



# ESTILOS DE VIDA DE LAS MUJERES DE OCUILAPA DE JUÁREZ, OCOZOCOAUTLA, CHIAPAS

LIFESTYLES OF WOMEN OCUILAPA OF JUAREZ, OCOZOCOAUTLA, CHIAPAS

Vidalma del Rosario  
Bezares-Sarmiento<sup>1\*</sup>,  
Sara Márquez-Rosa<sup>2</sup>,  
Olga Molinero-González<sup>2</sup>,  
Arturo Jiménez-Cruz<sup>3</sup> y  
Montserrat Bacardi-Gascón<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Ciencias de la Nutrición y Alimentos. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, Libramiento Norte s/n, col. Lajas Maciel, Edificio 11. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, C.P. 29000.  
<sup>2</sup>Departamento de Educación Física y Deportiva. Universidad de León, España, Campus de Vegazana, León, España, 24071.  
<sup>3</sup>Facultad de Medicina y Psicología. Universidad Autónoma de Baja California, Calzada Universidad 14418, Mesa de Otay, Tijuana, Baja California, México, C.P. 22390.

\*Autora para correspondencia: [vidalmabezares@hotmail.com](mailto:vidalmabezares@hotmail.com) / [vidalmabs@yahoo.com.mx](mailto:vidalmabs@yahoo.com.mx)

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2013 / Fecha de aceptación: 7 de febrero de 2014.

## RESUMEN

El papel de la mujer es trascendente en la formación y educación de hábitos de una vida saludable. La presente investigación tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de las mujeres de la localidad de Ocuilapa de Juárez del municipio de Ocozocoautla, en Chiapas, México, en función de la edad. La muestra fue conformada por 754 mujeres rurales de 16 a 80 años. Se aplicó el Cuestionario Perfil de Estilos de Vida (PEPS-1) con seis escalas:

responsabilidad en salud, manejo de estrés, soporte interpersonal, auto-actualización, nutrición y ejercicio. Asimismo, se evaluaron las actividades habituales recreativas y de ocio de las mujeres. En los resultados se observó que la media más alta está en auto-actualización y soporte interpersonal. El coeficiente de Pearson indica relación entre auto-actualización y soporte interpersonal ( $R^2= 0.67$   $P < 0.001$ ); así como entre responsabilidad en salud y manejo de estrés ( $R^2= 0.66$   $P < 0.001$ ). Se observaron

diferencias significativas en responsabilidad en salud y manejo de estrés en los rangos de edad de 18 a 40 años, 41 a 60 años y  $> 60$  años ( $P < 0.05$ ). Las mujeres de 18 a 40 años presentaron los porcentajes más altos con respecto a actividades cotidianas del hogar y recreación limitada a ver televisión. El perfil de las mujeres entrevistadas en el presente estudio fue: mayoritariamente sedentarias, dedicadas a las labores propias del hogar y a la atención de la familia, sin adicciones. Presentaron falta de conocimiento sobre

manejo de estrés y responsabilidad en salud. Además, desconocían la importancia de realizar ejercicio como prevención de enfermedades crónicas y no mostraron interés en mantenerse actualizadas en conocimientos de la salud.

**PALABRAS CLAVE:** mujeres, vida rural, pobreza, estilo de vida.

## ABSTRACT

The role of women is significant in the training and education of healthy lifestyle habits. This research aimed at determining the age-related lifestyles of local women of Juarez de Ocuilapa, of the municipality of Ocozocoautla in Chiapas, Mexico. The sample was comprised of 754 rural women aged 16 to 80 ( $M + Sd = 38.63 + 13.96$ ). The study used the Lifestyle Profile Questionnaire (PEPS-1) with six scales: responsibility in health, stress management, interpersonal support, self-actualization, nutrition and exercise. Usual recreational and leisure activities of women were also assessed. Results show that the highest average was for self-actualization and interpersonal support. Pearson coefficient indicated relationships between self-actualization and interpersonal support ( $R^2 = 0.67 P < 0.001$ ); and between responsibility in health and stress management ( $R^2 = 0.66 P < 0.001$ ). Significant differences were found in responsibility for health and stress management in age groups of 18 to 40 years, 41 to 60 years and  $> 60$  years ( $P < 0.05$ ). Women aged 18 to 40 had the highest percentages for household activities and recreation, limited to watching television. The profile of the women in the study was: mostly sedentary, dedicated to housework and family care, without addictions. Women showed lack of knowledge about stress management and responsibility in health. In addition, they did not know the importance of exercise in the prevention of chronic diseases and they were not interested in updating their health knowledge.

**KEYWORDS:** women, rural life, poverty, lifestyle.

## INTRODUCCIÓN

El estilo de vida es una construcción

humana, producto de la interacción entre factores genéticos, educativos, sociales, económicos y medioambientales (Guerrero y León, 2010). El ser humano es el responsable de su vida, salud, enfermedad e inclusive su muerte. Para lograr estilos de vida saludables, es importante considerar la recreación como práctica social, el juego, la convivencia con otras personas, el uso del tiempo libre y del ocio, porque proporcionan al usuario una condición de júbilo, alegría, emociones placenteras y agradables, la sensación de ser diferente y liberar las tensiones estresantes de la vida cotidiana (Arribas, 2000; Gerlero, 2005; Secretaría de Educación Pública, 2010).

