

T/616 /Y 11

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA SEDE CHOTA



TESIS

Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería

**“ESTILOS DE VIDA Y ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES REFERIDOS POR
LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD DE OLMOS, CHOTA - 2014”**

Presentado por: Bachiller en Enfermería:

LAUREN LISBETH YAIPÉN RUBIO

ASESORA:

M.Cs. ROSA RICARDINA CHÁVEZ FARRO

CO ASESORA:

Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VASQUEZ

CHOTA; 2014

JURADO EVALUADOR

PRESIDENTA : M.Cs. Luz Amparo Nuñez Zambrano.

SECRETARIA : M.Cs. Miriam Mercedes Hurtado Sempértégui.

VOCAL : M.Cs. Katia Maribel Pérez Cieza.

ACCESITARIO : Lic. Enf. Oscar Fernando Campos Salazar.

DEDICATORIA

Primeramente a Dios Todopoderoso
por regalarme la vida,
y porque me ha dado fortaleza
espiritual en los momentos más difíciles.

Especialmente con todo amor a mi
madre quien me ha dado su apoyo
incondicional y a quien debo este triunfo
profesional, por todo su trabajo y
dedicación para darme una formación
académica y sobre todo humanista y
espiritual.

También por enseñarme con su ejemplo
a rebosar todas las barreras
que la vida me presenta,
a querer ser mejor cada día,
a entender que no hay nada imposible
y que sólo hay que esmerarse y sacrificarse,
si es necesario, para lograr
las metas que me he planteado.

LAUREN

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento muy especial, a la Universidad Nacional de Cajamarca - Sede Chota, en especial a la Escuela Académico Profesional de Enfermería, por proporcionarme la enseñanza día tras día.

A mi madre, hermano y amigo por fomentarme el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida y por su apoyo incondicional.

A la M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro, quien colaboró para la realización de este trabajo de investigación, por sus valiosas aportaciones que me ayudaron a crecer como persona y como profesional.

Al personal del Puesto de Salud de Olmos por las facilidades brindadas para la elaboración de este trabajo.

A todos los participantes del estudio que desinteresadamente apoyaron para la realización de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

Jurado Evaluador
Dedicatoria
Agradecimiento
Resumen
Abstract
Introducción

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema	10
1.2. Formulación del Problema	15
1.3. Justificación	15
1.4. Objetivos	
- Objetivo General	17
-Objetivos Específicos	17

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	18
2.2. Base Conceptual	20
Concepto de Estilos de Vida	20
Estilo de vida y su relación con algunos problemas de salud	21
Alimentación inadecuada	21
Efectos del consumo de refrescos gaseosos	22
Sedentarismo	22
Tabaco	22
Alcohol	24
Estrés	26
Enfermedades más Frecuentes	26
Hipertensión arterial	26
Diabetes Mellitus	28

Dislipidemias	29
Obesidad	30
Cáncer	32
Dimensiones de Estilos de Vida	
Variables	34
Cuadro de Variables	36
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
3.1. Tipo de Estudio	40
3.2. Área y Escenario de Estudio	40
3.3. Población	40
3.4. Criterios de Inclusión	41
3.5. Criterios de Exclusión	41
3.6. Unidad de Análisis y de Observación	41
3.7. Procedimientos y Técnicas para la Recolección de Datos	41
3.8. Control de Calidad de los Datos	42
3.9. Procesamiento y Análisis de Datos	42
3.10. Consideraciones Éticas	43
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	45
CAPÍTULO V	
Conclusiones	56
CAPÍTULO VI	
Recomendaciones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	64

RESUMEN

El estudio tiene por objetivo describir y analizar estilos de vida y enfermedades más frecuentes referidas por los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, Chota-2014. Es de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, corte transversal. La muestra fue de 70 usuarios de 14-75 años. Se aplicó la técnica de entrevista, utilizándose dos instrumentos: escala del estilo de vida, elaborado por Walker, Sechrist y Pender; y el cuestionario sobre enfermedades más frecuentes elaborado por la autora. Los resultados de la investigación evidenciaron que 51,4% de los usuarios no tienen estilos de vida saludables y 48,6% tienen estilos de vida saludables. En características sociales la mayoría de los usuarios tienen entre 24 y 43 años, en cuanto al sexo, 50% corresponde al masculino y 50% al femenino. Más de la mitad son agricultores; profesan mayormente religión católica, El 40% tienen primaria completa y 42,9% son casados; 95,7% tienen ingresos económicos menor a 750 nuevos soles. En los estilos de vida no saludables, 91,4% no tienen una alimentación adecuada, seguido del inadecuado manejo del estrés con 87,1% y 77,1% no practican actividad ni ejercicio. En los estilos de vida saludables se encontró que existe responsabilidad en salud con 67,1%, apoyo interpersonal con 65,7% y autorrealización con 52,9%. Con respecto a enfermedades más frecuentes, 52,9% de los usuarios refieren tener gastritis; 38,6%, hipertensión arterial; 18,6%, lumbalgia y 15,7% dolores articulares. Asimismo, presentan la diabetes mellitus con 7,1% e hipercolesterolemia con 5,7%, concluyendo que 92,9% de los usuarios refiere padecer alguna enfermedad.

Palabras claves: Estilos de vida, enfermedades, usuarios.

ABSTRACT

The study aims to describe and analyze lifestyles and more frequent illnesses reported by users of the Health of Olmos, Chota-2014. It is a quantitative approach, descriptive, cross-sectional. The sample consisted of 70 users 14-75 years. Interview technique was applied using two instruments: Lifestyle scale developed by Walker, Sechrist and Pender; and the most common diseases questionnaire prepared by the author. The research results showed that 51.4% of users do not have healthy lifestyles and 48.6% have healthy lifestyles. In social features most users are between 24 and 43 years, about sex, 50% were male and 50% female. More than half are farmers; mostly professed Catholic, 40% had completed primary school and 42.9% are married; 95.7% have less income to 750 soles. In unhealthy life styles, 91.4% have adequate food, followed by improper handling stress with 87.1% and 77.1% do not practice activity or exercise. In healthy lifestyles found that there is accountability in health with 67.1%, interpersonal support 65.7% and 52.9% self-realization. With regard to common diseases, 52.9% of users reported having gastritis; 38.6%, arterial hypertension; 18.6%, 15.7% low back pain and joint pain. They also present diabetes mellitus and hypercholesterolemia with 7.1%, 5.7%, concluding that 92.9% of the users concerned any illness.

Keywords: Lifestyle, disease users.

INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida representan los hábitos, costumbres, prácticas diarias y actividades que realiza la persona y que influyen en su salud, sobre los que solamente ella tiene el control, convirtiéndolo en un asunto de compromiso tanto individual, familiar como colectiva¹.

El ser humano continuamente trata de lograr un adecuado bienestar general por medio del equilibrio dinámico en los niveles biopsicosocial, al cual se le conoce como homeostasia; para poder alcanzar este equilibrio, el ser humano deberá practicarlos comportamientos saludables y evitar los de riesgo. Los agentes que modifican el estado de homeostasis se conocen como estresantes, cuando el organismo humano no puede contrarrestarlos, se rompe desencadenando una enfermedad. Existiendo diversas causas que influyen en los estilos de vida y que pueden o no ser modificables como las condiciones genético/hereditarias, las que pueden causar una predisposición hacia una enfermedad, y las causas modificables que representa todo aquel elemento externo al cuerpo humano, que rodea o que se interrelaciona con el individuo, y sobre el cual la persona tiene cierto grado de control, los cuales si son estilos de vida inadecuados llevan al individuo, al deterioro de su salud, traduciéndose en la presencia de enfermedades que se pueden prevenir como son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis reumatoidea, artrosis, hipercolesterolemia, gastritis, las cuales están dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad a nivel mundial, nacional y regional.

El objetivo del presente estudio es describir y analizar los estilos de vida y las enfermedades más frecuentes referidas por los usuarios del Puesto de Salud de Olmos-Chota 2014. Los resultados encontrados en el estudio muestran que el 51,4% de los usuarios no tienen estilos de vida saludables y el 48,6% de los usuarios tienen estilos de vida saludables. En cuanto a los resultados de las enfermedades más frecuentes, el 52,9% corresponde a la gastritis, seguido del 38,6% a la hipertensión arterial, el 18,6% a lumbalgias y el 15,7% a dolores

articulares. Sin embargo, también se ha encontrado a la diabetes mellitus con el 7,1% y la hipercolesterolemia con el 5,7% siendo que el 92,9% de los usuarios padecen de algunas enfermedades.

