

Estilo de vida, autoeficacia, consumo de alcohol y tabaco en trabajadores

Lifestyle, self-efficacy, alcohol and tobacco consumption among workers

Nora Cecilia Arce García

Universidad Autónoma de Querétaro, Hospital General de Querétaro, México

aegn78@hotmail.com

María Antonieta Mendoza Ayala

Universidad Autónoma de Querétaro, México

marianjom@gmail.com

Alicia Álvarez Aguirre

Universidad de Guanajuato, México

alicia.alvarez@ugto.mx

Blanca Lilia Reyes Rocha

Universidad Autónoma de Querétaro, México

blanca.lilia.reyes@uaq.mx

Mercedes Sánchez Perales

Universidad Autónoma de Querétaro, México

sanchezpe.msp@gmail.com

Resumen

Introducción: El estilo de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que las personas desarrollan, y que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. **Objetivo:** Determinar la relación del perfil de estilo de vida con autoeficacia y consumo de alcohol y tabaco en los trabajadores. **Método:** Estudio transversal correlacional, con la participación de todos los trabajadores de una empresa. Se aplicó una cédula de datos generales ex profeso, el cuestionario estilo de vida promotor de la salud, la escala de autoeficacia general y

una cédula de consumo de alcohol y tabaco. Se analizaron los datos en el programa SPSS, versión 17; se obtuvo la estadística descriptiva e inferencial y se contó con el consentimiento informado de los participantes. **Resultados:** 71.6 % fueron mujeres; el promedio de las variables fue el siguiente: edad 45 años ($DE = 10.4$), peso 76.9 kg ($DE = 15.9$), talla 94.3 cm ($DE = 13.4$), glucosa en ayuno de 85.8 mg/dl ($DE = 33.4$), presión sistólica 115.4 mm/Hg ($DE = 16.0$) y diastólica 74.4 mm/Hg ($DE = 10.0$), índice de estilo de vida 31.6 ($DE = 11.4$) y de autoeficacia 54.3 ($DE = 10.0$). Con respecto a las sustancias, 61.7 % consumieron alcohol y 44.4 % tabaco, se encontró relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y la autoeficacia ($r = .44$; $p < .001$), sin embargo, no se encontró con el consumo de alcohol y tabaco. **Conclusiones:** Es importante establecer acciones de promoción de la salud por el personal de enfermería para mejorar el índice de estilo de vida y disminuir el consumo de alcohol y tabaco en esta población en específico.

Palabras clave: consumo de alcohol, consumo de tabaco, estilo de vida, trabajadores.

Abstract

Introduction: Lifestyle is a set of behaviors or attitudes that people develop, which are sometimes healthy and others are harmful to health. In developed countries unhealthy lifestyles are what cause most diseases. **Objective:** the relationship of the lifestyle profile with self-efficacy and consumption of alcohol and tobacco in the workers was determined. **Method:** Correlational cross-sectional study, with the participation of 100% of the workers of a company. An ex-profeso general data card was applied, health promoter lifestyle questionnaire, general self-efficacy scale, and a form of alcohol and tobacco consumption. The data were analyzed in the SPSS V. 17 program, descriptive and inferential statistics were obtained and informed consent was received from the participants. **Results:** 71.6% were women; the average of the variables was: age 45 years ($SD = 10.4$), weight 76.9 kg ($SD = 15.9$), height 94.3 cm ($SD = 13.4$), fasting glucose of 85.8 mg / dL ($SD = 33.4$), systolic pressure 115.4 mm / Hg ($SD = 16.0$) and diastolic 74.4 mm / Hg ($SD = 10.0$), lifestyle index 31.6 ($SD = 11.4$) and self-efficacy 54.3 ($SD = 10.0$). Regarding the substances 61.7% consumed alcohol and 44.4% tobacco, a statistically significant relationship was found between lifestyle and self-efficacy ($r = .44$; $p < .001$), however alcohol and tobacco consumption was not found. **Conclusions:** Based on the results, it is important to establish health promotion

actions by the nursing staff to improve the lifestyle index and decrease the consumption of alcohol and tobacco in this specific population.