Los avances de la tecnología en el siglo XXI han hecho la vida más cómoda y atractiva, con estilos de vida sedentarios y con un uso indiscriminado de la tecnología en el hogar y trabajo. Por otra parte, el acelerado ritmo de vida, deja poca posibilidad de cuidado personal y dedicación limitada a la atención de los hijos.

En México, la mujer se enfrenta a cambios importantes en su estilo de vida producidos por factores sociales, culturales, ambientales y económicos. Entre los patrones culturales modificados destacan el alterar horarios de alimentación, como omitir el desayuno y reemplazarlo por almuerzos a destiempo y abundantes; el abuso en el consumo de "comidas rápidas", con frecuencia ricas en lípidos y azúcares refinados y pobres en fibra y antioxidantes; el consumo de alimentos con alta densidad energética, precocidos e industrializados, alto consumo de refrescos embotellados gaseosos, con bajo consumo de agua natural; fenómeno que ha aumentado en los últimos 25 años (Casanueva y Rozada, 2005; Bolaños, 2009; Pardo y Kaufer, 2012). Estos hábitos alimenticios no saludables han incrementado patologías como hipertensión arterial, diabetes y obesidad; esta última denominada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "obesidad epidémica", y considerada como la primera epidemia no vírica del siglo.

La inactividad física, mantenida en el tiempo, constituye un riesgo notable para la salud. El análisis realizado de lo ocurrido durante trece años con respecto a la situación

de la obesidad en México, señala que en 1993 la obesidad en adultos era del orden del 21.5 %, en el 2000 del 24 %, y en 2006 del 30 %; observándose que la población mayor de 20 años es en quien se manifiesta una mayor tasa de obesidad. De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad incrementó de 25 % a 35.3 % y la obesidad de 9.5 % a 35.2 % (Cuevas y col., 2006; Gutiérrez y col., 2012).

Estudios sobre estilos de vida utilizando el enfoque epidemiológico de riesgo, han demostrado la relación entre el comportamiento individual y grupal, con la aparición de enfermedades como cáncer, cardiopatías, osteoporosis, estrés, enfermedad mental, así como su relación con conductas inapropiadas. La evidencia indica que el estilo de vida se asocia con mayor frecuencia al riesgo a padecer ciertas enfermedades prevenibles que pueden ser evitadas o retardadas si se modifican algunos hábitos de carácter cultural y físico (Novel, 2000).

El estilo de vida de las mujeres afecta su estado de salud, al adoptar conductas de riesgo relacionadas con adicciones, alteración de hábitos alimentarios, o cambios en la dinámica familiar, en muchas ocasiones producidos por migraciones de los hombres para mejorar las condiciones de vida familiar. En las mujeres rurales existe una notable percepción del riesgo de inseguridad alimentaria asociado a la pobreza y al racismo, lo cual interactúa con los saberes y habilidades propias de las comunidades rurales. La pobreza se percibe de manera cíclica y la mitigan aplicando habilidades para conseguir alimentos silvestres o los más baratos (López, 2010).

Ante el deterioro de la alimentación, la educación nutricional juega un papel importante para impulsar hacia un cambio de patrones y actitudes saludables, y el rescate de las buenas costumbres, con el objetivo de favorecer la disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas relacionadas con la alimentación (Espinosa, 2004; Bolaños, 2009).

La cultura de una sociedad tiende a ser similar de una generación a otra. Los estilos de vida se han mantenido gracias al

proceso conocido como endoculturación, que es una experiencia de aprendizaje parcial, que tiene algo de consciente y de inconsciente, a través de la cual, la generación de más edad incita, induce y obliga a la joven a adoptar modos de pensar y comportamientos tradicionales (Harris, 2005). Los hábitos alimentarios generan tendencias a elegir y consumir determinados alimentos y rechazar otros. Actitudes que no son innatas, sino formadas a lo largo de la vida, en su mayoría son adquiridas en la infancia y consolidadas en la adolescencia y convertidas en costumbre en la adultez, creándose el paradigma para el concepto estilo de vida (health lifestyle) cuya idea es el "habitus" (Crockerham, 2005; Cabezuelo y Frontera, 2007; Macías y col., 2012; Martínez y col., 2012).

El estilo de vida no se forma espontáneamente, es producto de factores personales, ambientales y sociales que convergen en el presente como consecuencia de la historia interpersonal. Intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Educar hacia un estilo de vida saludable debe ser un esfuerzo conjunto y articulado de la sociedad con los responsables de instituciones de salud. Éstas, con una visión crítica, han de elaborar políticas y estrategias sanitarias acordes a la cultura, industrialización, tecnología, del grupo en intervención para favorecer comportamientos saludables (Caricote y col., 2009; Gobierno Federal de México, 2010). Las intervenciones de prevención y control en las enfermedades crónicas han sido poco efectivas por la resistencia de la población para modificar su estilo de vida. Es importante destacar que en el caso de la obesidad, la conducta se relaciona más con el estilo de vida, patrones de alimentación y actividad física; las intervenciones de tipo experimental se ven reforzadas con el apoyo de otras medidas y despliegue de recursos, obteniendo resultados limitados (Frenk, 2000; Arroyo, 2012).