La tesis está organizada por capítulos, que a continuación se detalla:

En el Capítulo I: Se muestra el planteamiento del problema, formulación del problema justificación, el objetivo general y los objetivos específicos.

Capítulo II: Detalla el marco teórico el cual contiene los antecedentes y el marco conceptual, donde se definen importantes términos, necesarios sobre los estilos de vida y las enfermedades más frecuentes; así como las variables con su definición conceptual y operacional.

El Capítulo III, contiene el Marco metodológico, en el cual se describe el tipo de investigación del trabajo realizado, la población, procedimientos para la recolección de datos, control de calidad de los datos, procesamiento y análisis de datos y consideraciones éticas.

En el Capítulo IV: se presentan las tablas y análisis de los resultados que suministró la encuesta dada a los usuarios del Puesto de Salud de Olmos. Y finalmente, en el

Capítulo V, se exponen las conclusiones y las recomendaciones; así como las referencias bibliográficas y anexos.

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los comportamientos que tienen impacto en la salud se denominan habitualmente "Modos o Estilos de Vida", este término se convierte en un referente de la manera como la gente se comporta con respecto a la exposición a factores nocivos que representan riesgo para la salud.

El estilo de vida tiene una representación importante en el estado de la salud pública de una población; ya que se considera que un tercio de las enfermedades en el mundo pueden prevenirse mediante cambios en el comportamiento y modificaciones en el estilo de vida².

En la actualidad, el estilo de vida constituye un constructo que involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y hasta económicos. Resulta importante en la medida que permite caracterizar a las personas que nos rodean y ubicarlas en categorías o en niveles, en función a la manera cómo viven y dirigen su conducta. El estilo de vida saludable permite ir traduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana, mejora su calidad de vida³. Muchas de las veces, se producen unos estilos de vida muy diferenciados de unos a otros, que van desde el sedentarismo hasta la práctica del deporte de competición. Es ya un hecho bien conocido que la dieta mediterránea es un modelo de alimentación y estilo de vida saludable que se relaciona con una mayor esperanza de vida, asociada con un efecto protector frente a diferentes enfermedades crónicas. Representa un estilo de vida que engloba, además, de la combinación de alimentos, elementos culturales y de estilo de vida del proceso de selección, procesamiento y consumo, como son la priorización de los alimentos frescos, locales y estacionales; de las actividades culinarias y de la socialización en las

comidas, de la actividad física regular, del descanso en forma de siesta y toda una manera de vivir que forma parte de la herencia cultural de los países mediterráneos. Sin embargo, la monitorización de esta rica herencia revela que las poblaciones mediterráneas, especialmente las de la Europa Mediterránea, están progresivamente alejándose de la propia dieta mediterránea amenazando la adhesión a la misma, sobre todo entre los más jóvenes.

El promover hábitos, prácticas, costumbres y ejercicio físico que contribuya en la preservación y mejora de la salud de los pobladores; así como en sus estilos de vida para poder formar individuos integralmente sanos, capaces de gestar su propia salud, comprometidos en su entorno, contribuyendo al desarrollo humano social y saludable logrando con ello una cultura de prevención. La determinación del estilo de vida como referente de salud considera; alimentación, actividades físicas, control de tabaquismo, alcohol y otras drogas, conductas sexuales, salud mental, relaciones sociales y familiares, sueño, manejo de estrés, trabajo, tipo de personalidad y responsabilidad civil⁴.

Por lo tanto, uno de los argumentos que se ha planteado en salud ha sido la mayor frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los individuos de posición socioeconómica baja, como por ejemplo consumo excesivo de tabaco o alcohol, ausencia de actividad física, obesidad, alimentación inadecuada, etc.⁴

Posiblemente, la distinta frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los diferentes grupos socioeconómicos contribuya a explicar el origen de las desigualdades socioeconómicas en aquellos problemas de salud que presentan una fuerte asociación con esos factores de riesgo, como las enfermedades cardiovasculares o determinadas localizaciones de cáncer⁵.

Según la Organización Panamericana de Salud, en estudios realizados en el año 95-99 en Maracaibo y Venezuela la morbilidad por Enfermedades isquémicas del

Corazón ocurrieron en un 40% especialmente en personas entre 30 a 50 años, que no practicaban hábitos de vida saludable como ejercicio, alimentación balanceada, sueño, descanso. De acuerdo a este estudio la situación se deriva específicamente de las costumbres sedentarias adoptadas por la mayoría de la población, la falta de ejercicio, entre otras. Siendo indispensable educar a la población en cambios de hábitos de vida para evitar complicaciones posteriores⁶.

Por tener estilos de vida insalubres, sobre todo una mala alimentación, se estima que en el año 2015 habrá aproximadamente 2.300 millones de personas adultas con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Afectando de una forma importante no sólo a los adultos sino también a los niños y adolescentes. Además, el gran problema es que esta situación no muestra signos de mejorar en un futuro cercano. En estos últimos años la obesidad se ha convertido en un problema nutricional y en el factor que más contribuye a la morbi-mortalidad de la población, dado que es un factor determinante de riesgo para muchas enfermedades crónicas y enfermedades no transmisibles. Y este riesgo no está sólo relacionado con las enfermedades cardiovasculares; sino también con otros problemas frecuentes, como la diabetes tipo II, la artrosis, e incluso con algunos tipos de cáncer, tales como el de colon, recto, próstata, ovarios, mama y endometrio⁶.

En España (2012); se ha descrito un aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, tanto en población adulta como infanto-juvenil. Según la última encuesta nacional de salud, el 37,8% y el 15,6% de los adultos españoles mayores de 18 años presentaron sobrepeso u obesidad, respectivamente. Utilizando los resultados del estudio dirigido por Ll. Serra y J. Aranceta, quienes analizan los hábitos de la actividad física en la población española de 12 a 24 años, los factores ambientales que influyen en ella y la adecuación a las recomendaciones sobre actividad física y sedentarismo⁷.

A nivel global la inactividad física, es responsable de 3,2 millones de muertes anualmente (5,5% del total), impactando fuertemente en mujeres y adultos mayores. A su vez, aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cáncer de mama y diabetes. Se estima a nivel mundial una prevalencia de sedentarismo de 17%, aunque si consideramos también a la actividad física insuficiente o inactividad física, esta cifra asciende al 41%. Lo que significa que la población tiene estilos de vida inadecuados, llevando a incrementar las enfermedades crónicas no trasmisibles⁶.

Así también en Chile, los estilos de vida no saludables conllevan a padecer de enfermedades del sistema circulatorio representando la principal causa de muerte. En el año 2009 se produjeron 89.916 muertes por estas entidades. Datos del estudio Interstroke, afirma que el riesgo atribuible poblacional de padecer un accidente cerebrovascular asociado al antecedente de hipertensión fue del 34,6%⁸.

De la misma manera, el principal problema de salud de la población colombiana es la enfermedad y muerte secundaria a las enfermedades del sistema circulatorio, enfermedad isquémica del corazón (como infarto y angina de pecho), enfermedad cerebro vascular y diabetes. La tasa de habitantes, es decir, que por cada 100.000 habitantes, por lo menos 100 mueren a causa de estas enfermedades crónicas⁹.

Asimismo, el ritmo de vida de venezolanos y venezolanas ha generado que muchos de ellos acumulen altos niveles de estrés y, consecuentemente, ha habido un incremento de enfermedades digestivas, sobre todo gastritis. En Venezuela la gastritis fue el diagnóstico endoscópico más frecuente con 32,4% y de ella predominaron las variedades eritematosa y eritemato-erosiva, con 66,0% y 13,0 % y con menor cuantía la duodenitis (12,1 %). Aunque 30,6 % de los

estudios resultaron normales, se diagnosticaron 10 pacientes con cáncer gástrico y 9 con cáncer esofágico¹⁰.

En la actualidad la mayoría de las personas están expuestas a un ritmo de vida agitado, en donde las presiones en el trabajo, en el hogar, los conflictos familiares, sociales, los malos hábitos alimenticios y los vicios como: el alcohol, tabaquismo, entre otros pueden conducir a la aparición de distintas enfermedades físicas, entre ellas la gastritis¹⁰.

