	6,8%	14	23,7%	1	1,7%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En cuanto al ciclo vital familiar para la dimensión relaciones interpersonales, se puede decir que la frecuencia con mayor proporción fue “frecuentemente” 66,1%, de los cuales la familias con hijos adolescentes representan el 22,0%, seguido por las familias en plataforma de lanzamiento con un de 15,3%. La frecuencia “a veces” fue la segunda con 30,5% de los cuales el 8,5% fueron los de mayor proporción perteneciendo a las familias con hijos escolares y un 6,8% de las familias en plataforma de lanzamiento. Tabla 23.

Tabla 23. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según el ciclo vital familiar

Ciclo vital familiar	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
Formación de la pareja	1	1,7%	2	3,4%	0	0,0%
Crianza inicial de los hijos	1	1,7%	3	5,1%	0	0,0%
Familia con hijos preescolares	2	3,4%	6	10,2%	0	0,0%
Familia con hijos escolares	5	8,5%	3	5,1%	0	0,0%
Familia con hijos adolescentes	1	1,7%	13	22,0%	2	3,4%
Familia en plataforma de lanzamiento	4	6,8%	9	15,3%	0	0,0%
Familia edad media	3	5,1%	2	3,4%	0	0,0%
Familia anciana	1	1,7%	1	1,7%	0	0,0%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La distribución de la puntuación según el tipo de familia para la dimensión se destaca por tener la mayor proporción en la frecuencia "frecuentemente" 66,1%, de donde la más puntuada fue la familia nuclear completa con un 30,5%, seguido de la familia extensa incompleta y la familia extensa completa con (10,2%) respectivamente. La frecuencia en segundo lugar fue "a veces" 30,5%, en donde la más puntuada fue la familias nucleares completas con una proporción de 11,9%. Tabla 24.

Tabla 24. Distribución de la puntuación de la dimensión relaciones interpersonales según tipo de familia.

Tipo de familia	A veces		Frecuentemente		Rutinariamente	
	n	%	n	%	n	%
Extensa completa	0	0,0%	6	10,2%	0	0,0%
Extensa incompleta	2	3,4%	6	10,2%	1	1,7%
Jefe y otro pariente	2	3,4%	1	1,7%	0	0,0%
Nuclear completa	7	11,9%	18	30,5%	0	0,0%
Nuclear incompleta	3	5,1%	5	8,5%	1	1,7%
Pareja sin hijos	2	3,4%	2	3,4%	0	0,0%
Unipersonal	2	3,4%	1	1,7%	0	0,0%
Total	18	30,5%	39	66,1%	2	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

7.2.3 Dimensión nutrición. De la dimensión nutrición de acuerdo con la edad se puede deducir que la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con el 61,0%, de donde se destacan las personas dentro del rango de edad de 20 a 29 años con la mayor puntuación, seguido por el grupo etario de 30 a 39 quienes representan el 16,9%. La frecuencia que ocupó el segundo lugar fue “frecuentemente” con un porcentaje de 33,9% siendo el grupo de 30 a 39 años los de mayor proporción (13,6%) y en segundo lugar el grupo de 20 a 29 años (8,5%). La frecuencia “nunca” fue la menos puntuada. Tabla 25

Tabla 25. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la edad

Edad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
<20	0	0,0%	3	5,1%	0	0,0%
20-29	1	1,7%	11	18,6%	5	8,5%
30-39	2	3,4%	10	16,9%	8	13,6%
40-49	0	0,0%	6	10,2%	1	1,7%
50-59	0	0,0%	3	5,1%	5	8,5%
60-69	0	0,0%	2	3,4%	0	0,0%
70-79	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
80-89	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el género la frecuencia que más proporción presentó fue “a veces” 61,0% de donde las mujeres representan la mayor proporción (47,5%). La frecuencia “frecuentemente” fue la segunda, siendo el género femenino el predominante (27,1%). Tabla 26.

Tabla 26. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el género

Género	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	2	3,4%	28	47,5	16	27,1%
Masculino	1	1,7%	8	13,6	4	6,8%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En la tabla 27 se observa que según el estado civil para la dimensión nutrición, la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con un 61,0%, dentro de la que se destaca que el 22,0% viven en unión libre y el 20,3% son solteros. La frecuencia “frecuentemente” ocupó el segundo lugar con un porcentaje de 33,9%, de estos el 18,6% conviven en unión libre y los solteros y casados ocupan el segundo lugar con el 5,1% respectivamente.

Tabla 27. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el estado civil

Estado civil	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	0	0,0%	12	20,3%	3	5,1%
Casado	2	3,4%	6	10,2%	3	5,1%
Separado	0	0,0%	5	8,5%	2	3,4%
Viudo	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Unión libre	1	1,7%	13	22,0%	11	18,6%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Referente a la escolaridad la frecuencia con mayor puntuación fue “a veces” con 61,0% y de esta, quienes cursaron la secundaria completa fueron quienes más puntuaron, seguidos por quienes cursaron la secundaria incompleta (10,2%). La segunda frecuencia más puntuada para la dimensión nutrición con respecto a la escolaridad fue “frecuentemente”, con una proporción de 18,6% representado en las personas que cursaron la secundaria completa. Tabla 28

Tabla 28. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la escolaridad

Escolaridad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Ninguna	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Primaria completa	1	1,7%	3	5,1%	0	0,0%
Primaria incompleta	0	0,0%	5	8,5%	1	1,7%
Secundaria completa	1	1,7%	14	23,7%	11	18,6%
Secundaria incompleta	1	1,7%	6	10,2%	4	6,8%
Técnica o tecnológica	0	0,0%	2	3,4%	3	5,1%
Universitario	0	0,0%	6	10,2%	0	0,0%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la ocupación se puede decir que la frecuencia con mayor puntuación fue “a veces” de donde se destacan con la mayor proporción las personas que trabajan (25,4%), seguida por las personas que se dedican al hogar (20,3%). La segunda frecuencia más puntuada fue “frecuentemente”, siendo las personas que trabajan las de mayor puntuación (15,3%), seguido por las personas que se dedican al hogar con el 11,9%.Tabla 29.

Tabla 29. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la ocupación

Ocupación	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Estudia	0	0,0%	5	8,5%	1	1,7%
Estudia y trabaja	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%
Hogar	2	3,4%	12	20,3%	7	11,9%
Ninguno	0	0,0%	3	5,1%	2	3,4%
Trabaja	1	1,7%	15	25,4%	9	15,3%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Al relacionar la dimensión nutrición con el tipo de religión, se observó que la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” (61,0%), dentro de la cual la mayor puntuación fue de las personas que pertenecen al grupo religioso católico (32,2%), seguido de las personas que no practican ningún tipo de religión (13,6%). La frecuencia “frecuentemente” fue segunda con un porcentaje de 33,9%, de este el 15,3% pertenece a las personas que no practican ningún tipo de religión. Tabla 30

Tabla 30. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según la religión

Religión	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Adventista	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Católica	1	1,7%	19	32,2%	8	13,6%
Cristiana	0	0,0%	6	10,2%	3	5,1%
Cristiana evangélica	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Mormona	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Ninguna	2	3,4%	8	13,6%	9	15,3%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

En la dimensión nutrición el ciclo vital familiar fue puntuado en su mayoría en la frecuencia “a veces” con el 61,0%, representada en su mayoría (15,3%) por las familias con hijos adolescentes. La segunda frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” con el 33,9% y en esta se destacaron las familias con hijos adolescentes. Tabla 31

Tabla 31. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el ciclo vital

Ciclo vital familiar	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Formación de la pareja	0	0,0%	2	3,4%	1	1,7%
Crianza inicial de los hijos	0	0,0%	3	5,1%	1	1,7%
Familia con hijos preescolares	1	1,7%	3	5,1%	4	6,8%
Familia con hijos escolares	0	0,0%	6	10,2%	2	3,4%
Familia con hijos adolescentes	2	3,5%	9	15,3%	5	8,5%
Familia en plataforma de lanzamiento	0	0,0%	8	13,6%	5	8,5%
Familia edad media	0	0,0%	4	6,8%	1	1,7%
Familia anciana	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Para la dimensión nutrición según el tipo de familia, la frecuencia más puntuada fue “a veces” de la cual se destacan las familias nucleares completas con una proporción de 18,6%, seguido por las familias extensas incompletas (10,2%). La segunda frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” con el 33,9% de los cuales el 20,3% pertenece a las familias nucleares completas. Tabla 32.