El ambiente <obesogénico> suele tener efecto en las mujeres, por las porciones de alimentos que ingieren, por la menopausia, por el aspecto psicológico, depresión,

ansiedad, entre otros (García y col., 2009b). Las enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, sobrepeso, obesidad, cardiovasculares, cánceres, trastornos psiquiátricos, problemas respiratorios crónicos, entre otras, como consecuencia de los cambios en el régimen alimenticio y estilo de vida, están ganando terreno con mucha rapidez en la sociedad e incrementan la carga de morbilidad mundial. Además, provocan cambios sobre la estructura y funcionamiento del cuerpo; en el aspecto psicosocial, por el dolor, sufrimiento, desesperanza, aislamiento e incapacidad, lo cual disminuye la calidad de vida (García, 2011; Ledón, 2011).

En esta línea, el Modelo de Promoción a la Salud es una guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud. Valora el estilo de vida para la prevención de la enfermedad. Identifica factores cognitivos y perceptuales como principales determinantes de la conducta para la promoción de la salud. Ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el entorno. Intenta que el individuo logre su más alto nivel de bienestar, potencializando el aspecto humano (Pender y Pender, 1996; Marriner y Raile, 2007).

El modelo tiene determinantes de promoción de la salud y de estilos de vida, incluye concepciones, creencias, ideas sobre la salud que induce a ciertos comportamientos (Villalbí, 2001; Trejo, 2010). La salud, el desarrollo humano y su desarrollo social, forman lazos indisolubles en la salud pública, por estar formada de factores asociados que condicionan la calidad de vida o no de las poblaciones (Muñoz, 2011).

Los estilos de vida saludables llevan a la adopción de conductas de promoción de la salud. No obstante, los estilos de vida actuales conllevan al ser humano a vivir en condiciones de estrés, desencadenando trastornos psicológicos como ansiedad y problemas de sueño, o modificaciones en la conducta alimentaria; que a su vez se manifiestan como problemas de salud, tales como diabetes, enfermedades coronarias, anemias, entre otros (Gamarra y col., 2010; Giraldo y col., 2010).

La comunidad de estudio, Ocuilapa de Juárez, forma parte de un municipio considerado de alta marginación por su tasa de educación, salud y servicios; además de contar con inseguridad alimentaria moderada; en esta localidad se observa la problemática de transición epidemiológica con índices importantes de bajo peso y talla, y la presencia de enfermedades crónicas degenerativas como obesidad, diabetes y cardiovasculares. Por lo que el objetivo de este trabajo fue determinar los estilos de vida de las mujeres de la localidad de Ocuilapa de Juárez, del municipio de Ocozacoautla, Chiapas, México, en función de la edad.

## MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio forma parte de una investigación mayor, en este artículo se presenta el diagnóstico sobre estilos de vida en una muestra a conveniencia del 75 % de las mujeres (754) con residencia en la localidad de Ocuilapa de Juárez, municipio de Ocozacoautla, Chiapas, México. La investigación fue desarrollada de febrero a agosto de 2011.

Para la muestra se cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: rango de edad de 16 a 80 años ( $\bar{X} + DE = 38.63 \pm 13.96$  años), sin discapacidad física o mental, residentes de la localidad, con habilidad para la comunicación oral, alfabetizadas y analfabetas, no embarazadas ni lactando, sin diagnóstico de problemas cardíacos o hipertensión severa o en etapa 3, aceptar participar en el estudio mediante carta de consentimiento informado. Fueron clasificadas por edades, según las funciones fisiológicas individuales: reproducción, climaterio y menopausia (Pérez y Marván, 2005; Pfeffer y col., 2008; Luna y Coello, 2012). Se formaron cuatro rangos vitales, en función de los cambios biológicos del ser humano y para efectuar una mejor comparación: mujeres adolescentes (< 18 años); mujeres adultas jóvenes (de 18 a 40 años); mujeres adultas maduras (de 41 a 60 años), y mujeres adultas mayores (> 60 años).

Como instrumentos de recolección de información se emplearon dos tipos de cuestionarios:

1) Perfil Estilos de Vida (PEPS-1) (Pender

y Pender, 1996; García, y col., 2009a) conformado de 48 ítems presentados en forma afirmativa, con respuestas mediante escala numérica del 1 al 4 (nunca, a veces, frecuentemente y rutinariamente); agrupados en seis subescalas de valor: nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal y autoactualización.

El cuestionario PEPS-1, de acuerdo al análisis realizado, presentó una fiabilidad de 0.92, a través de Alfa de Cronbach y en las subescalas de valor del instrumento, todas presentaron porcentajes superiores a 0.70.

Es importante destacar que, el instrumento PEPS-1 ha sido validado en español en investigaciones efectuadas en países latinos, como el realizado en Chile por Cid y col. (2006), quienes aplicaron la prueba Alfa de Cronbach y el método de división en mitades, teniendo como resultado una confiabilidad de 0.73 a 0.87. Oviedo y Campo (2005), indican que el valor mínimo aceptable es de  $\alpha=0.70$ ; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja.

El instrumento PEPS-1 fue diseñado para el primer nivel de atención a la salud, pero ha sido validado también en pacientes hospitalizados, como es demostrado por Beristaín y Díaz (2009), al elaborar una guía basada en este modelo, habiendo obtenido un Alfa de Cronbach de 0.915; por lo que estos estudios muestran que es un instrumento válido y fiable.

En el presente trabajo se efectuó Alfa de Cronbach, para confirmar que es un instrumento fiable con la muestra utilizada por las características de ruralidad, formación escolar y modismos propios de la cultura regional. Se conoció el instrumento y se hizo comprensible para que las respuestas fueran las correctas, de acuerdo a lo esperado metodológica y estadísticamente.