Cajamarca no está ajena a este flagelo, además de los grandes problemas causados por la pobreza, malnutrición y la incidencia (o aparición de nuevos casos) de enfermedades crónicas en la población general ha aumentado desde el 2009 debido a los cambios de los estilos de vida, observándose un aumento en el consumo de tabaco, alcohol y disminución de la realización de actividad física, que conduce al aumento de peso.

Según datos estadísticos del Hospital Regional de Cajamarca en el 2012, las personas entre los 12 a 65 años padecen de enfermedades como: 69,9% son del sistema osteomuscular y de tejido conjuntivo, 89% de hipertensión arterial, y el 94% corresponden a enfermedades gastrointestinales.

En la Disa Chota, los datos revelan que hasta octubre del 2014, existen 52 casos de hipertensión arterial diagnosticados; 76 de osteoartritis; 6 de diabetes mellitus; 84 de enfermedades gastrointestinales; y 4 por dislipidemias, correspondiente a los usuarios de 60 a más años.

Del mismo modo, a nivel de la Red Chota hasta octubre del 2014; se tiene 26 casos de hipertensión arterial, 34 de osteartrosis, 6 de diabetes mellitus, 51 de enfermedades gastrointestinales, y 4 de dislipidemias en el mismo grupo etario, esto debido probablemente a los malos estilos de vida que practican.

En el Puesto de Salud de Olmos se ha observado que los usuarios tienen algunos estilos de vida inadecuados que contribuyen a la presencia de diversas enfermedades en la población como: hipertensión arterial, gastritis, hipercolesterolemia, enfermedades cardiovasculares, diabetes, siendo probablemente la mayoría de los casos por los malos estilos de vida que realizan como una incorrecta alimentación, consumo de alcohol, consumo de tabaco, falta de responsabilidad en su salud y estrés las cuales son perjudiciales para su salud.

Considerando lo antes expuesto se ha creído necesario realizar una investigación sobre los estilos de vida y las enfermedades más frecuentes que tienen los usuarios del Puesto de Salud de Olmos.

A. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los estilos de vida y las enfermedades más frecuentes referidos por los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, Chota-2014?

1.2. JUSTIFICACION

El presente trabajo de investigación es importante porque nos brinda información actualizada sobre los estilos de vida y las enfermedades más frecuentes referidas por los usuarios, lo cual sirve para dar a conocer a las autoridades de salud de la problemática existente en esta comunidad, lo que llevará a implementar diversas estrategias para evitar que se incremente las enfermedades. Asimismo, es importante conocer los estilos de vida de los usuarios porque ayudará a elaborar y ejecutar programas educativos de promoción y prevención de dichas enfermedades, las que hoy en día afecta a un gran número de nuestros usuarios en edades comprendidas entre los 14 a 75 años de edad.

Además esta investigación es relevante, porque se conoció los estilos de vida de los usuarios y las enfermedades más frecuentes en el Puesto de Salud de

Olmos, lo que implica que se busquen alternativas de solución para este grupo como la implementación de estrategias sobre los estilos de vida. Igualmente tiene relevancia científica porque a raíz de los resultados obtenidos se tiene una visión más clara sobre la investigación del tema.

Es beneficioso para los usuarios del Puesto de Salud, ya que estarían informados sobre la problemática existente, llevándoles a cambios de conducta y de hábitos en sus estilos de vida, y a raíz de esto que ellos mismos eviten las diferentes enfermedades a los que están expuestos, sobre todo las no transmisibles.

Este estudio desde el punto de vista teórico, servirá como un aporte metodológico, pues permitirá difundir esta investigación al personal de salud y a estudiantes de Ciencias de la Salud de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca quedando así un precedente en esta casa superior de estudios e incentivar a los investigadores de Chota a profundizar en temas como éste para conformar una línea de base en este tema.

1.3. OBJETIVOS:

➤ OBJETIVO GENERAL:

- Describir y analizar los estilos de vida y las enfermedades más frecuentes referidas por los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, Chota-2014.

➤ OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar socioeconómicamente a los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, Chota-2014.
- Identificar los estilos de vida que tienen los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, Chota-2014.
- Describir las enfermedades más frecuentes referidas por los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, Chota-2014.

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

En la investigación: "Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad, se tuvo los siguientes resultados: en la población de estudio se encontró en buen estilo de vida con 56,5% y 54,9%, seguido de excelente con 35,5% y 23,9% en hombres y mujeres. Se concluyó que ninguno de los participantes tiene un estilo de vida no saludable¹¹.

Se realizó un estudio en La Habana los estilos de vida, el bienestar subjetivo y salud de los ancianos. La muestra estuvo conformada por 324 participantes, entre varones y mujeres, cuyas edades fluctuaban entre 60 y 89 años. Los instrumentos utilizados fueron: Test de Pfeiffer, Cuestionario de Neugarten, Encuesta de datos generales y algunas variables de estilo de vida: actividad laboral, tiempo libre, empleo, práctica de ejercicio físico, hábitos de consumo relaciones interpersonales y contactos sociales. Concluyó que un número elevado de ancianos tiene estilos de vida no saludables¹².

Es un estudio sobre los estilos de vida en el Perú. La muestra estuvo conformada por 3000 participantes entre 18 y 69 años de edad, de diferentes departamentos del Perú. El instrumento aplicado fue un Cuestionario con preguntas dirigidas a determinar los estilos de vida como: estrés, consumo de alcohol, consumo de tabaco y alimentación inadecuada. En conclusión los peruanos tienen estilos de vida que perjudican la salud¹³.

En México se estudiaron los estilos de vida en 342 casos con riesgo cardiovascular y 684 controles. En los trabajadores con sobrepeso u obesidad, el riesgo cardiovascular superó al de aquéllos con peso normal. Los

antecedentes familiares de infarto del miocardio se asociaron directamente, y la actividad física moderada-vigorosa inversamente con el riesgo cardiovascular, en modelos con interacciones entre género y actividad física; esta relación se mantuvo sólo en los hombres. En conclusión muestran el papel preponderante de la actividad física moderada-vigorosa como factor del estilo de vida asociado con menor riesgo cardiovascular¹⁴

En el estudio titulado: Estilo de vida asociado a enfermedades cardiovasculares en las estudiantes de la especialidad en cirugía cardiovascular, en Lima 2009-2010, llegaron a los siguientes resultados que el 43% de alumnas trabajan en Hospitalización, en cuanto al estilo de vida, el 95.2% no consume cigarrillos, el 57.1% no consume alcohol, el 48% consume de 3 a 6 vasos de agua diarios, el 48% consume frutas, el 52% consume verduras frescas, el 57.% consume frituras de 2 a 3 veces por semana, el 52.4% no comen alimentos en los horarios correctos, el 62% realizan ejercicios una vez por semana, el 76.2% duerme de 5 a 7 horas diariamente¹⁵.

2.2. BASE CONCEPTUAL

ESTILOS DE VIDA

Puede definirse como “el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo”. Los hábitos de vida saludables que conducen a estilos de vida positivos tendrán como finalidad incrementar los años de vida bajo unas adecuadas condiciones de calidad de vida.

Según Sánchez Bañuelos surge el “concepto de calidad de los años vividos, es decir, no considerar solamente el total de años si no los años durante los cuales una persona es autónoma, está libre de enfermedades y puede disfrutar de la vida”.

El estilo de vida se basa en las reacciones habituales individuales y en unas pautas de conductas aprendidas. Está influenciado por la familia, escuela, amigos, medios de comunicación, trabajo y organización social. Todo estilo de vida está favorecido por los hábitos, costumbres, modas y valores existentes y dominantes en cada momento en cada comunidad. Estos factores son aprendidos y, por tanto, modificables a lo largo de toda la vida¹⁶.

El estilo de vida saludable es aquel que permite ir introduciendo en la manera de vivir de las personas, pautas de conductas, que tanto individual como colectivamente de forma cotidiana mejoran su calidad de vida.

Buena parte de las patologías que provocan más morbilidad y mortalidad tienen relación con los hábitos y costumbres, lo cual confirma que la promoción de hábitos saludables entre los jóvenes es una de las medidas que más y mejor pueden contribuir a la mejora de esperanza y calidad de vida de la población¹⁷.