Tabla 32. Distribución de la puntuación de la dimensión nutrición según el tipo de familia

Tipo de familia	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Extensa completa	0	0,0%	4	6,8%	2	3,4%
Extensa incompleta	0	0,0%	6	10,2%	3	5,1%
Jefe y otro pariente	0	0,0%	2	3,4%	1	1,7%
Nuclear completa	2	3,4%	11	18,6%	12	20,3%
Nuclear incompleta	1	1,7%	7	11,9%	1	1,7%
Pareja sin hijos	0	0,0%	4	6,8%	0	0,0%
Unipersonal	0	0,0%	2	3,4%	1	1,7%
Total	3	5,1%	36	61,0%	20	33,9%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

7.2.4 Dimensión actividad física. De la dimensión actividad física según la edad se observó que la frecuencia con mayor puntuación fue “nunca” con un porcentaje de 45,8%, de los cuales las personas que se encuentran entre los 20 a 29 años son obtuvieron la mayor puntuación (13,6%), seguido por el grupo de 30 a 39 años (11,9%). La frecuencia que ocupó el segundo lugar fue “a veces” con un 40,7%, dentro de los que mayor puntuación obtuvieron fueron los participantes de 30 a 39 años (16,9). Tabla 33

Tabla 33. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la edad

Edad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
<20	3	5,1%	0	0,0%	0	0,0%
20-29	8	13,6%	5	8,5%	4	6,8%
30-39	7	11,9%	10	16,9%	3	5,1%
40-49	3	5,1%	4	6,8%	0	0,0%
50-59	3	5,1%	4	6,8%	1	1,7%
60-69	2	3,4%	0	0,0%	0	0,0%
70-79	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
80-89	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	16,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el género la mayor puntuación se observó en la frecuencia “nunca” con un porcentaje de 45,8%, dentro de la cual las mujeres obtuvieron el 39,0%. La frecuencia en segundo lugar fue “a veces”, representada por el género femenino (32,2%). Tabla 34.

Tabla 34. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el género

Género	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	23	39,0%	19	32,2%	4	6,8%
Masculino	4	6,8%	5	8,5%	4	6,8%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	13,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la dimensión actividad física según el estado civil se observó que la frecuencia con mayor puntuación fue “nunca” con un porcentaje de 45,8% de los cuales las personas que viven en unión libre obtuvieron la mayor puntuación (20,3%), seguido los solteros y los casados respectivamente (10,2%). La frecuencia que

ocupó el segundo lugar fue “a veces” con un 40,7%, dentro de los que mayor puntuación obtuvieron fueron los participantes que conviven en unión libre (16,9%), seguido por los casados y solteros respectivamente (8,5%). Tabla 35

Tabla 35. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el estado civil

Estado civil	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	6	10,2%	5	8,5%	4	6,8%
Casado	6	10,2%	5	8,5%	0	0,0%
Separado	2	3,4%	4	6,8%	1	1,7%
Viudo	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
Unión libre	12	20,3%	10	16,9%	3	5,1%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	13,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la tabla 36 se puede deducir que la frecuencia con mayor proporción para la dimensión nutrición según la escolaridad fue “nunca” con el 45,8%, de estos el 16,9% pertenecen a las personas que culminaron la secundaria y el 11,9% de las personas no terminaron el nivel educativo secundario. La frecuencia en segundo lugar fue “a veces”, de donde se destacan los participantes que completaron la secundaria (16,9%).

Tabla 36. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la escolaridad

Escolaridad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Ninguna	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
Primaria completa	1	1,7%	2	3,4%	1	1,7%
Primaria incompleta	3	5,1%	3	5,1%	0	0,0%
Secundaria completa	10	16,9%	10	16,9%	6	10,2%
Secundaria incompleta	7	11,9%	4	6,8%	0	0,0%
Técnica o tecnóloga	2	3,4%	3	5,1%	0	0,0%
Universitario	3	5,1%	2	3,4%	1	1,7%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	13,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según la ocupación se puede deducir que la frecuencia con mayor puntuación para la dimensión actividad física fue “nunca” con el 45,8%, de estos las personas que se dedican al hogar fueron las de mayor proporción (20,3%), seguidas por las personas que trabajan (13,6%). La segunda frecuencia más puntuada fue “a veces” 40,7%, de la cual el 20,3% pertenece a las personas que laboran. Tabla 37.

Tabla 37. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la ocupación

Ocupación	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Estudia	3	5,1%	2	3,4%	1	1,7%
Estudia y trabaja	2	3,4%	0	0,0%	0	0,0%
Hogar	12	20,3%	7	11,9%	2	3,4%
Ninguno	2	3,4%	3	5,1%	0	0,0%
Trabaja	8	13,6%	12	20,3%	5	8,5%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	13,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La frecuencia con mayor proporción para la dimensión actividad física según el tipo de religión fue “nunca” con el 45,8%, de donde los informantes familiares que practican el catolicismo tienen la mayor proporción (22,0%), seguidos por los participantes que no pertenecen a ningún tipo de grupo religioso (11,9%). La frecuencia “a veces” fue la segunda más puntuada con el 40,7%, de la cual los católicos representan el 20,3%. Tabla 38.

Tabla 38. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según la religión.

Religión	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Adventista	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Católica	13	22,0%	12	20,3%	3	5,1%
Cristiana	6	10,2%	3	5,1%	0	0,0%
Cristiana evangélica	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Mormona	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%
Ninguna	7	11,9%	7	11,9%	5	8,5%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	13,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De ciclo vital familiar la frecuencia más puntuada para la dimensión actividad física fue “nunca” con el 45,8% de donde los informantes familiares que pertenecen a las familias en plataforma de lanzamiento (11,9%), seguido por las familias con hijos adolescentes (10,2%). La segunda frecuencia fue “a veces” 40,7%, de esta las familias con hijos adolescentes representan el 15,3%. Tabla 39.

Tabla 39. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el ciclo vital

Ciclo vital familiar	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Formación de la pareja	2	3,4%	0	0,0%	1	1,7%
Crianza inicial de los hijos	0	0,0%	3	5,1%	1	1,7%
Familia con hijos preescolares	4	6,8%	3	5,1%	1	1,7%
Familia con hijos escolares	5	8,5%	2	3,4%	1	1,7%
Familia con hijos adolescentes	6	10,2%	9	15,3%	1	1,7%
Familia en plataforma de lanzamiento	7	11,9%	4	6,8%	2	3,4%
Familia edad media	1	1,7%	3	5,1%	1	1,7%
Familia anciana	2	3,4%	0	0,0%	0	0,0%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	13,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la dimensión actividad física según el tipo de familia, se destaca la frecuencia “nunca” como la más puntuada con el 45,8%, de los que el 20,3% pertenecen a las familias nucleares completas y el 10,2% hace referencia a las familias nucleares incompletas. La segunda frecuencia más puntuada fue “a veces” con el 40,7%, de las cuales el 18,6% son familias nucleares completas. Tabla 40.