2) **Cuestionario Estilos de Vida:** actividades habituales, recreación y ocio, con respuestas de: si o no; considera el tiempo, frecuencia, días dedicados a esa actividad. Se aplicó previamente en forma de prueba para detectar la comprensión de las preguntas. A través de este cuestionario se recopiló

**Tabla 1.**

Media y desviación estándar en seis escalas de medición del Cuestionario de Perfil Estilos de Vida (PEPS-1) en mujeres de la localidad de Ocuilapa de Juárez, Ocozocoautla Chiapas, México, de acuerdo a grupos de edad. Table 1. Mean and standard deviation of six measurement scales in the Lifestyle Profile Questionnaire (PEPS-1) for women from the town of Ocuilapa of Juárez, Ocozocoautla Chiapas, Mexico, according to age groups.

Rangos de edad (años)	Auto actualización	Soporte interpersonal	Responsabilidad en salud	Ejercicio	Nutrición	Manejo de estrés
	$\bar{X} \pm DE$ %	$\bar{X} \pm DE$ %	$\bar{X} \pm DE$ %	$\bar{X} \pm DE$ %	$\bar{X} \pm DE$ %	$\bar{X} \pm DE$ %
<18	65.5 $\pm$ 24.2	64.1 $\pm$ 33.6	46.9 $\pm$ 27.4	27.7 $\pm$ 18.3	59.4 $\pm$ 31.9	33.9 $\pm$ 24.1
18-40	65.2 $\pm$ 18.0	63.4 $\pm$ 19.3	37.3 $\pm$ 17.2	20.8 $\pm$ 20.3	56.1 $\pm$ 18.9	37.8 $\pm$ 18.5
41-60	66.7 $\pm$ 18.4	64.0 $\pm$ 20.8	40.8 $\pm$ 19.9	20.2 $\pm$ 20.0	55.0 $\pm$ 18.6	43.3 $\pm$ 21.3
>60	68.1 $\pm$ 16.0	65.9 $\pm$ 21.1	43.2 $\pm$ 16.8	21.9 $\pm$ 20.2	55.5 $\pm$ 15.4	53.3 $\pm$ 28.8

**Tabla 2.**

Relación de variables ( $R^2$ ) para escalas de estilos de vida (PEPS-1), en mujeres rurales. Correlación de Pearson.

Table 2. Relationship of variables ( $R^2$ ) for lifestyle scales (PEPS-1) in rural women. Pearson correlation.

	Auto actualización	Soporte interpersonal	Responsabilidad en salud	Ejercicio	Nutrición	Manejo de estrés
Auto actualización	1	0.67*	0.54*	0.16*	0.56*	0.51*
Soporte interpersonal		1	0.56*	0.23*	0.51*	0.52*
Responsabilidad en salud			1	0.44*	0.51*	0.66*
Ejercicio				1	0.22*	0.45*
Nutrición					1	0.44*
Manejo de estrés						1

información relativa a los estilos de vida con respecto: a) hábitos de conducta personal y de actividad física realizada de manera usual, como barrer, lavar ropa, así como actividades deportivas, entre otras; b) aspectos sociales reflejados en el hábito de fumar y de consumo

de bebidas alcohólicas; c) en los hábitos de recreación se consideraron aspectos como ver televisión, convivir con familiares y amigos, aislarse de las personas, entre otras.

Para la aplicación de los instrumentos referidos se empleó la técnica de entrevista

**Tabla 3.**

Hábitos no saludables en mujeres rurales de Ocuilapa de Juárez en Ocozocoautla Chiapas, México.  
Table 3. Unhealthy habits of rural women of Ocuilapa de Juárez in Ocozocoautla Chiapas, Mexico.

Escalas		Edad en años				Sub-Total %	Total %
		< 18 %	18-40 %	41-60 %	> 60 %		
Acostumbra a fumar	Si	0.0	0.1	0.3	0.0	0.4	100
	No	1.2	62.4	28.8	7.2	99.6	
Convive con fumadores	Si	0.1	9.7	3.2	0.8	13.8	100
	No	1.1	52.8	25.9	6.4	86.2	
Fumaba y lo dejó	Si	0.1	1.1	1.0	0.8	3.0	100
	No	1.1	61.5	28.0	6.4	97.0	
Consumo bebidas alcohólicas	Si	0.0	2.8	0.8	0.1	3.7	100
	No	1.2	59.7	28.3	7.1	96.3	
Acostumbra a tomar medicamentos para dormir	Si	0.0	0.4	1.0	0.3	1.7	100
	No	1.2	62.1	28.1	6.9	98.3	
Se siente estresada	Si	0.4	24.1	9.6	1.7	35.8	100
	No	0.8	38.4	19.5	5.5	64.2	

**Tabla 4.**

Actividad física habitual en mujeres rurales de Ocuilapa de Juárez en Ocozocoautla Chiapas, México.  
Table 4. Regular physical activity of rural women of Ocuilapa de Juárez in Ocozocoautla Chiapas, Mexico.