Es el conjunto de comportamientos frecuentes que realiza un individuo orientados al mantenimiento de la salud física y mental, entre los cuales se encuentran: actividades lúdicas y deportivas, satisfacción académica y familiar y consumo de alimentos, todo ello en función a las características sociales y culturales de su entorno¹⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud, un estilo de vida saludable es una forma de vida que permite disminuir el riesgo de estar gravemente enfermo o de una muerte temprana. La mayoría de los autores definen los estilos de vida saludables como un “conjunto de patrones conductuales que poseen repercusiones para la salud de las personas”. Una manera más sencilla y práctica para definirlo, es la adopción de hábitos alimenticios saludables, mantener un peso apropiado, ejercitarse regularmente, dejar de fumar y beber alcohol (o nunca hacerlo) y minimizar el estrés¹⁹.

Estilo de vida y su relación con algunos problemas de salud

Alimentación inadecuada

La alimentación basada en comidas rápidas, ricas en grasas, azúcares con alta densidad energética, y escasos nutrientes y fibras, ha llevado a un aumento significativo de los casos de obesidad y dislipidemias así como de diabetes tipo 2 e hipertensión. Estos elementos constituyen el Síndrome metabólico. Una dieta sana debe tener presente alimentos ricos en fibra (pan integral, frutas, verduras, legumbres, frutos secos) y una proporción global adecuada de hidratos de carbono (50%), grasas (30% máximo, no debiendo superar las saturadas el 8%-10%) y proteínas (15%). Una dieta con excesivas calorías o con exceso de grasas o hidratos de carbono conduce a la obesidad, sobre todo en ausencia de una práctica adecuada y regular de ejercicio²⁰.

Efectos del consumo de refrescos gaseosos.

Los ingredientes de las gaseosas pueden ser nocivos para la salud. Entre los ingredientes "conocidos" de la misteriosa fórmula secreta Coca Cola se encuentra el ácido fosfórico, utilizado como aditivo, que además de ser uno de los anticorrosivos favoritos de los mecánicos, (utilizado para limpiar motores, defensas, entre otros), en el cuerpo provoca desmineralización ósea, esto significa que no permite la adecuada absorción de calcio en el organismo, debilitando los huesos y por tanto incrementándose la posibilidad de tener fracturas²¹.

Los refrescos de cola no tienen ningún valor nutritivo, no contienen vitaminas, proteínas ni minerales y sí gran contenido de endulzantes y aditivos como conservadores y colorantes²¹.

Además, la combinación de este ácido con azúcar refinada y fructuosa dificulta la absorción de hierro, lo que puede generar anemia y mayor facilidad para contraer infecciones, principalmente en niños, ancianos y mujeres embarazadas²¹.

Sedentarismo

Se define generalmente como la "falta de actividad física o inactividad física". Con esta definición se describe más bien una conducta o un estilo de vida. Produce una disminución en la eficiencia del sistema cardiovascular (corazón y circulación sanguínea), una disminución y pérdida de masa ósea y muscular, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial²¹.

Tabaco

El tabaco es una planta herbácea anual o perenne, cuyas hojas preparadas convenientemente, se fuman, se aspiran o se mascan. Sus hojas contienen un alcaloide (nicotina), en cantidades variables que van de 0.2 al 5% según la

especie que excita el Sistema Nervioso Vegetativo. La nicotina, es un alcaloide líquido, incoloro, volátil presente en las hojas del tabaco, aunque se puede producir sintéticamente. Este alcaloide se absorbe fácilmente en las vías respiratorias, mucosa bucal y piel. Por ser una base relativamente fuerte, su absorción en el estómago es limitada, no así a nivel intestinal.

El contenido promedio de nicotina en los cigarrillos se calcula en 8 a 9mg. Sobre la duración del efecto este es más largo en el tabaco debido a que el alcaloide se absorbe con mayor lentitud que la inhalada. Su vida media después de su inhalación o administración parenteral es de 2 horas aproximadamente y se excreta, al igual que sus metabolitos, por vía urinaria. La nicotina también puede excretarse por la leche materna, llegándose a detectar hasta 0,5 mg de nicotina por litro en la leche de las grandes fumadoras.

Acciones que tiene el alcaloide en los diversos sistemas del organismo. En el Sistema Nervioso Periférico estimula de manera transitoria a todos los ganglios autonómicos, para luego deprimirlos de manera más persistente. A dosis pequeñas estimula de manera directa a las células ganglionares y facilitan la transmisión de impulsos; mientras que a dosis mayores la estimulación inicial va seguida, con gran prontitud, por bloqueo de la transmisión. Igualmente, la nicotina estimula a diversos receptores sensoriales, entre ellos los mecanorreceptores que reaccionan al estiramiento o a la presión de la piel, el mesenterio, la lengua, el pulmón y el estómago.

Sobre el Sistema Nervioso Central actúa estimulándolo; a dosis apropiadas produce temblores y va seguido de convulsiones a dosis elevadas. Por otro lado, activa a los nervios aferentes vagales y espinales que participan en el acto de vomitar. En el sistema cardiovascular suele producir aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Los efectos sobre el sistema digestivo se deben

a la estimulación parasimpática que llevan al incremento de la actividad motora del intestino con las consiguientes náuseas, vómitos y diarrea²¹.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud, hace mención a la asociación causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, bucal, laringe, faringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Además señala que el humo colateral del cigarrillo contiene mayor concentración de carcinógenos que el humo central, incrementando el riesgo de cáncer en fumadores pasivos. Igualmente, se ha demostrado que el humo del tabaco contiene más de 3.900 compuestos químicos, y en las hojas más de 2.500, la mayoría de estas sustancias son carcinógenas¹⁹.

Alcohol:

Por lo general, el término alcohol suele agrupar a aquellas combinaciones que resultan de la sustitución de uno o más átomos de hidrógeno de los hidrocarburos alifáticos, o de las cadenas laterales de los cíclicos, por uno o más grupos hidroxilos. El tipo de alcohol involucrado en las bebidas es el etanol.

Sobre el etanol se afirma que su absorción es rápida en el estómago, intestino delgado y colon; alcanzando una concentración máxima en sangre a los 30 a 90 minutos. Esto depende de la presencia de alimentos en el estómago que retardan su absorción. Una vez absorbido, se distribuye con uniformidad por todos los tejidos y líquidos del cuerpo, incluso a través de la placenta²².

La tasa promedio de su metabolización es de 120 mg/kg por hora; cerca de los 30 ml en 3 horas. Su oxidación se produce a nivel del hígado.

El etanol es un depresor del Sistema Nervioso Central, afectando en primer lugar los procesos mentales de capacitación y experiencia previa; luego se pierde la memoria, la concentración y la intuición que conllevan a trastornos de la personalidad y arranques emocionales. En casos de intoxicación grave se puede llegar a estados de anestesia general, incluso con compromiso de la respiración. Sobre el sistema cardiovascular, el etanol a bajas dosis, genera pequeñas

variaciones en la presión arterial, gasto cardíaco y fuerza de la contracción miocárdica. A dosis moderadas, causa vasodilatación a nivel cutáneo dando como resultado una piel caliente y enrojecida debido a que se intensifica el flujo sanguíneo cutáneo y gástrico produciendo la sensación de calor, incluso con incremento de la sudoración, reduciendo la temperatura corporal interna²².

Sobre el músculo estriado reduce la percepción de fatiga e incrementa al trabajo muscular. Por otro lado, a nivel del tubo digestivo, el etanol suele estimular las secreciones gástricas y salivales al estimular las terminaciones sensoriales del estómago y boca. A concentraciones altas en el estómago (40% o más), produce gastritis erosiva.

El consumo habitual de grandes cantidades de etanol puede causar estreñimiento y diarrea. En cantidades moderadas, no influye en la acción motora del colon, pero su ingesta hasta la intoxicación resulta en la interrupción de las funciones secretoras y motoras del tubo digestivo, retrasándose la absorción y produciéndose piloropasmo y vómito. Igualmente, contribuye en la producción de lesiones en el esófago y duodeno a la vez que es el factor causal de la pancreatitis aguda y crónica debido al aumento de la secreción y a la obstrucción del conducto pancreático²².

Sobre el hígado, la ingesta aguda y moderada produce pocos cambios duraderos en la función hepática; pero su consumo regular conlleva a efectos adversos relacionados con la dosis (hepatitis alcohólica y cirrosis). En el riñón, inhibe la hormona antidiurética y reduce la resorción tubular renal del agua incrementando la diuresis dependiendo de la concentración sanguínea del alcohol.