Tabla 40. Distribución de la puntuación de la dimensión actividad física según el tipo de familia

Tipo de familia	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Extensa completa	1	1,7%	5	8,5%	0	0,0%
Extensa incompleta	4	6,8%	3	5,1%	2	3,4%
Jefe y otro pariente	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%
Nuclear completa	12	20,3%	11	18,6%	2	3,4%
Nuclear incompleta	6	10,2%	2	3,4%	1	1,7%
Pareja sin hijos	2	3,4%	1	1,7%	1	1,7%
Unipersonal	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%
Total	27	45,8%	24	40,7%	8	13,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

7.2.5 Dimensión responsabilidad en salud. De la dimensión responsabilidad en salud según el grupo de edad es deducible que la frecuencia con mayor puntuación fue “a veces” con el 54,2%, de donde se destaca en primer lugar el grupo etario de 20 a 29 años (18,6%), seguido por el grupo de 30 a 39 años (15,3%). La frecuencia que ocupó segundo lugar fue “frecuentemente” con un 40,7%, de los cuales las personas entre el rango de edad de 30 a 39 fueron los de mayor puntuación (16,9%), seguido por el grupo de 20 a 29 años (10,2%). Tabla 41.

Tabla 41. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad en salud según la edad

Edad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
<20	1	1,7%	2	3,4%	0	0,0%
20-29	0	0,0%	11	18,6%	6	10,2%
30-39	1	1,7%	9	15,3%	10	16,9%
40-49	1	1,7%	2	3,4%	4	6,8%
50-59	0	0,0%	5	8,5%	3	5,1%
60-69	0	0,0%	2	3,4%	0	0,0%
70-79	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
80-89	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el género, la frecuencia con mayor proporción de puntuación para la dimensión responsabilidad en salud fue “a veces” con el 45,2%, de estos se destacan las mujeres con el 37,3%. La frecuencia en segundo lugar fue “frecuentemente” 40,7%, también representada en su mayoría por el género femenino (37,3%). Tabla 42.

Tabla 42. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad en salud según el género

Género	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	2	3,4%	22	37,3%	22	37,3%
Masculino	1	1,7%	10	16,9%	2	3,4%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Del estado civil se deduce que la frecuencia con mayor puntuación en la dimensión responsabilidad en salud fue “a veces” con el 54,2%, de estos, las personas que conviven en unión libre son las de mayor proporción (23,7%), seguido por los solteros (13,6%). La frecuencia que ocupó el segundo lugar fue

“frecuentemente” con el 40,7%, siendo las personas que viven en unión libre quienes más puntuaron 16,9%, en esta frecuencia. Tabla 43

Tabla 43. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad en salud según el estado civil

Estado civil	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	1	1,7%	8	13,6%	6	10,2%
Casado	1	1,7%	7	11,9%	3	5,1%
Separado	0	0,0%	3	5,1%	4	6,8%
Viudo	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Unión libre	1	1,7%	14	23,7%	10	16,9%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Del nivel educativo para la dimensión responsabilidad en salud, se puede decir que la frecuencia con mayor puntuación fue “a veces” con el 54,2% de los cuales el 25,4% corresponde a los participantes que cursaron la secundaria completa, el 11,9% se refiere a los que no culminaron el bachiller. La frecuencia en segundo lugar fue “frecuentemente” con el 40,7%, siendo el 18,6% correspondiente a los que cursaron la secundaria completa. Tabla 44

Tabla 44. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según la escolaridad

Escolaridad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Ninguna	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Primaria completa	0	0,0%	1	1,7%	3	5,1%
Primaria incompleta	1	1,7%	5	8,5%	0	0,0%
Secundaria completa	0	0,0%	15	25,4%	11	18,6%
Secundaria incompleta	0	0,0%	7	11,9%	4	6,8%
Técnica o tecnóloga	0	0,0%	0	0,0%	5	8,5%
Universitario	2	3,4%	4	6,8%	0	0,0%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según la ocupación, la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con el 54,2%, de los cuales las personas que trabajan son los más puntuados (23,7%), seguido por los que se dedican al hogar (15,3%). La segunda frecuencia fue “frecuentemente” con el 40,7% de los cuales las personas que se dedican al hogar representan el (20,3%), seguido por los participantes que trabajan (15,3%). Tabla 45

Tabla 45. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según la ocupación

Ocupación	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Estudia	1	1,7%	4	6,8%	1	1,7%
Estudia y trabaja	0	0,0%	2	3,4%	0	0,0%
Hogar	0	0,0%	9	15,3%	12	20,3%
Ninguno	0	0,0%	3	5,1%	2	3,4%
Trabaja	2	3,4%	14	23,7%	9	15,3%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La mayor puntuación para la dimensión responsabilidad en salud según el tipo de religión fue “a veces” con el 54,2%, siendo los participantes católicos el (23,7%), seguido por las personas que no practican ningún tipo de religión 18,6%. La frecuencia en segundo lugar fue “frecuentemente” con el 40,7%, de los cuales el 22,0% se refiere a los participantes que son católicos. Tabla 46.

Tabla 46. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según la religión

Religión	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Adventista	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Católica	1	1,7%	14	23,7%	13	22,0%
Cristiana	1	1,7%	5	8,5%	3	5,1%
Cristiana evangélica	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Mormona	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Ninguna	1	1,7%	11	18,6%	7	11,9%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el ciclo vital familias, la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con el 54,2%, de los cuales las familias en plataforma de lanzamiento fueron quienes más puntuaron (14,3%), seguido por las familias con hijos preescolares y escolares con un 8,5% respectivamente. En segundo lugar se encuentra la frecuencia “frecuentemente” 40,7%, de los cuales el 18,6% hace referencia a la familia con hijos adolescentes. Tabla 47

Tabla 47. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según el ciclo vital

Ciclo vital familiar	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Formación de la pareja	0	0,0%	2	3,4%	1	1,7%
Crianza inicial de los hijos	0	0,0%	3	5,1%	1	1,7%
Familia con hijos preescolares	0	0,0%	5	8,5%	3	5,1%
Familia con hijos escolares	0	0,0%	5	8,5%	3	5,1%
Familia con hijos adolescentes	1	1,7%	4	6,8%	11	18,6%
Familia en plataforma de lanzamiento	2	3,4%	9	14,3%	2	3,4%
Familia edad media	0	0,0%	3	5,1%	2	3,4%
Familia anciana	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el tipo de familia, la frecuencia con mayor puntuación para la dimensión responsabilidad en salud fue “a veces” (54,2%), de donde se destaca que el 23,7% son las familias nucleares completas, seguido por las familias nucleares incompletas con el 11,9%. La frecuencia en segundo lugar fue “frecuentemente” con el 40,7%, puntuando en la mayor la familia nuclear (16,9%), seguido por la familia extensa incompleta. Tabla 48

Tabla 48. Distribución de la puntuación de la dimensión responsabilidad con la salud según el tipo de familia