Escalas		Edad en años				Sub-Total %	Total %
		< 18 %	18-40 %	41-60 %	> 60 %		
Barre	Si	1.2	61.5	28.4	6.4	97.5	100
	No	0.0	1.0	0.7	0.8	2.5	
Trapea	Si	1.1	53.9	25.3	4.5	84.8	100
	No	0.1	8.7	3.7	2.7	15.2	
Lava ropa a mano	Si	0.9	54.7	25.3	6.1	87.0	100
	No	0.3	7.9	3.7	1.1	13.0	
Riega plantas o realiza actividades de jardinería	Si	0.8	34.4	20.8	3.6	59.6	100
	No	0.4	28.1	8.3	3.6	40.4	
Camina 30 minutos o más	Si	0.1	13.7	6.1	1.5	21.4	100
	No	1.1	48.8	23.0	5.7	78.6	
Pedalea bicicleta fija o móvil	Si	0.1	1.5	0.1	0.0	1.7	100
	No	1.1	61.0	29.0	7.2	98.3	
Realiza ejercicios aeróbicos	Si	0.0	0.8	0.3	0.0	1.1	100
	No	1.2	61.7	28.8	7.2	98.9	
Practica danza, natación, gimnasia	Si	0.0	0.4	0.0	0.0	0.4	100
	No	1.2	62.1	29.1	7.2	99.6	

dirigida y reservada, por las condiciones que reflejaron las mujeres con respecto a la formación educativa (Hernández y col., 2010).

A través del programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versión 17.0, se realizaron análisis descriptivos porcentuales (%) de las variables evaluadas, identificando las medias ( $\bar{X}$ ) y desviación estándar (DE), la comprobación de existencia de diferencias significativas según las variables independientes mediante el análisis de varianza de una vía (ANDEVA) y la prueba *post hoc* de Bonferroni para evitar errores de tipo II. La relación entre las variables se estableció mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson ( $P < 0.05$ ).

## RESULTADOS

En los cuatro rangos de edad, las medias más altas se presentaron en las escalas auto actualización y soporte interpersonal, con un promedio en por ciento de  $66.4 \pm 19.14$  y  $64.4 \pm 23.71$  respectivamente; y las medias más bajas se dieron en la escala ejercicio  $\bar{X} = 22.66 \pm 19.71$ , en todas las edades (Tabla 1).

La prueba ANDEVA mostró significancia para responsabilidad en salud ( $P < 0.028$ ) en el rango de edad de 18 a 40 años y 41 a 60 años, y la escala manejo de estrés ( $P < 0.001$ ), en el rango de 18 a 40 años, 41 a 60 años y  $> 60$  años, de acuerdo a la prueba *post hoc* de Bonferroni.

La prueba Pearson indicó que todas las escalas de PEPS-1 presentaron una significancia  $P < 0.001$ , con correlación alta entre: auto actualización y soporte interpersonal ( $R^2 = 0.67$ ); así como, entre responsabilidad en salud y manejo de estrés ( $R^2 = 0.66$ ) (Tabla 2).

Con respecto a los hábitos no saludables, los resultados hacen ver que el 24.1 % de las mujeres en el rango de edad de 18 a 40 años, manifestaron sentirse estresadas (Tabla 3); por otra parte, prueba ANDEVA, las significancias se dieron en las preguntas fumaba y lo dejó ( $P < 0.001$ ), y acostumbra a tomar medicamentos para dormir ( $P < 0.046$ ), en el rango de edad de 18 a 40 años, 41 a 60 años y  $> 60$  años, de acuerdo a la prueba *post hoc* Bonferroni.

Los hábitos de actividad física estuvieron relacionados con las tareas cotidianas del hogar como: barrer, trapear, regar plantas

**Tabla 5.**

Hábitos de recreación en mujeres rurales de Ocuilapa de Juárez en Ocozocoautla Chiapas, México.  
Table 5. Recreation habits of rural women of Ocuilapa of Juarez in Ocozocoautla Chiapas, México.

Escalas		Edad en años				Sub-Total %	Total %
		< 18 %	18-40 %	41-60 %	> 60 %		
Acostumbra ver televisión	Si	1.1	54.3	21.0	4.9	81.3	100
	No	0.1	8.3	8.0	2.3	18.7	
Realiza actividades en la computadora	Si	0.0	0.5	0.1	0.0	0.6	100
	No	1.2	62.0	29.0	7.2	99.4	
Duerme la siesta	Si	0.0	3.5	1.7	0.5	5.7	100
	No	1.2	59.0	27.3	6.8	94.3	
Convive con familiares, amigos, compañeros	Si	1.0	55.3	25.3	5.6	87.2	100
	No	0.3	7.2	3.7	1.6	12.8	
Acostumbra aislarse de las demás personas	Si	0.3	8.7	3.9	1.1	14.0	100
	No	1.0	54.0	25.0	6.0	86.0	
Realiza actividades manuales	Si	0.1	16.7	8.3	1.3	26.4	100
	No	1.1	44.8	21.4	6.3	73.6	
Lee libros, revistas, novelas	Si	0.4	16.4	4.0	0.3	21.1	100
	No	0.8	45.1	25.7	7.3	78.9	

o lavar ropa a mano, presentando los porcentajes más altos en el rango de edad de 18 a 40 años, con tendencia a disminuir a más edad (Tabla 4). Las significancias fueron de  $P < 0.001$ , en el rango de 18 a 40 años, 41 a 60 años y  $> 60$  años.

Los hábitos de recreación, dejan ver que en promedio un 81 % de la población encuestada acostumbraba a ver televisión por lo menos una hora diaria, 87.2 % a convivir con la familia y amigos y 78.9 % no acostumbraba a leer, con porcentajes mayores en el rango de edad de 18 a 40 años, con propensión a disminuir a más edad (Tabla 5). Las significancias fueron de  $P < 0.001$ , en el rango de edad de 18 a 40 años, 41 a 60 años y  $> 60$  años.