Hematológicamente, el alcohol interfiere con el metabolismo y transporte de folato así como su almacenamiento en el hígado, ocasionando anemias sideroblástica y megaloblástica, efectos reversibles con la abstinencia. También hay depresión de

la migración de leucocitos hacia zonas inflamadas lo que explicaría la mala resistencia de los alcohólicos a la infección²².

Estrés

El estrés psicológico, es el resultado de la relación entre ambiente y sujeto, que es evaluado por éste, como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición patógena. Para que se rompa el equilibrio, que afectará tanto al organismo como al ambiente, deben unirse: un elemento perturbador y un organismo susceptible a él. Las características o estado del sistema que es atacado, es tan importante como el agente externo que ataca, en la producción de la alteración del equilibrio, que redundará en la situación patógena correspondiente.

Las condiciones ambientales extremas, representan estrés para la mayoría de los sujetos, tales como: las catástrofes naturales, la guerra, la tortura, entre otros. No ocurre lo mismo con las situaciones de vida cotidiana en las que se produce una gran variabilidad de respuesta, lo que es estresante para una persona, no lo es para otra, incluso lo que es estresante en un momento, no lo es en otro momento para el mismo individuo²²

ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) en Cuba, como en cualquier país del mundo desarrollado, constituye un problema de salud, es el factor de riesgo más importante en el origen de las afecciones del corazón, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal. Alrededor de un 30 por ciento de la población cubana mayor de 14 años es hipertensa conocida, pero se estima que después de los 50 años casi la mitad de las personas tiene problemas con la presión alta.

En un reciente análisis, publicado en la revista médica británica The Lancet, se asegura que la reducción de la tensión sistólica –la primera cifra y mayor de las dos lecturas- en 20 mm de Hg, y de la diastólica –la segunda lectura- en 5 mm de Hg, en cualquier persona podrían disminuirle a la mitad el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular o desarrollar una cardiopatía¹⁸.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial causa cerca del 50 por ciento de los casos de enfermedades cardiovasculares en todo el mundo. La OMS estima que entre 10 y 30 por ciento de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial y entre 50 y 60 por ciento podría gozar de mejor salud si redujera sus cifras tensionales.

Aun cuando muchas veces la hipertensión aparece sin causa conocida, siempre resulta fácil determinar los elementos de riesgo presentes en el estilo de vida de estas personas. Para revertir este proceso en función de la salud del hombre y su calidad de vida es necesario:

- Llevar una dieta balanceada.
- Evitar el consumo excesivo de sal.
-
- Practicar ejercicios físicos sistemáticamente.
- Controlar el peso corporal.
- Renunciar al hábito de fumar.
- Evitar las tensiones emocionales intensas y continuas.
- Reducir o eliminar la ingestión de bebidas alcohólicas¹⁹

En el estilo de vida saludable se puede incluir también el sueño necesario. Según indicaron investigadores italianos en el American Journal of Hypertension, la presión arterial sube significativamente cuando se duerme menos de siete 7 horas. Ellos estudiaron a adultos con hipertensión de leve a moderada, a los que

se les dejó dormir sólo cuatro horas durante la noche. La presión sistólica fue, como promedio, 7 mm de Hg más elevada durante la mañana siguiente, mientras que la diastólica fue 4 mm de Hg por encima de lo normal.

Es indudable que para continuar elevando la duración y calidad de vida de los cubanos, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión. Ese reto se extiende a toda la sociedad, no sólo se concentra en el tratamiento y el control adecuados de los pacientes diagnosticados y con perfeccionar los métodos que conduzcan a descubrir quiénes son aquellos que, sin sospecharlo siquiera, pueden estar afectando su plenitud vital por esta causa; tiene que ver también con el incremento del número de personas que asuman un estilo de vida saludable y con la realización por todos los factores de la comunidad de las acciones que favorezcan estas conductas¹⁹.

Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad que se produce por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y en la orina, que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina para cubrir sus necesidades o bien, cuando la que se produce no se metaboliza efectivamente; es una enfermedad multiorgánica, con afectación en el sistema macro y microvascular, que tiene como consecuencia, lesión en diferentes órganos y sistemas del cuerpo tanto a corto como a largo plazo.

El crecimiento continuo de la prevalencia de diabetes mellitus de tipo 2 en un gran número de países constituye una importante preocupación para los organismos nacionales e internacionales relacionados con la salud pública.

El actual paradigma explicativo de las causas de este aumento y las estrategias de prevención, sitúan como principales responsables a los estilos de vida que adoptan los individuos, y por ello son dianas prioritarias de las intervenciones

terapéuticas y educativas. La obesidad y el sedentarismo son los factores más identificados, tanto en los medios científicos como entre la opinión pública, como las causas más destacadas de la epidemia de diabetes mellitus de tipo 2.

La insistencia sobre la necesidad de que los individuos adopten una alimentación saludable y practiquen ejercicio físico se ha convertido en el principal mensaje preventivo de casi todos los que se preocupan por ofrecer soluciones al problema.

Aunque la medicación es esencial para el tratamiento de las personas con diabetes (tanto tipo 1 como 2), la práctica de los estilos de vida cumplen una función fundamental en su tratamiento, se puede describir que el manejo y progresión de la diabetes están ligados estrictamente con la conducta que tenga el paciente frente a su enfermedad.

Es por ello que se ha establecido para el tratamiento de la diabetes, la práctica de estilos de vida saludables en la dieta, la actividad física, la vigilancia y la farmacoterapia, incluyendo a la insulino terapia y los hipoglucemiantes orales²².

Dislipidemias:

El término dislipidemia se define como el conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en las concentraciones de los lípidos sanguíneos y de los componentes de las lipoproteínas circulantes, a un nivel que implica un riesgo para la salud.

La prevalencia de las dislipidemias, por cantones en Costa Rica oscila entre el 8.7% y el 17.4%, afectando al 20% del grupo de edad de 20 a 59 años.

En el tratamiento de las dislipidemias, es necesario considerar que las pautas nutricionales y los cambios de hábitos, constituyen el eslabón inicial y esencial de

la terapéutica. Dichas modificaciones deben mantenerse en forma permanente, en tanto dure el tratamiento.

Es necesario remarcar que la sección dieta representa para la mayoría de los pacientes una prohibición de disfrutar de situaciones placenteras. Por ello son pocos los individuos que logran beneficios claros y duraderos con estas modificaciones²¹.

Obesidad

El sobrepeso y la obesidad son una epidemia que afecta a individuos de todas las edades, sexos, razas y latitudes, sin respetar el nivel socioeconómico. Es la consecuencia de la existencia de un balance energético positivo que se prolonga durante un tiempo.

Al balance energético negativo, único tratamiento efectivo de la obesidad, se puede llegar incrementando la actividad física y/o reduciendo la ingesta total de energía alimentaria. Por esta razón, las acciones que se ejecuten deben estar dirigidas a desarrollar estilos de vida saludables mediante la realización de actividades físicas moderadas e intensas acompañadas del consumo de una dieta adecuada.

Para lograr que en una población se mantengan estilos de vida saludables es necesario que ésta participe activamente en la búsqueda de las medidas que permitan su realización y éstas se deben practicar de acuerdo con un enfoque holístico donde la integración armónica de todos sus componentes faciliten la realización más eficiente con el mayor efecto residual.

Si en edades tempranas no se consume una dieta variada, equilibrada y en cantidades suficientes para que aporte los nutrientes necesarios en el crecimiento y desarrollo, estaremos fomentando que el niño crezca con tendencia a ser un adulto obeso; sin embargo, nunca es tarde para adoptar nuevos estilos de vida.

Aun en la etapa adulta se puede comenzar con patrones dietéticos sanos que nos protejan de la obesidad.

El abordaje terapéutico de la obesidad, por su naturaleza multifactorial, debe ser objeto de múltiples sectores o miembros de la sociedad. En correspondencia con la realidad de que no existen tratamientos mágicos para la misma es necesario que médicos, personal paramédico, maestros, padres, funcionarios de salud pública y de otros sectores en unión de líderes formales y no formales de la comunidad unan sus esfuerzos con vistas a lograr la aplicación de programas o medidas que eviten el incremento progresivo del número de casos y que al mismo tiempo a los ya afectados les permita reducir el exceso de grasa corporal e incluso retornar a su peso saludable.