Tipo de familia	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Extensa completa	1	1,7%	1	1,7%	4	6,8%
Extensa incompleta	1	1,7%	3	5,1%	5	8,5%
Jefe y otro pariente	0	0,0%	1	1,7%	2	3,4%
Nuclear completa	1	1,7%	14	23,7%	10	16,9%
Nuclear incompleta	0	0,0%	7	11,9%	2	3,4%
Pareja sin hijos	0	0,0%	4	6,8%	0	0,0%
Unipersonal	0	0,0%	2	3,4%	1	1,7%
Total	3	5,1%	32	54,2%	24	40,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

7.2.6 Dimensión manejo del estrés. De la dimensión manejo del estrés según los grupos etarios, se deduce que la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con el 61,0%, en donde el grupo etario más predominante fue 30 a 39 años (23,7%), seguido por el grupo de 20 a 29 (20,3%). la frecuencia en segundo lugar es “frecuentemente” con 23,7%, de estos los participantes que se encuentran entre los 30 a 39 años son los de mayor proporción (6,8%), seguido por los del grupo etario de 20 a 29 años (5,1%). Tabla 49

Tabla 49. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la edad

Edad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
<20	1	1,7%	1	1,7%	1	1,7%
20-29	2	3,4%	12	20,3%	3	5,1%
30-39	2	3,4%	14	23,7%	4	6,8%
40-49	2	3,4%	3	5,1%	2	3,4%
50-59	1	1,7%	6	10,2%	1	1,7%
60-69	1	1,7%	0	0,0%	1	1,7%
70-79	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
80-89	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Total	9	15,3%	36	61,0%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la tabla 50 se deduce que la frecuencia con mayor proporción dentro de la dimensión manejo del estrés fue “a veces” con el 61,0% de los cuales las mujeres representan el 50,8%. La frecuencia “frecuentemente” fue la segunda (23,7%) de los cuales 16,9% representaron al género femenino.

Tabla 50. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el género

Género	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	6	10,2%	30	50,8%	10	16,9%
Masculino	3	5,1%	6	10,2%	4	6,8%
Total	9	15,3%	36	61,0%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Referente al estado civil dentro de la dimensión manejo del estrés la frecuencia con mayor puntuación fue “a veces” de la cual se destaca que las personas que viven en unión libre fueron los de mayor proporción (28,8%), seguido por los solteros (16,9%). La frecuencia en segundo lugar fue “frecuentemente” con el

23,7%, de los cuales los que conviven en unión libre fueron los de mayor proporción (8,5%), la segunda más puntuada fueron los solteros (6,8%). Tabla 51.

Tabla 51. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el estado civil

Estado civil	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Soltero	1	1,7%	10	16,9%	4	6,8%
Casado	4	6,8%	5	8,5%	2	3,4%
Separado	1	1,7%	4	6,8%	2	3,4%
Viudo	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Unión libre	3	5,1%	17	28,8%	5	8,5%
Total	9	15,3%	36	61,0%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

De la escolaridad es deducible que la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con el 61,0% de los que se destacan las personas que han culminado la secundaria siendo el mayor porcentaje (28,8%), en segundo lugar se encontraron las personas que no culminaron la secundaria (8,5%) y las personas que cursaron el nivel técnica y tecnológico (8,5%). La segunda frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” con el 23,7%, de los cuales el 11,9% pertenece a los que culminaron la secundaria. Tabla 52

Tabla 52. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la escolaridad

Escolaridad	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Ninguna	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Primaria completa	1	1,7%	2	3,4%	1	1,7%
Primaria incompleta	0	0,0%	4	6,8%	2	3,4%
Secundaria completa	2	3,4%	17	28,8%	7	11,9%
Secundaria incompleta	4	6,8%	5	8,5%	2	3,4%
Técnica o tecnóloga	0	0,0%	5	8,5%	0	0,0%
Universitario	2	3,4%	3	5,1%	1	1,7%
Total	9	15,3%	36	61,0%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

La frecuencia con mayor proporción para la dimensión manejo de estrés según el tipo de ocupación fue “a veces” con el 61,0% y la mayor proporción correspondió a quienes se dedican a las labores del hogar (28,8%), proseguido por los que trabajan (22,0%). En segundo lugar se encontró la frecuencia “frecuentemente” de donde se destacan las personas que trabajan con el 10,2%. Tabla 53

Tabla 53. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la ocupación

Ocupación	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Estudia	0	0,0%	5	8,5%	1	1,7%
Estudia y trabaja	1	1,7%	1	0,0%	0	0,0%
Hogar	1	1,7%	17	28,8%	3	5,1%
Ninguno	1	1,7%	0	0,0%	4	6,8%
Trabaja	6	10,2%	13	22,0%	6	10,2%
Total	9	15,3%	36	61,0%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el tipo de religión para la dimensión manejo del estrés, la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con el 60,1% de los cuales la mayor proporción correspondió al grupo religioso católico (27,1%), seguido por los que no practican ninguna religión (23,7%). La frecuencia en segundo lugar fue “frecuentemente” de los cuales las personas que practican el catolicismo representan la mayor proporción (10,2%) seguido por los que no pertenecen a ningún tipo de grupo religioso (6,8%). Tabla 54

Tabla 54. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según la religión

Religión	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Adventista	0	0,0%	1	1,7%	0	0,0%
Católica	6	10,2%	16	27,1%	6	10,2%
Cristiana	2	3,4%	5	8,5%	2	3,4%
Cristiana evangélica	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Mormona	0	0,0%	0	0,0%	1	1,7%
Ninguna	1	1,7%	14	23,7%	4	6,8%
Total	9	15,3%	36	60,1%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Según el ciclo vital de la familia para la dimensión manejo del estrés, la frecuencia con mayor proporción fue “a veces” con el 61,0%, representando en un 15,3% por las familias con hijos adolescentes y seguido por las familias en plataforma de lanzamiento con el 11,9%. La segunda frecuencia más puntuada “frecuentemente” con el 23,7% de los cuales las familias con hijos adolescentes y las familias en plataforma de lanzamiento representan el 8,5% cada una. Tabla 55.

Tabla 55. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el ciclo vital

Ciclo vital familiar	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Formación de la pareja	0	0,0%	3	5,1%	0	0,0%
Crianza inicial de los hijos	0	0,0%	4	6,8%	0	0,0%
Familia con hijos preescolares	2	3,4%	5	8,5%	1	1,7%
Familia con hijos escolares	2	3,4%	5	8,5%	1	1,7%
Familia con hijos adolescentes	2	3,4%	9	15,3%	5	8,5%
Familia en plataforma de lanzamiento	1	1,7%	7	11,9%	5	8,5%
Familia edad media	1	1,7%	3	5,1%	1	1,7%
Familia anciana	1	1,7%	0	0,0%	1	1,7%
Total	9	15,3%	36	61,0%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

Del tipo de familia, la frecuencia con mayor puntuación para la dimensión manejo del estrés fue “a veces” con el 61,0% correspondiendo a las familias nucleares completas con el 22,0%, seguido por la familias extensas incompletas con un porcentaje de 11,9%. La segunda frecuencia más puntuada fue “frecuentemente” 23,7% de los cuales el 11,9% pertenece a las familias nucleares completas. Tabla 56.