Keywords: alcohol consumption, tobacco consumption, lifestyle, workers.

Fecha Recepción: Mayo 2017

Fecha Aceptación: Noviembre 2017

Introducción

La conducta promotora de salud y el bienestar son importantes para determinar el estado de salud de los trabajadores, de ahí que se señale que las conductas y prácticas no saludables ponen en peligro la vida. Desde la adopción de la carta de Ottawa se han suscrito varias resoluciones en el ámbito nacional y mundial para fomentar la promoción de la salud, pero estas no siempre han tenido los efectos correspondientes (Cid, Merino, Stieповich, 2006). México adoptó las metas y directrices internacionales acerca de la promoción de salud (Secretaría de Salud [SS], 2007), por lo que se inició una reorientación de los servicios para prevenir enfermedades y un cambio cultural que ha procurado concienciar a la población de la responsabilidad que cada persona tiene en ese tema; esto con el propósito de intentar modificar estilos de vida no saludables (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006).

El estudio del estilo de vida es una prioridad en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. El estilo de vida es entendido como la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida —en un sentido más amplio— y las pautas individuales de conducta, la cual está condicionada por factores socioculturales y características individuales. Un estilo de vida saludable implica conductas y hábitos que influyen de manera positiva en la salud de las personas para llevar a cabo una conducta promotora de salud (Nutbeam, 1996; Zamora, 2008).

Conceptualmente, esta propuesta se sustenta en el modelo promotor de salud (MPS) de Pender, quien señala que la conducta de salud está determinada por la autoeficacia, las preferencias y los valores, características definitorias del estilo de vida (Pender, Murdaugh y Parson, 2006).

En el presente estudio se aborda el concepto *autoeficacia* como determinante del estilo de vida promotor de salud de los trabajadores de la industria. La autoeficacia es definida por Bandura (1999) como las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir ciertos logros. Esta creencia en las propias capacidades es uno de los factores que constituyen el modo de pensar, sentir y actuar de las personas, a la vez que moviliza los recursos cognitivos, la motivación y los recursos de acción requeridos para afrontar efectivamente las demandas de una tarea, lo que contribuye de forma significativa al desempeño.

En este sentido, las personas que se perciben como altamente eficaces suelen plantearse metas y empeñarse lo suficiente para conseguir el éxito. En cambio, las personas que se perciben como ineficaces pueden esforzarse poco y fallar en la realización de tareas. Esto significa que serían las creencias de autoeficacia —en lugar del nivel de habilidad real— lo que prevería de mejor manera la conducta.

Por otra parte, el consumo de alcohol y tabaco (conductas de riesgo) tienen una elevada prevalencia en la sociedad en general y también entre la población trabajadora, lo cual repercute sobre el medio laboral. La gravedad del consumo de alcohol y otras drogas ha sido reconocida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) como un problema que afecta a un número elevado de trabajadores (Ochoa y Madoz, 2008).

Esta organización señala que los efectos nocivos del consumo de alcohol y drogas en el lugar de trabajo y en el rendimiento laboral se presentan en todos los niveles, lo cual compromete la seguridad profesional y la productividad de la empresa, además de producir un fuerte impacto que se extiende a la familia y compañeros de trabajo, quienes son afectados en términos de pérdida de ingresos, estrés y baja moral (OIT, 1998). En otras palabras, el consumo de alcohol y otras drogas es un comportamiento que afecta al consumidor, al ambiente laboral y a la eficacia de una empresa, de ahí que sea importante determinar el estilo de vida, su relación con la autoeficacia y el consumo de alcohol y tabaco de los trabajadores.