Tratándose de la obesidad, es una obligación de todos unirse para enfrentarla y dominarla porque de no hacerlo, como consecuencia de las complicaciones a las que puede dar lugar con toda seguridad terminará más temprano que tarde comprometiendo, de manera importante, el cuadro de salud de la población. Sin olvidar que las acciones sobre el individuo obeso deben provenir de varias direcciones, de manera tal que en su conjunto permitan la integración de un tratamiento de la enfermedad.

Como el individuo obeso, es parte integrante de la comunidad, ésta requiere ser informada correctamente sobre las acciones que debe realizar para lograr y mantener el peso correspondiente a la edad, sexo y talla de sus integrantes por las implicaciones que esto tiene para la salud de la población. Entre las informaciones que se les deben brindar a la comunidad se encuentran las que tienen relación con las recomendaciones sobre la realización de un determinado nivel de actividad física, buenos hábitos alimentarios e inocuidad de los alimentos.

El consumo regular de alimentos que de forma natural son ricos en antioxidantes como frutas, vegetales, granos integrales, legumbres y condimentos a partir de hierbas, está estrechamente asociado con beneficios para la salud. Las personas que consumen estos alimentos ingieren niveles variados de compuestos activos y protectores de fatales enfermedades. Es importante comprender que la alimentación más saludable para el ser humano, el combustible que nos aporta mayor rendimiento y menor riesgo para la salud, es el que nos proporciona la naturaleza. Aprovechemos de forma sabia esta maravillosa fuente de vida¹⁸.

Cáncer

El ser humano necesita adquirir sistemáticamente por los alimentos el aporte de grasas, proteínas, carbohidratos y pequeñas cantidades de micronutrientes como minerales y vitaminas. Su combinación para lograr una alimentación balanceada, más otros factores que forman parte del estilo de vida, son el pasaporte para viajar por una vida larga, sana, que además nos permita la prevención de muchas enfermedades.

Las dolencias que ocupan los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad en el mundo están marcadas por diferentes factores de riesgo; pero cada vez se ve con mejor claridad el papel que desempeñan los hábitos alimentarios en su aparición, de ahí que puedan ser poderosas herramientas en su prevención.

El cáncer es una de las enfermedades con mayor índice de mortalidad en el mundo. En la actualidad, trata de competir por el primer puesto con las cardiovasculares. Es una enfermedad multifactorial, cuyo proceso es complejo y prolongado. Se caracteriza por el crecimiento y multiplicación sin control de células anormales, bajo el efecto de factores internos como hormonas, el estado de inmunidad o la historia genética familiar o por la influencia de factores externos como sustancias químicas, radiaciones y virus. Vivir compartiendo estilos de vida más sanos en los que se incluyan buenos hábitos alimentarios, ejercicios físicos y

otras acciones para evitar la contaminación ambiental, constituyen la clave para evitar esta enfermedad. El efecto que puede ejercer la dieta sobre la salud y en particular sobre el cáncer es un aspecto que se viene estudiando desde décadas recientes, ya hoy confirmado.

En el hombre, los hábitos alimentarios están relacionados con la diversidad de culturas, la identidad de cada pueblo, estructuras sociales, religiosas, preceptos y tradiciones elaboradas a lo largo de la historia. Las diferentes culturas han mostrado testimonios de alimentos que se aprecian cual un factor de riesgo para el cáncer y cómo el bajo consumo o ausencia de otros garantizan de forma general una dieta sana y equilibrada para prevenirlo.

A fines de la década del sesenta, se concluyó por primera vez que entre el 30 y el 70% de los cánceres se encontraban vinculados con la alimentación. Las investigaciones dirigieron su rumbo a los inmigrantes, al relacionar el cambio de su modo de vida y sus hábitos dietéticos con la incidencia de cáncer.

Los resultados de estudios con poblaciones vegetarianas de diferentes latitudes durante veinte años expusieron un menor riesgo para padecer cáncer, y poblaciones de mujeres vegetarianas que se trasladaron desde Asia o África oriental a Inglaterra, pero que mantuvieron su dieta tradicional con verduras y legumbres, presentaron menor riesgo de cáncer de colon, al compararlas con aquellas procedentes de las mismas zonas, pero que adoptaron la dieta occidental.

El llamado Estudio de los Siete Países realizado en la década del sesenta puso de manifiesto el papel del estilo de vida, el entorno y fundamentalmente la dieta en la salud de estas poblaciones. Por este estudio la dieta mediterránea se ha impuesto como patrón dietético, basada en frutas, verduras y cereales integrales como elementos protectores contra enfermedades crónicas no transmisibles,

dentro de las cuales se encuentra el cáncer. Aunque la dieta mediterránea tiene alimentos propios de su entorno –el olivo, la uva y el trigo como sus representantes más significativos- ofrece los productos clave que pueden encontrarse en otras fuentes, pero que indican lo que no debe faltar en una alimentación equilibrada, agradable, sana y con elementos protectores para evitar la enfermedad¹⁷.

Dimensiones de Estilo de Vida.

Estilo de Vida

Conjunto de hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral¹⁸.

Alimentación

Consiste en la ingestión de los alimentos de nuestro entorno y que forman nuestra dieta, la cual depende de la enseñanza familiar, de las costumbres sociales e, incluso, de las creencias religiosas¹⁷.

Actividad y ejercicio

La actividad física, es un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal¹⁸.

Manejo de estrés

Es un estado de tensión provocada por situaciones agobiantes, las cuales generan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos²⁰.

Apoyo Interpersonal

Es el conjunto de manifestaciones que como seres humanos somos seres sociales, que construimos nuevas historias para el mejoramiento de relaciones saludables²².

Autorrealización

Es la culminación de la satisfacción de las necesidades humanas, es la necesidad psicológica más elevada del ser humano. Consiste en desarrollar el potencial humano: aceptarse a sí mismo, relacionarse de una forma sana con los demás (con empatía, honestidad y asertividad), saber vivir el presente con felicidad²².

Responsabilidad en Salud

La salud implica escoger/decidir sobre alternativas saludables/correctas en vez de aquellas que envuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que se tiene la habilidad para modificar los riesgos inherentes en la herencia y ambiente social²².

Enfermedades más Frecuentes

Es el conjunto de signos y síntomas que altera el equilibrio físico, mental y social del ser humano¹⁷, las cuales se presentan en forma repetitiva en el individuo. Entre ellas tenemos a las siguientes. Gastritis, hipertensión arterial, colesterol, triglicéridos, lumbalgias, diabetes mellitus y dolores articulares.

B. VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN	CATEGORIZACIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Variable 1: Estilos de Vida	Cualitativa Nominal	Conjunto de hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atentar contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral ¹⁸ .	Saludable No saludable	75 – 100 25 – 74	Nominal
Alimentación	Cualitativa Nominal	Consiste en la ingestión de los alimentos de nuestro entorno y que forman nuestra dieta, la cual depende de la enseñanza familiar, de las costumbres sociales e, incluso, de las creencias religiosas ¹⁷ .	Saludable No saludable	13 – 24 0 – 12	Nominal
Actividad y ejercicio	Cualitativa nominal	La actividad física es un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de	Saludable No saludable	5 – 8 0 – 4	Nominal

		metabolismo basal ¹⁸ .			
Manejo de estrés	Cualitativa Nominal	Es un estado de tensión provocada por situaciones agobiantes, las cuales generan reacciones psicossomáticas o trastornos psicológicos ²² .	Saludable No saludable	9-16 0-8	Nominal
Apoyo Interpersonal	Cualitativa Nominal	Es el conjunto de manifestaciones que como seres humanos somos seres sociales, que construimos nuevas historias para el mejoramiento de relaciones saludables ²²	Saludable No saludable	9-16 0-8	Nominal
Autorrealización	Cualitativa nominal	Es la culminación de la satisfacción de las necesidades humanas, es la necesidad psicológica más elevada del ser humano. Consiste en desarrollar nuestro potencial humano: aceptarse a sí mismo,	Saludable No saludable	7-12 0-6	Nominal

		relacionarse de una forma sana con los demás (con empatía, honestidad y asertividad), saber vivir el presente con felicidad ²² .			
Responsabilidad en Salud	Cualitativa Nominal	Nuestra salud implica escoger/decidir sobre alternativas saludables/correctas en vez de aquellas que envuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que tenemos la habilidad para modificar los riesgos inherentes en nuestra herencia y ambiente social ²² .	Saludable No saludable	13-24 0-12	Nominal
Enfermedades más Frecuentes	Cualitativa nominal	Es el conjunto de signos y síntomas que altera el equilibrio físico, mental y social del ser humano ¹⁷ , las cuales se presentan en forma repetitiva en el individuo. Entre ellas tenemos a las siguientes. Gastritis, hipertensión arterial, colesterol,	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial	Si No Si No	Nominal

		triglicéridos, lumbalgias, diabetes mellitus y dolores articulares.	Colesterol- Triglicéridos	Si No	
			Lumbalgias	Si No	
			Gastritis	Si No	
			Dolores articulares	Si No	
			Ninguna de las anteriores		
			Otras		

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, es tipo descriptivo y de corte transversal. Descriptivo porque se identificó y describió los estilos de vida y las enfermedades más frecuentes referidas por los usuarios; y es de corte transversal porque el estudio se realizó en un solo momento.