Tabla 56. Distribución de la puntuación de la dimensión manejo del estrés según el tipo de familia

Tipo de familia	Nunca		A veces		Frecuentemente	
	n	%	n	%	n	%
Extensa completa	1	1,7%	3	5,1%	2	3,4%
Extensa incompleta	0	0,0%	7	11,9%	2	3,4%
Jefe y otro pariente	1	1,7%	2	3,4%	0	0,0%
Nuclear completa	5	8,5%	13	22,0%	7	11,9%
Nuclear incompleta	1	1,7%	6	10,2%	2	3,4%
Pareja sin hijos	0	0,0%	3	5,1%	1	1,7%
Unipersonal	1	1,7%	2	3,4%	0	0,0%
Total	9	15,3%	36	61,0%	14	23,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en la investigación

8. DISCUSIÓN

8.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INFORMANTES PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN Y SUS FAMILIAS

Los resultados de esta investigación señalan que la mayoría de los participantes son mujeres y personas con edades entre los 30 y los 39 años, cuyo estado civil predominante fue la unión libre, que cursaron la secundaria completa, dedicadas a trabajar, practicantes del catolicismo y pertenecientes a familias nucleares completas en la etapa con hijos adolescentes.

Dicha información es semejante a la encontrada en el Análisis de Situación en Salud de Villavicencio 2013, ya que allí se evidencia que el género femenino predomina entre los habitantes de Villavicencio, como también que la gran mayoría de personas tiene entre 24 a 59 años, siendo así congruente con este estudio. (10)

En los hogares colombianos es representativa la jefatura femenina, tal como lo demuestra la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2010, señalando que el 34% de la jefatura de los hogares está a cargo de las mujeres, lo que es similar a lo encontrado en la actual investigación. Referente a la edad también dicha encuesta refleja que el mayor porcentaje de personas se encuentran entre los 15 y los 64 años siendo el 64%, lo cual coincide con los hallazgos en esta investigación. (38)

Similar a lo que se encontró en esta investigación, en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud las familias predominantes son las nucleares completas con el 35%, a la vez esta encuesta señala que las regiones con mayor predominio de hogares unipersonales son la Amazonia y la Orinoquia (13%), lo cual contrasta con los resultados obtenidos en la actual investigación dado que la mayoría de los hogares son nucleares ya sea completos o incompletos. (38)

En cuanto al nivel educativo, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud reporta que en Colombia el 40% de la población masculina tiene educación secundaria, de los cuales el 23% la cursó de forma incompleta y el 17% completa; siendo así el nivel educativo con mayor proporción, tendencia que coincide con lo hallado en esta investigación. (38)

8.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS DIMENSIONES DE LAS CONDUCTAS PROMOTORAS DE SALUD

La dimensión crecimiento espiritual obtuvo la mayor proporción en la categoría “frecuentemente”, que de acuerdo con Pender, favorece la movilización de los recursos internos en la búsqueda de la paz interior, la conexión, la armonía y la plenitud con el medio; esta dimensión favorece la búsqueda de un propósito de la vida. (17) Por lo tanto se puede afirmar que las familias participantes en esta investigación tienen una creencia en una fuerza espiritual superior lo que favorece su bienestar y les ayuda a planear el futuro, lo cual concuerda con el hecho de que la mayoría (84,7%) son participes de algún grupo religioso. De igual forma se presentó el fenómeno en un estudio realizado en la ciudad de Cali con estudiantes de una institución de educación superior en el que el 61,7% presentó un alto promedio en la conducta espiritualidad. (31)

La dimensión relaciones interpersonales es definida por Nola Pender como la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía en las relaciones significativas, a cambio de las más informales, con los demás. Comunicación implica el intercambio de pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales. (17) Esta dimensión obtuvo su mayor proporción en “frecuentemente”, lo que quiere decir que las familias participantes en el estudio, tiene fuertes lazos de comunicación entre los miembros de la misma, esto les ayuda a la comprensión y entendimiento entre ellos.

En el estudio con estudiantes de Cali (31) se evidenció un promedio alto en la dimensión relaciones interpersonales y en un estudio realizado en la sede Orinoquia de la Universidad Nacional de Colombia, (39) concluyeron evidenciaron que las personas acuden “frecuentemente” o “algunas veces”, a las personas allegadas a ellos en busca de apoyo para solucionar los problemas o comentar las preocupaciones.

La nutrición según Nola Pender implica la experiencia en la selección y el consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con las directrices de la Guía Pirámide de Alimentos. (17) En esta dimensión la frecuencia más puntuada fue “a veces”, (61,0%) lo que significa que en ocasiones los miembros de las familias son conscientes de los alimentos que deben consumir para mantener un adecuado bienestar físico. En el estudio realizado en estudiantes de enfermería en Cali se observó que el 58,4% de los participantes del estudio consumían de 2 a 4 porciones de frutas todos los días. (31)

De acuerdo con la ENSIN el consumo de frutas y verduras en Colombia, por parte de las personas entre 5 y 64 años no suele ser diario, siendo los adultos de 31 a 64 años los que con menor frecuencia las consumen representando el 38%, las

mujeres son las que con mayor frecuencia consumen frutas; en el área urbana el 69,5% consumen frutas, mientras que en la rural el 58,5%, la regiones con menos consumo de frutas fueron la Orinoquia y Amazonia. El 71,9% de colombianos, no consumen verduras u hortalizas diarias, y esto es más evidente entre los menores de 18 años, las mujeres consumen hortalizas con mayor frecuencia que los hombres, en la zona urbana el consumo es mayor (29,9%) que en la rural (22,8%). (40)

Para Nola Pender la actividad física implica la participación regular en una actividad ligera, moderada y / o vigorosa, la cual puede ocurrir dentro de un programa planificado y supervisado por el bien de la aptitud y la salud o dicho sea de paso, como parte de las actividades de la vida o de ocio diarios. (17) En esta investigación, la frecuencia con mayor proporción fue “nunca”, esto quiere decir que las familias no tienen rutinas de actividad física que benefician la salud. Lo cual difiere con una investigación con estudiantes de enfermería en el que se evaluó la dimensión actividad física y se observó que el 43,5% de los estudiantes algunos veces realizaban actividades físicas como nadar, bailar, caminar. Este contraste entre los dos estudios puede darse por las diferencia de edades y ocupación de los encuestados. (32)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación en Salud 2010, uno de cada tres colombianos camina como medio de transporte, una de cada cinco personas realiza actividad física en los tiempos libres y una de cada dieciocho personas monta en bicicleta. Las mujeres son las que menos realizan actividad física. La prevalencia de cumplir con la realización de actividad física fue mayor en los departamentos de Cauca, Nariño, Boyacá, Cundinamarca y Meta. (40)

En la investigación realizada por Elizondo sobre la prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en una población de 18 a 65 años de Pamplona, se reveló que las mujeres son más sedentarias con un porcentaje del 76,6%, frente a un 56,7% de los hombres. También muestra que al incrementar la edad de las personas, aumenta el sedentarismo siendo mayor el porcentaje en las mujeres (86,3%) y concluyeron que se incrementa conforme el nivel educativo disminuye. (22)

Responsabilidad con la salud implica un sentido activo de responsabilidad para el propio bienestar. Incluye prestar atención a la propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud, y ejercitarse en el consumo de información para la salud y cuándo buscar ayuda profesional según Nola Pender. (17) Para dicha dimensión la frecuencia con mayor proporción (54,2%) fue “a veces”, lo que significa que las familias participantes en esta investigación en ocasiones se preocupan y le toman importancia a la propia salud o buscar información que les ayude a mejorarla, lo que resulta similar con el estudio realizado por Triviño, en el cual se concluyó que esta dimensión era asumida por el 50,5% de los participantes. (31)