Planteamiento del problema

La Secretaría de Salud, en la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] (2011), determinó que el consumo de tabaco a nivel nacional en la población adulta se ubicaba en 40.2 %. Este porcentaje se corresponde con la prevalencia *alguna vez en su vida*, mientras que en la prevalencia de último año fue 20.6 %. Así, 20.4 % de los adultos respondieron haber fumado más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida.

En cuanto al consumo de alcohol, en la encuesta se indicó que la población mexicana no bebe *diario o casi diario*. En efecto, solo 8 de cada 1 000 personas informaron consumir alcohol todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. Este tipo de hábito aumenta con la edad, pues resulta 3.4 veces más frecuente en hombres mayores de 50 años que en aquellos que tienen entre 18 y 29 años.

Con respecto a la forma de beber, la Secretaría de Salud, en la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] (2011), reportó que el grupo de edad que tiene los niveles más altos de consumo, tanto en hombres como en mujeres, es de 18 a 29 años. Esta forma de beber se asocia con una proporción importante de problemas, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: dificultades con la familia (10.8 %), lo cual es más frecuente en hombres, especialmente entre los mayores de edad (3.8 hombres por cada mujer); la policía (3.7 %); peleas (6 %); problemas laborales (3.7 %), que terminaron en la pérdida del empleo o en la posibilidad de perderlo (1.4 %). Aunado a esto, 41.3 % de personas fueron detenidas bajo los efectos del alcohol.

Por otra parte, el estilo de vida de los trabajadores incorpora hábitos no saludables que se asocian a enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, entre otras (Meza *et al.*, 2012). Estos factores se pueden prevenir si se identifican y cambian en una etapa temprana. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2002) indica que eliminar los factores de riesgo (como el consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias, inactividad física, régimen alimentario indebido y estrés) puede tener una repercusión positiva cuantificable en la salud del individuo y de la población en general.

En este sentido, las conductas de salud y el estilo de vida de las personas merecen la atención de los profesionales de salud, así como una mejor comprensión de las prácticas de salud y mayores esfuerzos hacia la promoción de comportamientos saludables y el bienestar de los

trabajadores. Por lo anterior, se formuló la siguiente pregunta: ¿cuál es la relación entre el estilo de vida, la autoeficacia y el consumo de alcohol y tabaco de los trabajadores?

Método

Se realizó un estudio de corte transversal correlacional, dado que se describieron las variables perfil de estilo de vida de los trabajadores y la prevalencia del consumo de alcohol y tabaco. Asimismo, se estudiaron las relaciones entre las variables antes señaladas (Grove, Gray y Burns, 2015).

Participaron todos los trabajadores ($n = 81$), con antigüedad mínima de un año, de una empresa de manufactura del municipio del Marqués, Querétaro. Se tomaron en cuenta aquellos aparentemente sanos, quienes firmaron el consentimiento informado. No se incluyó a los trabajadores que se encontraban de incapacidad, vacaciones y descanso. Se consideraron como criterios de eliminación los instrumentos que no fueron contestados en su totalidad y las personas que decidieron no continuar en el estudio.

Para recabar los datos sociodemográficos, la prevalencia de consumo de sustancias y los datos de salud se diseñó una cédula de datos con la siguiente información: edad, género, estado civil y nivel de escolaridad; asimismo se incluyeron las cuatro medidas de prevalencia de consumo de alcohol y tabaco: global, lápsica, actual e instantánea, así como talla, peso, glucosa y tensión arterial.

En la medición de la variable de estilo de vida se utilizó la versión en español del cuestionario estilo de vida promotor de la salud (Walker, Kerr, Pender y Sechrist, 1990), que consta de 52 reactivos con escala de respuesta tipo Likert (*nunca-rutinariamente*), en los cuales la persona ofrece su respuesta indicando la frecuencia con que realiza cada conducta. La escala se conforma de seis subescalas: *responsabilidad de la salud* (9 reactivos = 33, 3, 51, 15, 21, 39, 27, 9, 45), *actividad física* (8 reactivos = 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), *nutrición* (9 reactivos = 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), *desarrollo espiritual* (9 reactivos = 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), *relaciones interpersonales* (9 reactivos = 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) y *manejo de estrés* (8 reactivos = 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47), con un puntaje mínimo de 52 puntos y un máximo de 208 puntos. En esta escala, a mayor puntaje mejor estilo de vida. Se reportó confiabilidad con un coeficiente alfa de .94 en la escala total y para las dimensiones de .79 a .94 en población mexicana.