## DISCUSIÓN

Los resultados del estudio, sugieren que las mujeres participantes contaban con una falta de cultura de la salud, al observarse desinterés en informarse sobre las enfermedades propias del género, con estilos de vida sedentarios, con conflictos de estrés a temprana edad, además de invertir mayor tiempo en actividades propias del hogar, a

tener como única diversión el ver televisión o convivir con la familia y amigos. El ejercicio fue la escala con más bajos porcentajes, por lo que no forma parte de sus hábitos de vida.

Estudios realizados, señalan que la creciente prevalencia de obesidad en el mundo y sus implicaciones para la salud pública han llevado a considerar el problema del sobrepeso y del síndrome metabólico como una epidemia del siglo XXI, tanto en países industrializados como en muchos países latinoamericanos (Duperly, 2005). En donde la edad parece desempeñar un papel importante en el desarrollo de la resistencia a la insulina, en especial cuando se asocia a menores niveles de actividad física y presencia de obesidad. El sedentarismo por su parte parece jugar un papel fundamental en el desarrollo y conservación de este problema, considerando que el ejercicio debe ser parte del programa de prevención y manejo de obesidad y sus consecuencias. Al dejar el sedentarismo sería posible reducir al 30 % la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer (Duperly, 2005).

La Encuesta Nacional de Nutrición

señaló en el año de 1999, que las mujeres en edad reproductiva dedicaban 0.08 horas al día a realizar actividad deportiva y 1.25 horas a realizar movimientos de esfuerzo; relacionando estos datos con la escolaridad, hace suponer que las mujeres más pobres realizan escasa actividad física, contribuyendo al problema de sobrepeso (Casanueva y Rozada, 2005).

La OMS (2010a; 2010b) recomienda en adultos de 18 a 64 años de edad, acciones recreativas o de ocio, desplazamientos a pie o en bicicleta, ocupacionales, trabajo, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias, acumulando a la semana un mínimo de 150 minutos de actividad física aeróbica moderada o 75 minutos tipo anaeróbica, o combinar ambas; con el fin de mejorar las funciones cardiorespiratorias, musculares, salud ósea, reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión. Aunque es bien sabido que con el envejecimiento se tiende a disminuir la actividad física y a aumentar el sedentarismo, perdiéndose capacidades y habilidades físicas; sin embargo, aumentar la actividad física después de los 60 años de edad, tiene un impacto positivo notable en las condiciones y bienestar en general, reduce o elimina el riesgo de sufrir enfermedades crónicas degenerativas, puede reducir el estrés, aliviar la depresión y la ansiedad, estimula la autoestima y mejora la claridad mental. Con frecuencia se argumenta que los efectos beneficiosos del ejercicio no son producto de éste en sí, sino por ser un hábito saludable de las personas que lo practican (OPS y OMS, 2002; Burbano y col., 2003; Jacoby y col., 2003; OMS, 2008; Sánchez y Castañeda, 2008; Vidarte y col., 2009).

Con respecto al estrés, cuando es ocasionado por factores que tienen carácter gradual, crónico y casi rutinario; como pudieran ser el ruido, el hacinamiento, la contaminación atmosférica, entre otros, causan estimulación nociva y demandan la adaptación de los seres humanos; hacerles frente puede conllevar a costos altos en la salud. Factores asociados como el socioeconómico, la separación, responsabilidades domésticas, castigos o recompensas, escasa o excesiva cercanía

de afectividad, maltrato físico y psicológico, favorecen la acumulación de eventos estresantes; aunque existen estudios, en donde el estrés y el apoyo social han dado bajas puntuaciones cuando se relaciona con la baja estabilidad emocional como factor de personalidad (Pardo y col., 2004; Javaloy y Vidal, 2007; Campos, 2009).

Bajo el modelo de estilos de vida de Pender (1996), en general, los estilos de vida se ven afectados por factores culturales, ambientales, económicos y sociales, aspectos que pueden disminuir o mejorar la salud. Comer, fumar, hacer ejercicio, manejar el estrés; son actividades sustancialmente conformadas y limitadas por las normas de la sociedad. Se encuentra también que a mayor edad se tienden a mejorar algunas características como el

soporte interpersonal, manejo del estrés y la responsabilidad en salud (Piedrola, 2002). Los estilos de vida pueden ser modificables, siempre y cuando exista primero en la persona y luego en el colectivo, la disposición de cambio en la actitud a favor de sí mismo y de su ambiente.