Manejo del estrés implica la identificación y movilización de recursos psicológicos y físicos para controlar con eficacia o reducir la tensión. (17) Esta dimensión fue puntuada con mayor frecuencia en “a veces”, estas familias pocas veces son capaces de controlar las situaciones que les generan estrés, fenómeno que se da también en el estudio de Laguado y Gómez en donde un 42,6 % de los evaluados refieren que algunas veces toman algún tiempo para relajarse en el día. (32)

En el estudio realizado por Meza sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en una empresa transnacional en el periodo 2005-2008, se encontró que según las características sociodemográficas la mayor parte de los participantes eran hombres, respecto a la edad la mayoría se encontró en el rango de edad de 18 a 31 años. Con respecto a las patologías la de mayor incidencia en esa la población fue el asma con un 9,8%, seguido por la obesidad 8,8%, las alergias representaron un 7,9%, la diabetes Mellitus correspondió al 7,3% y la hipertensión arterial al 7,6%; estas dos últimas enfermedades tienen relación con la genética de los participantes y su estado de obesidad que a la vez son desencadenados por los estilos de vida impropios de las personas como lo son los inadecuados hábitos alimenticios, falta de ejercicio físico. (23)

Al explorar sobre los estilos de vida, encontraron que la mayor parte de los y las participantes en el estudio de Meza, expresaron tener horarios regulares de alimentación. Así mismo, se destacó que dentro de los alimentos de mayor consumo para todos los grupos estudiados, estuvieron las harinas, los alimentos de origen animal y las grasas; además se encontró un consumo disminuido de frutas, verduras y leguminosas en la mayoría de la población. (23)

Sobre el deporte y la recreación en dicha investigación, más de la mitad de la población realizaba algún tipo de actividad física, siendo el grupo de Bodegas el que obtuvo el mayor porcentaje con un 78%, el segundo lugar lo ocuparon los trabajadores del área etiquetado, con un 64.4%. El 60% del personal de bodegas practicaba deporte y recreación, el personal administrativo lo hacía en un 56.6%, los trabajadores del área de transporte refirieron que practicaban estas actividades en el último lugar pues, solamente el 44.8% del grupo realiza ejercicio. (23)

9. CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados en esta investigación, los informantes familiares se caracterizaron por encontrarse entre el rango de edad de 30 a 39 años siendo en su gran mayoría mujeres y personas que conviven en unión libre, los cuales culminaron en nivel educativo de secundaria, estas personas se dedican a trabajar, son católicos y hacen parte de familias nucleares completas y en etapa de hijos con adolescentes.

Según los resultados las dimensiones en las que mejor desempeño obtuvieron las familias participantes en la investigación fueron crecimiento espiritual y relaciones interpersonales, las cuales fueron puntuadas en “frecuentemente”. Las dimensiones nutrición, responsabilidad con la salud y manejo de estrés fueron puntuadas en “a veces”, lo que significa que estas familias no tienen como rutina actividades que promuevan, mejoren o potencialicen dichas dimensiones. La dimensión con peor desempeño fue actividad física dado que los participantes refirieron en una alta proporción, “nunca” realizar actividades que promueven el adecuado estado físico.

Se puede concluir que las familias participantes en esta investigación tienen hábitos poco saludables, lo cual es notable en la alimentación y la actividad física, que se sabe puede favorecer la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles o el empeoramiento de las mismas.

De acuerdo con los resultados se destaca que las personas las personas entre los 20 y los 39 años, son los que menos actividad física practican, lo cual es preocupante porque son personas relativamente jóvenes, en etapa productiva, que puede darse por la escases de tiempo que les dejan su actividades laborales ya que la mayoría de los participantes en esta investigación refirieron trabajar.

Las personas participantes de esta investigación que viven en pareja ya sea casados o en unión libre, son los que más se preocupan por sus hábitos alimenticios y por el bienestar de su salud a pesar de puntuar la mayoría en la frecuencia “a veces”. En cuanto la dimensión manejo del estrés se destaca que principalmente son las personas que están en el hogar las que con frecuencia a veces manejan el estrés.

Como dato relevante se observó que solo dos dimensiones obtuvieron puntuación en la frecuencia de realización “rutinariamente” entendida como la realización de forma permanente, las cuales fueron crecimiento espiritual y relaciones interpersonales.

10. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Se observa que hay un déficit en la práctica o realización de actividad física, por lo que se recomienda a la IPS, fomentar estrategias que promuevan en los usuarios la realización de actividad física, ya que en esta sede de la entidad son atendidos los pacientes que padecen enfermedades crónicas, y el sedentarismo en este tipo de personas puede empeorar el cuadro clínico. Por otro lado se sugiere buscar tácticas que fortalezcan las dimensiones nutrición, responsabilidad en salud y manejo del estrés.

Es importante que desde la formación profesional se inculque el auto cuidado, así se crea el hábito, el deseo y las herramientas con las que se ayudará en un futuro a los pacientes.

El área de salud tiene como principal objetivo la prevención de enfermedades entre ellas las crónicas no transmisibles, que si bien son derivadas de una importante carga genética, también las condiciones de vida que llevan las personas conlleva a la aparición de estas; por tal razón es de gran importancia que el personal de salud esté debidamente capacitado, para que brinde la orientación adecuada y precisa sobre la prevención de enfermedades promoviendo los estilos de vida saludables.

Para la presente investigación se tomó como referente a un solo miembro de la familia, por lo que en futuras investigaciones sería importante tener en cuenta el resto de los miembros ya que el rango de edad, el tipo de ocupación podrían arrojar diferentes variables para las dimensiones.

Los resultados de la presente investigación solamente son aplicables a la muestra de participantes, y no son generalizables a la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud [Página principal en internet], Cali: Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela. SF [consultado 2 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>
2. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet], Washington: Obesidad y sobrepeso.2015 [consultado 2 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet], Washington: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.2016 [consultado 4 de marzo del 2016]. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/
4. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet], Washington: Alcohol. 2015 [consultado 4 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
5. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet], Washington: Tabaco. 2015 [consultado 4 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>
6. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet], Washington: Diabetes. 2015 [consultado 4 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
7. Organización Mundial de la Salud [Página principal en internet], Washington: Cáncer. 2015 [consultado 4 de marzo del 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
8. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [Página principal en internet] Nueva York: Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. 2014 [consultado 5 de marzo del 2016]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio de Consumo UN ODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UN_ODC.pdf)
9. Secretaría de Salud del Meta [Página principal en internet] Villavicencio: Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud. 2014 [consultado 5 de marzo de 2016]. Disponible en: http://saludmeta.gov.co/apc-aa-files/37353762653134633337613535333031/asis_meta_07_07_2014.pdf

10. Secretaría de Salud del Meta [Página principal en internet] Villavicencio: Análisis de Situación de Salud del Municipio de Villavicencio. 2013 [consultado 5 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.saludmeta.gov.co/apc-aa-files/37353762653134633337613535333031/asis_vcio-def.pdf
11. Wong de Liu C. Estilos de vida. Salud Pública 1 Weblog [Internet]. SF [Citado 2016 Marzo 7]. Disponible en: <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida-2012.pdf>
12. Ortiz L. Factores cognitivos perceptuales en estilod de vida de menores en circulacion esperimental diferencial. Cdigital [internet]. SF [Citado 2016 Marzo 7]. Disponible en: http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080071198/1080071198_02.pdf
13. Universidad de Murcia. Estilos de vida. [Internet] SF [Citado 2016 Marzo 9]. Disponible en: http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html
14. Universidad de Buenos Aires. Carta de Ottawa para la promoción de la salud.1986 [consultada 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
15. García M. una propuesta de construcción de modelos y proyectos de salud con las personas y para las personas. Avances en enfermería [En línea]. 2005 [citado 14 de marzo de 2016]. 53. [10 pantallas]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/36761/1/37757-167397-1-PB.pdf>
16. Aristizábal P, Blanco D, Sánchez A, Ostiguin R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería universitaria. [En línea]. 2011[Citado 2016 Marzo 10]. 16. [7 pantallas]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
17. Walker S, Sechrist K, Pender N. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [En línea] 1995 [Citado 2016 Marzo 12]. Disponible en: <https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021. 2013 [Consultado 16 de marzo del 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
19. Ministerio de la Protección Social. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública. 2007 [Consultado 16 de marzo del 2016]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf>