En relación con la medición de la variable *autoeficacia*, se utilizó la escala de autoeficacia general versión en español (Baessler y Schwarcer, 1996), que está conformada por 10 reactivos con escala de respuesta tipo Likert (*totalmente de acuerdo-totalmente en desacuerdo*). En esta la persona responde cada reactivo según lo que percibe de su capacidad en el momento, con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. En esta escala, a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. Se reportó confiabilidad con un coeficiente alfa superior a .80 en población mexicana.

Previo a la colecta de datos, se solicitó autorización al Comité de Investigación de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro y posteriormente a la institución donde se realizó el estudio, así como el consentimiento de cada uno de los trabajadores. En la recolección de los datos participaron los investigadores.

Para el análisis de la información se generó una base de datos en el programa estadístico para las ciencias sociales SPSS, versión 17. Se procedió a revisar la consistencia interna del instrumento a través del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach y se obtuvieron frecuencias, proporciones y porcentajes para las variables categóricas; para las variables numéricas se calcularon medidas de ubicación, tendencia central y variabilidad. Además, se realizó la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para contrastar la hipótesis de normalidad en la distribución de las variables continuas. Para las hipótesis se construyeron índices y se efectuaron contrastes de hipótesis con prueba de correlación de Spearman.

El presente estudio se apegó a lo dispuesto por la Secretaría de Salud en el *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud* (2014).

Resultados

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de los trabajadores: 71.6 % fueron del sexo femenino, 49.4 % reportaron el estado civil soltero y este mismo porcentaje señaló secundaria como su nivel de estudios. Cabe mencionar que la edad de los participantes osciló entre 18 y 62 años (media = 32.04, *DE* = 10.40).

Tabla 1. Características de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Género		
Masculino	23	28.4
Femenino	58	71.6
Estado civil		
Soltero	46	49.4
Casado	23	27.2
Divorciado	1	1.2
Viudo	1	1.2
Unión libre	10	12.3
Escolaridad		
Secundaria	40	49.4
Preparatoria	22	27.2
Técnico	4	4.9
Licenciatura	12	14.8
Otros	3	3.7

Fuente: Cédula de datos *n* = 81

En la tabla 2 se muestran las características del estado de salud de los trabajadores; el promedio de las variables fue el siguiente: peso 76.9 kg (*DE* = 15.9), talla 94.3 cm (*DE* = 13.4), glucosa en ayuno 85.8 mg/dl (*DE* = 33.4), presión sistólica 115.4 mm/Hg (*DE* = 16.0) y diastólica 74.4 mm/Hg (*DE* = 10).

Tabla 2. Características del estado de salud de los participantes

Variable	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana	<i>DE</i>
Talla	56.9	125.0	94.3	94.4	13.4
Peso	42.2	111.7	76.9	69.8	15.9
Glucosa	40	320	85.8	79.0	33.4
TAS	89	164	115.4	112.0	16.0
TAD	52	96	74.4	75	10.0

Fuente: Cédula de datos *n* = 81

Tabla 3. Características del estado de salud de los participantes: variables categóricas

Variable	<i>f</i>	%
Glucosa		
Parámetro normal	73	90.1
Fuera de lo normal	8	9.9
Tensión arterial sistólica		
Parámetro normal	37	45.7
Fuera de lo normal	44	54.3
Tensión arterial diastólica		
Parámetro normal	45	55.6
Fuera de lo normal	36	44.4
Fuente: Cédula de datos		<i>n</i> = 81

En la tabla 3 se muestran los parámetros de los datos de salud de los trabajadores, 90.1 % de los participantes obtuvieron glucosa dentro de parámetro normal (70 a 100 mg/dl), asimismo, 45.7% obtuvieron tensión arterial sistólica en un rango de 110-120 mm/Hg y de la tensión arterial diastólica entre 70-80 mm/Hg, considerados en parámetros normales.