## CONCLUSIONES

La investigación muestra con claridad que el grupo de mujeres participantes en esta fase diagnóstica del estudio, revelan estilos de vida poco saludables manifestados en la carencia de realización de ejercicio físico estructurado, la falta de conocimiento en cómo manejar el estrés que perciben, la carencia en responsabilizarse y mantenerse informada sobre la importancia de contar con hábitos alimentarios y de salud correctos, que les

permita prevenir las posibles enfermedades crónicas degenerativas a las que están expuestas. Aspectos que son observados en todas las edades, sin embargo es a partir de los 18 años en adelante en donde existe mayor número de mujeres con similar característica de vida. Son señoras que carecen del hábito de lectura, con diversión y esparcimiento muy limitados, y dedicadas a la realización de actividades propias de hogar y de atención a la familia; si bien, las actividades habituales, pueden ser consideradas como moderadas, no tiene una frecuencia, intensidad, duración y tiempo programado, siendo variable cada día; lo cual las ubica como mujeres sedentarias. De continuar con estos estilos de vida, este grupo de mujeres deja entrever el incremento del riesgo a padecer enfermedades relacionadas con el sedentarismo y el aspecto emocional.■

## REFERENCIAS

- Arribas, H. (2000). Actividad física, ocio y educación: el valor de las actividades físicas recreativas. *Ocio y Desarrollo Humano*. Comunicación presentada al 6° Congreso Mundial de Ocio. Universidad de Deusto, Bilbao, España.
- Arroyo, P. (2012). El enfoque de salud pública y la epidemia de la obesidad. *Cuadernos de Nutrición*. 35(3): 97-102.
- Beristaín, I. y Díaz, M. (2009). Guía de valoración del paciente adulto basado en el modelo de promoción de la salud. *Revista Desarrollo Científico Enfermería*. 17(6): 278-282.
- Bolaños, P. (2009). Evolución de los hábitos alimentarios. De la salud a la enfermedad por medio de la alimentación. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*. 9: 956-972.
- Burbano, J. C., Fornasini, M. y Acosta, M. (2003). Prevalence of and risk factors for overweight among school girl 12 to 19 years old in semi-urban region of Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 13: 277-284.
- Cabezuelo, G. y Frontera, P. (2007). *Enséñame a Comer; Hábitos Pautas y Recetas para Evitar la Obesidad Infantil*. Madrid: EDAF. 98 Pp.
- Campos, L. (2009). Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco. *Investigación en Psicología*. 12(2): 90.
- Caricote, E., Figueroa, E. y Granado, M. (2009). La salud y los estilos de vida. *Revista Educación en Valores*. 2(12): 86-103.
- Casanueva, E. y Rozada, G. (2005). Obesidad y pobreza. *Cuadernos de Nutrición*. 28(2): 69-76.
- Cid, P., Merino, J. M. y Stiepovich, J. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica Chile*. 134(12): 491-499.
- Crockerham, W. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal Health Sociality Behaviur*. 46(1): 51-67.
- Cuevas, L., Rivera, J. A., Shama, T., González, T., Moreno, L. y Ávila, M. A. (2006). *Estado nutricio-Adultos*. En T. Shama Levi, S. Villalpando Hernández y J. A. Rivera Dommarco (Eds.), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-2006)*: 25-83 (pp. 69-70). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Duperly, J. (2005). Sedentarismo vs ejercicio en el síndrome metabólico, en *Acta Médica Colombiana*. 30(3): 133-136. [En línea]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/csielophp?script=sci\\_arttext&pid=so120-2448200500030000a&Ing=es6nrm=iso](http://www.scielo.org.co/csielophp?script=sci_arttext&pid=so120-2448200500030000a&Ing=es6nrm=iso). Fecha de consulta: 16 de diciembre de 2013.
- Espinosa, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad, en *Revista Cubana Estomatología*. 41(3): 17. [En línea]. Disponible en: [http://www.bvs.cu/revistas/est/vol41\\_3\\_04/est09394.htm](http://www.bvs.cu/revistas/est/vol41_3_04/est09394.htm). Fecha de consulta: 6 de enero de 2013.
- Frenk, J. (2000). *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica. 164 Pp.
- Gamarra, M. A., Rivera, H. S., Alcalde, M. E. y Cabellos, D. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. *UCV – Scientia*. 2(2): 73-81.
- García, A., Garza, C., Guerra, M. A. y Nerio, M. E. (2009a). Nola Pender. Teoría al modelo promoción de la salud (MPS). UNAM. [En línea]. Disponible en: <http://cuib.unam.mx/revistaCuib.html>. Fecha de consulta: 15 de enero de 2012.
- García, E., De-la-Llata, M., Kaufer, M., Tusié, M. J., Calzada, R., Vázquez, V., Barquera, S., Caballero, A. J., Orozco, L., Velázquez, D., Rosas, M., Barriguete, J. A., Zacarías, R. y Sotelo, J. (2009b). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Revista Salud Mental*. 32(1): 79-87.
- García, R. (2011). El enfoque social como elemento esencial del quehacer por la salud de la población, en *Revista Cubana de Salud Pública*. 37(5) 675-685. [En línea]. Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37s5/spu15511.pdf>. Fecha