20. Ley 1355/2009 de 14 de octubre. Diario Oficial, n° 47.502, (2009). Disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm

21. Ley 1335/2009 de 21 de julio. Diario Oficial, n°47417, (2009). Disponible en: <http://media.utp.edu.co/atencionalciudadano/archivos/Ley%201335%20de%202009.pdf>

22. Elizondo J, Guillén F, Aguinaga I. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. Revista Española Salud Pública [En línea]. 2005. [Citada 2016 Marzo 19]; 559. [9 Pantallas]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n5/original4.pdf>

23. Meza M, Miranda G, Núñez N, Orozco U, Quiel S, Zúñiga G. Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. Enfermería en Costa Rica [En línea]. 2011[Citado 2016 Marzo 19]; 51. [8 pantallas]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>

24. Pastor Y, Belaguer I, Garcia M. Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. Psicothema [En línea]. 2006 [Citado 2016 Marzo 13]; 18. [7 pantallas]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3170.pdf>

25. Rodríguez A, Goñi A, Ruiz de Azúa S. Autoconcepto físico y estilos de vida en la adolescencia. Intervencion Psicosocial [En línea]. 2006 [Citado 2016 Marzo 12]; 81.[14 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n1/v15n1a06.pdf>

26. Quirantes J, López R, Hernández E, Perez S. Estilos de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. Revista Cubana de Salud Pública [En línea]. 2009 [Citado 2016 Marzo 23]; 1. [8 pantallas]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v35n3/spu14309.pdf>

27. Garcia D, Garcia G, Tapiero Y. Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. Revista Hacia la Promoción de la Salud. [En línea]. 2012 [Citado 2016 Abril 2]; 170. [18 pantallas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126826012.pdf>

28. Gutiérrez F. Estilos promotores de salud y Funcionamiento familiar. Comuna de Hualpén, Región del BíoBío, Chile. Cuaderno Médico Social Chile. [En

línea]. 2013 [Citado 2016 Abril 21]; 33. [9 Pantallas]. Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2013%5C53%5C1%5C53_1_4.pdf

29. Salazar C, Arrivillaga Q. El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de jóvenes universitario. Revista Colombiana de Psicología. [En línea]. 2004 [Citado 2016 Abril 20]; 74. [17 Pantallas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/804/80401309.pdf>

30. Sanabria P, Gonzalez L, Urrego D. Estilos de vida saludables en profesionales de la salud Colombianos. Estudio exploratorio. Revista Med. [En línea]. 2007 [Citado 2016 Abril 23]; 207. [10 Pantallas]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=91015208>

31. Triviño z. conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. Aquichan. [En línea] 2012 [Citado 2016 Abril 9]; 275. [11 pantallas]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a07>

32. Laguado E, Gómez M. Estilos de vida saludable en estidiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. Hacia la Promoción de la Salud. [En línea] 2014.[Citado 2016 Marzo 30]; 68. [16 Pantallas]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>

33. Moreno W. El IPAQ como instrumento de medición del nivel de la actividad física en un programa de pausas activas, hábitos y estilos de vida saludables en los administrativos de la Universidad de los Llanos. [Trabajo de Grado]:Villavicencio: Universidad de los Llanos.; 2014.

34. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. [En línea] 1997. [Citado 2016 Marzo 24]. Disponible en: <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cecades/metodologia-de-la-investigacion.pdf>

35. Villavicencio unidos podemos todos [Página principal en internet], Villavicencio: Información general; SF [Actualizada en agosto del 2012; acceso 24 Abril del 2016]. Disponible en: http://www.villavicencio.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=98&Itemid=188

36. Empresa Social del Estado [Página principal de internet], Villavicencio: ¿Dónde me atienden?; SF [Actualizada el 20 abril 2016; acceso 20 de Abril del 2016]. Disponible en: <http://www.esedevillavicencio.gov.co/ws/?seccion=100>

37. Departamento Nacional de Planeación. Página principal de internet], Bogotá: Meta; SF [Consultado 23 abril del 2016]. Disponible en:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Meta%202015.pdf>

38. Profamilia. [Página principal de internet], Colombia: encuesta nacional de demografía y salud 2010; SF [Consultado 18 noviembre del 2016]. Disponible en: <http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/ends-2010.pdf>

39. Chaparro Diaz L. Universidad saludable a partir del analisis de los estilos de vida de la comunidad universitaria de la sede oriniquia-universidad nacional de colombia. [En línea] 2014. [Citado 2016 Nobiembre 12]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45933/1/UNIVERSIDAD%20SALUDABLE%20A%20PARTIR%20DEL%20AN%C3%81LISIS%20DE%20LOS%20ESTILOS%20DE%20VIDA.pdf>

40. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. [Página principal de internet], Colombia: Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010; SF [Consultado 19 noviembre del 2016]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/bienestar/nutricion/ensin/LibroENSIN2010.pdf>

ANEXOS

Anexo A. Cuestionario de estilos de vida



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Instrumento Health Promoting Lifestyle Profile versión II (HPLP II) Español

CUESTIONARIO DEL ESTILOS DE VIDA II

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 respuesta correcta:

N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente

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



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

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

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995.
 Reproduction without the author's express written consent is not permitted. Permission to use this scale may be obtained from:
 Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.

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

Anexo B. Encuesta de caracterización sociodemográfica



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Encuesta de características sociodemográficas y familiares

Código de la familia: _____

Instrucción: a continuación encuentra una serie de preguntas que tienen el propósito de permitir una descripción acerca de sus características sociales y familiares. No hay respuesta buena ni mala, solo se trata de su realidad. Tenga en cuenta que no le pedimos que se identifique por cuanto, sus datos son confidenciales.

Características demográficas del informante

Edad en años cumplidos: _____ Género: Masculino ____ Femenino ____

Nivel de escolaridad: Ninguna ____ Primaria incompleta ____

Primaria completa ____ Secundaria incompleta ____ Secundaria

Completa ____

Técnica o tecnológica ____ Universitaria ____ Posgrado ____

Ocupación: Ninguna ____ Hogar ____ Trabaja ____ Estudia ____

Estudia y trabaja ____

Características de la familia

Miembros de la familia: NO escribir nombres de ninguno de los integrantes sino, el parentesco:

Parentesco: padre, madre, hijo 1, hijo 2, hijo 3, hijo 4, abuelo, abuela, tío, tía, sobrino, primo, cuñado, nuera, yerno, etcétera.	EDAD (años)	GÉNERO		CVF No diligenciar	TIPO No diligenciar
		Femenino	Masculino		



ETAPA DEL CICLO VITAL FAMILIAR ¹

- ___ Etapa 1: Formación de la pareja (hasta el momento del primer hijo)
- ___ Etapa 2: Crianza inicial de los hijos (hasta los 30 meses del primer hijo)
- ___ Etapa 3: Familia con niños preescolares (hasta los 6 años del primer hijo)
- ___ Etapa 4: Familia con niños escolares (hasta los 13 años del primer hijo)
- ___ Etapa 5: Familia con hijos adolescentes (hasta los 20 años del primer hijo)
- ___ Etapa 6: Familia en plataforma de lanzamiento (hasta que el último hijo sale de la casa)
- ___ Etapa 7: Familia d edad media (hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja)
- ___ Etapa 8: Familia anciana (hasta la muerte de uno de ambos miembros de la pareja)

TIPOLOGÍA FAMILIAR²:

1. NUCLEAR:

UNIPERSONAL: vive solo una persona

NUCLEAR COMPLETA: ambos padres y los hijos (solo dos generaciones, no nietos)

NUCLEAR INCOMPLETO: faltan el padre o la madre y viven los hijos (solo dos generaciones, no nietos)

PAREJA SIN HIJOS: parejas jóvenes o viejas, sin hijos en el hogar.