En la tabla 4 se muestran las características del índice estilo de vida de los trabajadores, en el cual el puntaje promedio fue 31.6 (*DE* = 11.4).

Tabla 4. Características del índice estilo de vida

Variable	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana	<i>DE</i>
Índice estilo de vida	11.06	64.42	31.6	28.8	11.4
Fuente: Cuestionario estilo de vida promotor de la salud					<i>n</i> = 81

En la tabla 5 se muestra la prevalencia de alcohol y tabaco en los trabajadores; en general, 61.7 % consumen alcohol y 44.4 % tabaco.

Tabla 5. Prevalencia de consumo de alcohol y tabaco de los participantes

Variable	Sí		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Consumo de alcohol	50	61.7	31	38.3
Consumo de tabaco	36	44.4	45	5.6
Fuente: Cédula de datos			<i>n</i> =81	

En la tabla 6 se muestran las características del índice de autoeficacia de los trabajadores; el promedio del puntaje fue de 54.3 (*DE* = 10).

Tabla 6. Características del índice autoeficacia de los participantes

Variable	Valor mínimo	Valor máximo	Media	Mediana	<i>DE</i>
Índice autoeficacia	25	75	54.3	52.5	10
Fuente: Escala de autoeficacia general				<i>n</i> = 81	

En la tabla 7 se muestra la relación entre el índice de estilo de vida y las características sociodemográficas de los trabajadores; se observa que existe relación entre el índice de estilo de vida y la variable escolaridad, presentando significancia estadística ($r_s = .247, p < .05$).

Tabla 7. Correlación entre índice de estilo de vida y características sociodemográficas

Variable	1	2	3	4	5
1. Índice estilo de vida	1				
2. Estado civil	.015 (.89)	1			
3. Escolaridad	.247 (.026)	.122 (.27)	1		
4. Género	.098 (.38)	-.006 (.95)	.023 (.83)	1	
5. Edad	-.016 (.88)	.357 (.001)	.035 (.75)	.008 (.94)	1

Fuente: Cuestionario estilo de vida promotor de la salud $n = 81$

En la tabla 8 se muestra que no hay relación estadísticamente significativa entre las variables de índice estilo de vida, consumo de alcohol y tabaco; sin embargo, se aprecia significancia estadística entre el consumo de alcohol y tabaco.

Tabla 8. Relación de alcohol y tabaco e índice estilo de vida

Variable	1	2	3
1. Índice estilo de vida	1		
2. Consumo de alcohol	.32 (.780)	1	
3. Consumo de tabaco	.081 (.473)	.295 (.007)	1

Fuente: Cuestionario estilo de vida promotor de la salud y cédula de datos $n = 81$

En la tabla 9 se muestra la relación entre índice estilo de vida y autoeficacia. Se observa relación estadísticamente significativa entre las variables ($r_s = .44$; $p < .001$).

Tabla 9. Relación entre índice estilo de vida y autoeficacia

Variable	1	2
1. Índice estilo de vida	1	
2. Índice de autoeficacia	.441 (.000)	1

Fuente: Cuestionario estilo de vida promotor de la salud y escala de autoeficacia general $n = 81$

La relación entre el índice de estilo de vida, autoeficacia y datos de salud no fue estadísticamente significativa.

Discusión

El promedio de edad de los trabajadores fue de 32 años, lo cual corresponde a la etapa de la vida adulto temprano (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi], 2010); este dato es distinto al reportado en la investigación de Contreras (2011), donde el promedio de edad de los participantes fue de 49 años, lo cual permite analizar que los trabajadores son jóvenes, y esto posiblemente favorece que sea alto su índice de estilo de vida promotor de salud.