- de consulta: 15 de febrero de 2012.
- Gerlero, J. (2005). Diferencias entre ocio, tiempo libre y recreación: lineamientos preliminares para el estudio de la recreación. Ponencia presentada en el I Congreso departamental de recreación de la Orinoquia Colombia, Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación, Desarrollo Humano con Equidad. Villavicencio, Meta, Colombia. [En línea]. Disponible en: <http://www.redcreacion.org/documentos/cmetail/gerlero.html>. Fecha de consulta: 07 de junio de 2012.
- Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista hacia la Promoción de la Salud*. 15(1): 128-143.
- Gobierno Federal de México (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Secretaría de Salud- Vivir mejor. [En línea]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx>. Fecha de consulta: 09 de junio de 2012.
- Guerrero, L. y León, A. (2010). Estilo de vida y salud. *EDUCERE*. 14(48): 13-19.
- Gutiérrez, J. P., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M. y Hernández, M. (2012). *ENSANUT, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. 180-186 Pp.
- Harris, M. (2005). *Antropología cultural*. Madrid: Alianza Editorial. 49-70 Pp.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: Mc. Graw Hill, México. 597-599 Pp.
- Jacoby, E., Bull, F. y Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 14(4): 223-225.
- Javaloy, F. y Vidal, T. (2007). Bases ambientales de la conducta social. En J. F. Morales, E. Gaviria, M. C. Moya y Cuadrado, I. (Eds.), *Psicología Social* (pp. 97-123). Madrid: Mc Graw Hill.
- Ledón, L. (2011). Articulación entre las categorías cuerpo, género y enfermedad crónica desde diferentes experiencias de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 37(3): 324-337.
- López, R. (2010). Cultura y seguridad alimentaria: enfoques conceptuales, contexto global y experiencias locales. *Revista Estudios Sociales*. 19 (37): 311-315.
- Luna, M. L. y Coello, V. G. (2012). Evaluación del estado de nutrición del adulto. En V. R. Bezares, R. M. Cruz, M. Burgos, y M. E. Barrera. (Eds.), *Evaluación del estado de nutrición en el ciclo vital humano* (pp. 1-269). México: Mc Graw Hill.
- Macías, A. I., Gordillo, L. G. y Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*. 39(3): 40-43.
- Marriner, A. y Raile, M. (2007). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Mosby. [En línea]. Disponible en: <http://www.books.google.com.mx/books?id=FL5szO8XGTUC&pg=PA452&lpg=PA452&dq=nola+pender&source=bl&ots=p9LflMauJ9&sig=ZIUU2c2iOH3bSmBldyRKJOMNHIE&hl=es-19#v=onepage&q=nola%20pender&f=false>. Fecha de consulta: 06 de octubre de 2011.
- Martínez, J. J., Igual, M. y Martínez, N. (2012). Hábitos alimentarios de la población de un área de salud urbana de Valencia y su relación con los factores de riesgo cardiovascular. *Nutrición Clínica*. 32(2 supl.): 36.
- Muñoz, S. (2011). Salud y desarrollo en el contexto latinoamericano. *Revista Urbana de Salud*. 37(2): 167-174.
- Novel, G. (2000). *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona: Elsevier Masson. 8 Pp.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2008). Aplicación de la estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física. A framework to monitor and evaluate the implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. (Geneva world Health Organization, 2006). 57° Asamblea Mundial de la Salud (mayo, 2004, resolución WHA 57° 17.5). [En línea]. Disponible en: <http://www.actividadfisicasalud.csic.es/documentos/documentos/oms-estrategiamundial>. Fecha de consulta: 10 de mayo de 2013.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2010a). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. (NLM: QT 255). [En línea]. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/index.html). Fecha de consulta: 10 de abril de 2012.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (2010b). Edades desde 18-64 años, en: Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. (Ginebra. 22-25). [En línea]. Disponible en: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/index.html). Fecha de consulta: 20 de mayo de 2013.
- OPS, Organización Panamericana de la Salud y OMS, Organización Mundial de la Salud (2002). Guía regional para la promoción de la actividad física. Promover un estilo de vida para las personas adultas mayores. [En línea]. Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr/bup/pdf/vejez/promover.2002.pdf>. Fecha de consulta: 20 de junio de 2012.
- Oviedo, H. y Campo, A. (2005). Metodología de investigación y lectura crítica de estudios. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 34 (4): 1-9.
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbrarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*. 013: 13-28.
- Pardio, J. y Kaufer, M. (2012). La densidad energética de la dieta ¿qué es y cómo ayuda en la prevención y el manejo de la obesidad?. *Cuadernos de Nutrición*. 35(2): 57-67.
- Pender, N. and Pender, A. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Michigan: Appleton and Lange. 489 Pp.
- Pérez, A. y Marván, L. (2005). Dietas. Los alimentos en la salud y la enfermedad, normales y terapéuticas. México: La Prensa Médica Mexicana. 62-63 Pp.
- Piedrola, G. (2002). *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson. 1113-1115 Pp.
- Pfeffer, F., Kaufer, M. y Barquera, S. (2008). Nutrición del adulto. En E. Casanueva, M. Kaufer, A. B. Pérez y P. Arroyo (Eds.), *Nutriología Médica* (pp. 142-171). México: Funsalud y Editorial Médica Panamericana.
- Sánchez, I. Y. y Castañeda, H. (2008). Prevalencia de depresión en adultos mayores de 65 años y propuesta de intervención preventiva. *Geroinfo*. 3(3): 1-11.
- Secretaría de Educación Pública (2010). Manual para las actividades deportivo recreativas, capítulo 3. Actividades recreativas. [En línea]. Disponible en: [http://www.dgb.sep.gob.mx/informacion\\_academica/actividadesparaescolares](http://www.dgb.sep.gob.mx/informacion_academica/actividadesparaescolares). Fecha de consulta: 14 de mayo de 2013.
- Trejo, F. (2010). Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enfermedades Neurológicas*. 9(1): 39-44.
- Vidarte, J. A., Vélez, C. y Gómez, D. E. (2009). Condición física saludable en mujeres mayores de 45 años, Manizales 2009. *Hacia la Promoción de la Salud*. 1(2): 39-51.
- Villalbí, J. R. (2001). Promoción de la salud basada en la evidencia. *Revista Española de Salud Pública*. 75(6): 489-490.