3.2. ÁREA Y ESCENARIO DE ESTUDIO.

El estudio se realizó en la comunidad de Olmos ubicado al Sur este del distrito de Lajas, provincia de Chota, departamento de Cajamarca. El escenario de estudio fue en la sala de espera del Puesto de salud de Olmos, donde se entrevistó y aplicó el cuestionario a cada usuario. El puesto de salud de Olmos cuenta con una técnico en enfermería y una licenciada en enfermería; con respecto a su infraestructura está construido de material noble y cuenta con los siguientes ambientes: Sala de espera, tópico, consultorio del área niño, consultorio del área mujer, farmacia, cocina, dos servicios higiénicos, un dormitorio y Almacén para el material deteriorado y nuevo. El personal de salud realiza actividades preventivas promocionales, así como también brinda atención de salud a los diferentes grupos etarios de la comunidad de Olmos.

3.3. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por los usuarios entre la edad comprendida de 14 y 75 años, que acuden al Puesto de Salud de Olmos, Agosto 2014, que según registros del establecimiento de salud son 70.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Usuarios que acuden al Puesto de salud de Olmos.
- Usuarios entre las edades de 14 a 75 años.
- Usuarios que firmen el consentimiento informado.

3.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Usuarios que no deseen participar en el estudio voluntariamente.
- Usuarios con alteraciones mentales.
- Usuarios con alguna discapacidad para comunicarse.

3.6. UNIDAD DE ANÁLISIS Y DE OBSERVACIÓN

Fueron cada uno de los usuarios del Puesto de Salud de Olmos.

3.7. PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se realizó las coordinaciones respectivas con el Jefe del Establecimiento de Salud presentándose el documento respectivo para la autorización de la aplicación del instrumento en los usuarios que acuden al Puesto de Salud de Olmos.

Para la recolección de datos se aplicó la técnica de la entrevista, utilizándose dos instrumentos: escala del estilo de vida, elaborado por Walker, Sechrist y Pender (modificado por Delgado, R y las docentes tutoras de investigación: Delgado, R y Díaz), el cual tiene una validez de un valor de $r > 0,20$ y confiabilidad, con un valor de 0,79 a través de la prueba de alfa de Cronbach; y el cuestionario sobre enfermedades más frecuentes elaborado por la autora el cual fue revisado por un comité de expertos.

La escala del estilo de vida midió: Estilos de Vida Saludables: 75 a 100 puntos y Estilos de Vida No saludables: 25 a 74 puntos. Está conformado por 25 ítems y tiene los siguientes criterios de calificación:

Nunca	N = 1
A veces	V = 2
Frecuentemente	F = 3

Siempre S = 4

Observación: En el ítem 25 el criterio de calificación del puntaje es al contrario.

N = 4 V = 3 F = 2 S = 1

El instrumento mide las siguientes dimensiones de los estilos de vida:

Alimentación	1, 2, 3, 4, 5, 6
Actividad y Ejercicio	7, 8,
Manejo del Estrés	9, 10, 11, 12
Apoyo Interpersonal	13, 14, 15, 16
Autorrealización	17, 18, 19
Responsabilidad en Salud	20, 21, 22, 23, 24, 25

3.8. CONTROL DE CALIDAD DE LOS DATOS:

3.8.1. VALIDEZ:

Se garantizó la validez del instrumento de las enfermedades más frecuentes presentándose a una comisión de jueces y expertos, quienes revisaron y evaluaron el cuestionario para una mejor calidad del mismo.

3.8.2. PRUEBA PILOTO.

Se aplicó el instrumento a siete pobladores de la comunidad de Santa Rosa, con la finalidad de validar las preguntas del cuestionario sobre enfermedades más frecuentes, a fin de recoger los datos en forma confiable a nuestra población de estudio.

3.9. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis estadístico se utilizó el software especializado de estadística SPSS versión 21, empleando tablas simples y de doble entrada para la presentación de los resultados. Asimismo, para el análisis de datos, se utilizó la estadística descriptiva y la estadística inferencial, de acuerdo a los objetivos establecidos.

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La investigación fue ante todo respetuosa de las creencias, principios, cultura, conocimientos, mitos, tradiciones de los usuarios. No se antepuso el bien general al individual.

En el desarrollo de este proyecto de investigación se protegió no solo la autonomía y la forma de vivir de los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, sino también su integridad física, psíquica y su mundo social.

Los aspectos éticos respecto a las personas atendidas, se contemplan de la siguiente manera:

3.11. RIGOR ETICO:

- ❖ **Respeto a las Personas Y Autonomía Individual:** con este principio se obtuvo un consentimiento pleno e informado de los usuarios que participaron en la investigación, asimismo se le dio a conocer la intención y comprensión del presente estudio. Se respetó totalmente el anonimato de los participantes, por lo tanto ninguno de sus datos personales fueron revelados en los resultados. La información se manejó en forma confidencial y los resultados se presentaron en forma general. Además se protegió la salud, intimidad y dignidad de cada uno de los participantes.
- ❖ **Beneficencia:** Es la excelencia y calidad en la acción, que se tuvo en consideración con los usuarios que se realizó la investigación ya que el no dañar, es siempre absoluto en tanto que es previo a la autonomía de las personas. “No podemos hacer el bien a nadie en contra de su voluntad, pero si estamos obligados a no hacerle nada malo, aunque así nos lo pida.”
- ❖ **No maleficencia:** con este principio ético condenamos todo acto en que se infrinja daño en forma deliberada a los usuarios que acuden al

establecimiento de salud de Olmos, se cumplió con el principio de la proporcionalidad entre el bien buscado y el medio empleado, se obtuvo siempre el consentimiento informado en todo el proceso de la investigación. La no maleficencia “obliga a todos de modo primario y es anterior a cualquier tipo de información o consentimiento”.

- ❖ **Justicia:** La población se eligió de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, por lo cual todos los usuarios que acuden al Puesto de Salud de Olmos tienen la misma posibilidad de ser elegidos.

RESULTADOS

**TABLA 01. CARACTERISTICAS SOCIALES DE LOS USUARIOS DEL PUESTO
DE SALUD DE OLMOS-CHOTA 2014**

Características Sociales	N°	%
Edad		
De 14 a 23 años	10	14,3
De 24 a 33 años	15	21,4
De 34 a 43 años	15	21,4
De 44 a 53 años	5	7,1
De 54 a 63 años	14	20,0
De 64 a 73 años	5	7,1
De 74 a más años	6	8,6
Sexo		
Femenino	35	50,0
Masculino	35	50,0
Ocupación		
Agricultor	36	51,4
Ama de casa	30	42,9
Otros	4	5,7
Religión		
Católica	38	54,3
No católica	32	45,7
Grado de instrucción		
Sin grado	14	20,0
Primaria incompleta	10	14,3
Primaria completa	28	40,0
Secundaria incompleta	6	8,6
Secundaria completa	11	15,7
Superior incompleta	1	1,4
Estado civil		
Soltero (a)	14	20,0
Casado (a)	30	42,9
Viudo (a)	9	12,9
Conviviente	17	24,3
Ingreso económico		
Menos de 750 soles	67	95,7
750 soles	3	4,3
Total	70	100,0

En la tabla 01, se muestran las características sociales del grupo en estudio, se ha encontrado porcentajes similares en los grupos de 24 a 33 y 34 a 43 años, con un total de 21,4%; en cuanto al género también se ha encontrado porcentajes similares tanto en el sexo masculino y sexo femenino con un total de 50%.