En relación con el género, 7 de cada 10 trabajadores fueron mujeres, resultado similar a lo referido por García (2011), quien en su estudio señaló que 64 % de los participantes pertenecían a ese género, lo cual demuestra la inserción ascendente de la mujer en el área laboral.

Con respecto al estado civil, 4 de cada 10 personas eran solteras, lo cual permite al trabajador tener libertad para cambiar de turno o movilidad de área geográfica. Este resultado es diferente al hallado por Artime y Alonso (2012), quienes indicaron que 73 % de los participantes estaban casados o tenían pareja estable.

En cuanto al nivel académico, 4 de cada 10 participantes tenía escolaridad de secundaria, porcentaje similar al indicado por Mellado, Pérez, Árcega, Soriano y Arriola (2011), quienes reportaron que la media de escolaridad fue de 9.4 ($DE = 4.2$) años de estudio, así como al referido por el INEGI (2010), donde en Querétaro el grado promedio de escolaridad de la población de 15 años y más es de 8.9, lo que equivale a la secundaria concluida.

En este grupo de trabajadores, por otra parte, se observó un promedio de glucosa y tensión arterial dentro de los parámetros normales, datos diferentes a los enseñados por Salinas, Lera, González, Villalobos y Vio (2014), quienes encontraron promedios altos de estas variables.

Asimismo, el índice de estilo de vida obtenido en este estudio fue bajo (11 a 64), en comparación con el reportado por Villar, Ballinas, Gutiérrez y Angulo (2016), quienes obtuvieron puntajes entre 85 a 102, categorizando el estilo de vida como adecuado.

En lo que respecta al consumo de tabaco, 44.4 % de los trabajadores fuman, dato mayor a lo reportado por la Secretaría de Salud, en la Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] (2011), donde se menciona que en Querétaro el consumo de tabaco es de 23 %, y a lo señalado por Velasco-Contreras (2013), quien explica que el consumo de tabaco fue de 39.2 %.

Sobre el índice de autoeficacia (media = 54.3, $DE = 10$), el dato corresponde a un nivel medio, resultado diferente a otro estudio en el que se halló un nivel alto (Fort *et al.*, 2015).

En cuanto a la relación entre estilo de vida y las variables sociodemográficas edad, género, escolaridad y estado civil, solo se encontró relación con la variable escolaridad ($r_s = .24, p < .05$), esto es diferente al estudio de Tamayo, Rodríguez, Escobar y Mejía (2015), quienes indicaron que el género y el estado civil se relacionan con el estilo de vida.

Finalmente, en esta población, la relación encontrada entre las variables estilo de vida y autoeficacia ($r_s = .44, p < .001$) permite inferir que las personas que se consideran autoeficaces se esfuerzan en organizar y llevar a cabo acciones que favorecen su estilo de vida.

Conclusiones

Los resultados permitieron establecer la relación del estilo de vida con la autoeficacia y el consumo de alcohol y tabaco en un grupo de trabajadores en los cuales el estilo de vida fue no saludable; asimismo, la autoeficacia se encontró en nivel medio y el consumo de alcohol fue mayor que el del tabaco. Los hallazgos sirven de base para la formulación de programas de prevención en esta población. Se sugiere incluir los tópicos de responsabilidad de la salud, actividad física, nutrición, desarrollo espiritual, relaciones interpersonales, manejo de estrés, consumo de alcohol y tabaco, y como eje transversal la autoeficacia, preferencias y valores, dado que el estilo de vida se determina a partir de estos; para ello, el tema se debe abordar desde una perspectiva multidisciplinaria, donde enfermería sea agente clave para la promoción de la salud de esta población.