2. EXTENSA:

EXTENSA COMPLETA: la pareja con hijos vive con otras personas de la familia (abuelos, nietos, primos, tíos, sobrinos)

EXTENSA INCOMPLETA: el o la jefe sin cónyuge vive con sus hijos y otros parientes (abuelos, nietos, tíos, sobrinos, primos)

PAREJA SIN HIJOS CON PARIENTES: parejas sin hijos en el hogar y otros parientes

JEFE Y OTROS PARIENTES: vive el jefe sin hijos con otros parientes

3. COMPUESTA: familia compuesta por parientes y **no parientes**.

NOTA: Esto no es para diligenciar con el informante familiar sino por el equipo de investigación, con la información del recuadro.

¹ Duvall, E. Etapas del Ciclo vital familiar (Modificado por Duvall). En: Salud Familiar. Florenzano Urzoa R. y otros. Santiago de Chile. Primera edición. Editorial Corporación de Promoción universitaria. 1986 p.79

² PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y salud 2010. URL disponible en: http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=48&limitstart=1

Anexo C. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA

Consentimiento informado para participar en la investigación "Análisis de los factores condicionantes de estilos de vida saludable en familias vinculadas a una institución de salud en Villavicencio".

Respetado participante, de manera atenta le estoy invitando a expresar de forma escrita, su voluntad de hacer parte en la presente investigación, cuyo objetivo es: analizar los factores que condicionan la generación, cambio y el mantenimiento de los estilos de vida saludable de las familias vinculadas a una institución de salud de Villavicencio, a la luz de un Modelo de Promoción de la salud.

De acuerdo con la legislación colombiana, esta es una investigación de bajo riesgo pues no se realizarán intervenciones terapéuticas, farmacológicas o psicológicas en usted o su familia.

Para el anterior fin, usted de manera libre expresa que ha sido informado y está de acuerdo con los siguientes aspectos:

1. Su participación, consiste en el aporte de la información diligenciamiento de dos encuestas escritas, que serán suministradas por el equipo investigador, dando respuesta con su opinión sobre lo que se pregunta en cada una de ellas.
2. No se le realizará a usted o a su familia ninguna intervención o procedimiento terapéutico o farmacológico como parte de esta investigación.
3. Su identidad será mantenida en anonimato, de tal forma que será identificado con un código y no con su nombre u otro dato identificatorio.
4. Será el equipo investigador el responsable de recolectar y custodiar los cuestionarios para procesar la información, con fines académicos y de investigación.
5. Puede retirarse voluntariamente de participar en la investigación, en el momento en que lo desee, solo con manifestar a la investigadora su decisión y esto no influirá ni en los tratamientos que está recibiendo ni en su relación con la ESE Municipal, ni tampoco implica el pago de alguna multa o sanción.
6. No recibirá pago económico o en especie por su participación en la investigación
7. Al firmar este documento estoy autorizando a la investigadora Edna Fabiola Galán González, para usar la información respondida en las encuestas con fines académicos.

Yo _____,
identificado con cédula de ciudadanía n° _____ he
decidido participar libremente en la investigación y declaro que conozco los objetivos
y la clase de riesgo que ésta tiene.

FECHA: _____

FIRMA DEL PARTICIPANTE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD

FIRMA DE LA INVESTIGADORA PRINCIPAL
EDNA FABIOLA GALÁN GONZÁLEZ

Anexo D. Permiso de Autor



COLLEGE OF NURSING
Community-Based Health Department

985330 Nebraska Medical Center
Omaha, NE 68198-5330
402/559-6382
Fax: 402/559-6379

Dear Colleague:

Thank you for your interest in the *Health-Promoting Lifestyle Profile II*. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* became available in 1987 and has been used extensively since that time. Based on our own experience and feedback from multiple users, it was revised to more accurately reflect current literature and practice and to achieve balance among the subscales. The *Health-Promoting Lifestyle Profile II* continues to measure health-promoting behavior, conceptualized as a multidimensional pattern of self-initiated actions and perceptions that serve to maintain or enhance the level of wellness, self-actualization and fulfillment of the individual. The 52-item summated behavior rating scale employs a 4-point response format to measure the frequency of self-reported health-promoting behaviors in the domains of health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations and stress management. It is appropriate for use in research within the framework of the Health Promotion Model (Pender, 1987), as well as for a variety of other purposes.

The development and psychometric evaluation of the English and Spanish language versions of the original instrument have been reported in:

- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76-81.
- Walker, S. N., Volkan, K., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1988). Health-promoting lifestyles of older adults: Comparisons with young and middle-aged adults, correlates and patterns. *Advances in Nursing Science*, *11*(1), 76-90.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, *39*(5), 268-273.

Copyright of all versions of the instrument is held by Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN, Karen R. Sechrist, PhD, RN, FAAN and Nola J. Pender, PhD, RN, FAAN. The original *Health-Promoting Lifestyle Profile* is no longer available. You have permission to download and use the HPLPII for non-commercial data collection purposes such as research or evaluation projects provided that content is not altered in any way and the copyright/permission statement at the end is retained. The instrument may be reproduced in the appendix of a thesis, dissertation or research grant proposal. Reproduction for any other purpose, including the publication of study results, is prohibited.

A copy of the instrument (English and Spanish versions), scoring instructions, an abstract of the psychometric findings, and a list of publications reporting research using all versions of the instrument are available for download.

Sincerely,

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "S. Walker".

Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN
Professor Emeritus

Anexo E. Permiso de la ESE Municipal



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Cra 42 No 33-24 BARZAL ALTO
Conmutador (098) 661410
NIT: 822.002.459-8



220.26-323

Villavicencio, 26 de Febrero de 2016.

Enfermera
EDNA FABIOLA GALAN GONZALEZ.
Docente Programa de Enfermería
Escuela de salud pública
Universidad de los Llanos – Sede San Antonio.
Calle 37 No 41-02 Barrio Barzal.

Cordial saludo.

Mediante la presente nos permitimos informar que se ha autorizado la ejecución de la Investigación "Análisis de los factores condicionantes de estilos de vida Saludable en familias vinculadas a una Institución de salud" con pacientes del Centro de salud del Barzal, la enfermera de Promoción y Prevención Karol Cepeda es la profesional a la que se pueden dirigir para todo lo relacionado con el manejo de los procesos en el Centro de Salud.

Cordialmente,

PATRICIA ANDREA ROJAS BONILLA.
Subdirectora Científica
ESE Municipal.

DIANA MAYERLI SANDOVAL DURAN
Coordinadora de P y P.
ESE Municipal

Proyecto Leydy J. Barbosa
Enfermera P y P