Bibliografía

- Artime, E. M. y Alonso, M. I. (2012). Estado ponderal y su relación con el tipo de trabajo y estilos de vida en población laboral. *Enfermería del Trabajo*, 2(4), 239-247. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/4054819.pdf>.
- Baessler, J. y Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.
- Cid, P., Merino, J. y Stieповich, B. (2006). Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud. *Revista Médica de Chile*, 134(12), 1491-1499. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200001.
- Contreras, C. A. (2011). Estilos de vida promotores de la salud en trabajadores de una plataforma marina en el golfo de México. *Ciencia & Trabajo*, 13(41), 181-186.
- Fort, M., Murillo, S., López, E., Dengo, A. L., Alvarado, N., Beausset, I., Castro, M., Peña, L., Ramírez, M., y Martínez, H. (2015). Impact evaluation of a healthy lifestyle intervention to reduce cardiovascular disease risk in health centers in San José, Costa Rica and Chiapas, México. *BMC Health Services Research*, 15, 577. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4693408/>.
- García, J. C. (2011). *Hábitos saludables de los trabajadores de una institución hospitalaria pública de alta complejidad en Bogotá* (tesis de doctorado). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá: Doctorado en Salud Pública. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4112/1/5973912011.pdf>.

- Grove, S., Gray, J. y Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería, desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia* (6.^a ed.). Barcelona, España: Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [Inegi]. (2010). *Censo de población y vivienda 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.
- Mellado, M. T., Pérez, E., Árcega, A., Soriano, M. M. y Arriola, G. (2011). Estilo de vida: precursor de factores de riesgo cardiovascular en adultos sanos. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(2), 56-61. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=31589>.
- Meza, M., Miranda, G., Núñez, N., Orozco, U., Quiel, S. y Zúñiga, G. (2012). 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*, 32(2), 51-58. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>.
- Nutbeam, D. (1996). Glosario de promoción de la salud. En Organización Panamericana de la Salud [OPS], *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación científica: 557. Washington, Estados Unidos: OPS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Ochoa, E. y Madoz, A. (2008). Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(213), 25-32. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400003.
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (1998). *Lucha contra el abuso de alcohol y drogas en el trabajo*. Ginebra, Suiza: Organización Internacional del Trabajo.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2006). *Informe sobre la salud en el mundo. Colaboremos por la salud*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2002). *Informe cuatrienal del director 1998-2001: nuevos rumbos para la salud en las Américas*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. y Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed). New Jersey, United States: Pearson.

Salinas, J., Lera, L., González, C.G., Villalobos, E. y Vio, F. (2014). Estilos de vida, alimentación y estado nutricional en trabajadores de la construcción de la Región Metropolitana de Chile. *Revista Médica de Chile*, 142(7), 833-840. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000700003.

Secretaría de Salud [SS]. (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México: Secretaria de Salud. Recuperado de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Mexico_2007-2012.pdf.

Secretaría de Salud [SS]. (2011). Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Dirección General de Epidemiología [DGE], Instituto Nacional de Psiquiatría e Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta Nacional de Adicciones* [ENA]. México: Secretaria de Salud.

Secretaría de Salud [SS]. (2014). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud (reforma 2014)*. México: Secretaría de Salud.

Tamayo, J. A., Rodríguez, K., Escobar, K. y Mejía, A. M. (2015). Estilos de vida de estudiantes de odontología. *Hacia la Promoción de la Salud*, 20(2), 147-160. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v20n2/v20n2a11.pdf>.

- Velasco-Contreras, M. E. (2013). Perfil de salud de los trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(1), 12-25. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131c.pdf>.
- Villar, L., Ballinas, Y., Gutiérrez, C. y Angulo, Y. (2016). Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “Reforma de Vida” del Seguro Social de Salud (EsSalud). *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 1(2), 17-26. Recuperado de <https://www.rpmi.pe/ojs/index.php/RPMI/article/viewFile/15/11>.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J. y Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5), 268–273.
- Zamora, A. (2008). Estilos de vida y salud mental. En J. Formes-Vives y J. Gómez-Salgado (eds.), *Educación para la salud mental* (pp. 23-40). Madrid, España: Fuden.