Referente a la ocupación la mayor parte son agricultores con 51,4% y el porcentaje más bajo es el de otras ocupaciones como artesanos y estudiantes con un 5,7%. Sin embargo, no se ha encontrado participantes con ocupaciones de ganadería y comerciantes. La población profesa mayormente la religión católica con 54,3% y 45,7% tienen religión no católica. Asimismo, en el grado de instrucción el porcentaje más alto es en primaria completa con un total de 40% y el porcentaje más bajo es en superior incompleta con un total del 1,4%, no se encontró participantes con grado de instrucción superior completa. Así también en lo que se refiere al estado civil los usuarios casados alcanzaron el 42,9% y la proporción menor son los usuarios viudos con 12,9%; no se encontró participantes divorciados y separados.

En cuanto al ingreso económico los resultados concuerdan con lo encontrado por Delgado, R. (2011)²³, el 95,7% de los usuarios de nuestro estudio tienen un ingreso menor a 750 nuevos soles y en su minoría percibe el sueldo mínimo vital, no encontrándose usuarios con ingresos mayores, lo que indica que no cuentan con los suficientes recursos económicos para la subsistencia familiar porque más se dedican a la agricultura. Comparando con el ingreso per cápita a nivel nacional es de 10 mil dólares al año; observándose es que es uno de los sueldos más bajos de la región latinoamericana²⁴.

Los resultados encontrados difieren a la investigación realizada por Delgado, R (2011)²⁴, con respecto a los factores biosocioculturales la mayoría de las personas del estudio se encuentra entre las edad de 25-54 años. Por lo tanto, los participantes del estudio corresponde al adulto joven y adulto, esto se debe a que

hay gran porcentaje de personas que están entre estas dos etapas de vida así como lo indica la pirámide poblacional a nivel nacional según INEI²⁴.

En cuanto al sexo, los participantes comparten un 50% que corresponde a los varones y otro 50% a las mujeres, por lo que tampoco coincide con los resultados del estudio de Delgado, R. (2011)²³, puesto que la mayoría son del sexo femenino y 39 % es de sexo masculino, del mismo modo difiere de lo reportado en el ASIS de Olmos, donde existe un 6% de diferencia entre ambos sexos.

Asimismo, el grado de instrucción no tiene semejanza con los resultados de la investigación realizada por Delgado, R.(2011)²³; tampoco coincide con lo reportado por INEI; puesto que los datos estadísticos a nivel de área rural el 18% de las personas no tienen grado de instrucción y un 65% si lo tienen²⁴.En el presente estudio el 80% de los participantes tienen algún grado de instrucción lo que indica que los usuarios tienen interés por superarse, y una mayor predisposición a estudiar. Así también se ha encontrado en los resultados que la mayor parte de los usuarios tienen sólo el grado de instrucción de primaria completa, debido a que algunas personas no pueden seguir sus estudios por falta de recursos económicos.

Con respecto, a la religión los resultados obtenidos coinciden con los de Delgado, R. (2011)²³, Reyes S. (2010)²⁸, donde la mayoría de los usuarios profesan la religión católica, por formación y costumbre de sus ancestros.

De igual manera, se observa que la mayoría de los participantes son casados porque tienen diferentes costumbres y reciben una crianza diferente a los demás, ellos también manifestaron que el matrimonio es un mandamiento dispuesto por Dios, ya que si no cumplen el mencionado precepto lo consideran como un pecado.

Sin embargo, los resultados referentes a la ocupación difieren a los de Delgado. R. (2011)²³ quien encontró que la mayoría son amas de casa. En el presente estudio son los agricultores en su mayoría que tienen esta ocupación, esto debido a que es la principal ocupación de la zona y de esa manera pueden sustentar los gastos de su hogar así como también se abastecen y consumen lo que siembran; además los pobladores de la zona no cuentan con una profesión para desempeñarse en otro ámbito laboral.

TABLA 2. ESTILOS DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD DE OLMOS CHOTA 2014

Estilo de vida	N°	%
No saludable	36	51,4
Saludable	34	48,6
Total	70	100,0

En la tabla 02 se muestran los estilos de vida saludables y no saludables encontrándose que el 51,4% de los usuarios no tienen estilos de vida saludables y el 48,6% de los usuarios tienen estilos de vida saludables.

Los resultados de nuestro estudio indican que más de la mitad de los usuarios tienen estilos de vida no saludables esto se debe a que la mayoría no toman conciencia sobre lo que es perjudicial para su salud por lo que concuerdan con el estudio realizado por Delgado R. (2011)²³, quien también halló que la mayoría tenía los estilos de vida no saludables. Del mismo modo, coinciden con el estudio realizado por Ramos V. (2012)²⁵, quien identificó dentro de los estilos de vida no saludables al estrés, consumo de alcohol, tabaco y comida chatarra.

Como lo indica Marrufo T. (2011)²⁶, que los estilos de vida no saludables conllevan a padecer de enfermedades cardiovasculares las que se dan a causa de los cambios en los estilos de vida, ya que la mayoría de las personas tienen un mal estilo de vida entre ellos tenemos inactividad física, consumo de alcohol, tabaco y comida chatarra.

Así también la OMS estima que el 70% de las enfermedades se debe por los malos estilos de vida como sedentarismo, estrés, consumo de alcohol, tabaco y consumo de comida chatarra que tienen las personas; además de la asociación causal que existe entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, bucal, laringe, faringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Asimismo, señala que el humo colateral del cigarrillo contiene mayor concentración de carcinógenos que el humo central, incrementando el riesgo de cáncer en fumadores pasivos¹⁹.

En los usuarios del Puesto de Salud de Olmos la gran mayoría de las personas practican estilos de vida no saludables como: estrés por el mismo trabajo que diariamente realizan sobre todo las actividades concernientes a la agricultura, puesto que tienen que madrugar todas las mañanas y la jornada diaria termina alrededor de las seis de la tarde, además la situación económica precaria que tienen, ya que los ingresos no satisfacen las necesidades básicas de su hogar; por otro lado, el consumo de alcohol que es una costumbre para ellos, y que no pueden rechazar ante sus amistades, reuniones familiares, reuniones comunales a las que asisten, conjuntamente con el consumo de tabaco; aunado a la actividad física, puesto que estas personas no realizan ningún tipo de deportes y/o rutina de ejercicios y en sus horas de descanso permanecen sentados y acostados sobre sus chacras o terrenos; y en cuanto a la alimentación es inadecuada porque consumen diariamente papas, fideos, harinas, preparando sus comidas con la manteca del cerdo y los condimentos, y no adicionan a su alimentación diaria verduras ni frutas, ni agua; por lo que podemos indicar que ellos no toman conciencia del cuidado de su salud.

TABLA 3. DIMENSIONES DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD DE OLMOS, CHOTA- 2014

Dimensiones	No saludable		Saludable		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alimentación	64	91,4	6	8,6	70	100,0
Actividad y ejercicio	54	77,1	16	22,9	70	100,0
Manejo del estrés	61	87,1	9	12,9	70	100,0
Apoyo interpersonal	24	34,3	46	65,7	70	100,0
Autorrealización	33	47,1	37	52,9	70	100,0
Responsabilidad en salud	23	32,9	47	67,1	70	100,0

En la tabla 03 se muestran las dimensiones de los estilos de vida, en cuanto a los no saludables se tiene que la alimentación representa el 91,4% seguido de la dimensión el manejo del estrés con el 87,1%, luego está la dimensión de actividad y ejercicio con el 77,1%. En cuanto a los estilos de vida saludables se encontraron: responsabilidad en salud con el 67,1%, apoyo interpersonal con el 65,7% y autorrealización con el 52,9%.

Con respecto a la dimensión de alimentación, se encontró que la mayoría no tienen una alimentación adecuada para que pueda suplir los nutrientes necesarios que necesita el organismo ya que se ha visto que se alimentan con lo que ellos mismos producen en sus tierras y por otro lado ellos manifestaron que se saltean los horarios de las comidas, por lo tanto los resultados no coinciden con los datos del estudio realizado por Quiroga I.(2011)²⁷, quien manifiesta que la mayoría no tienen horario de comidas, y en una minoría no respeta los horarios; consumen de 2 a 3 veces comidas diarias, la clasificación de la comida es de mala a buena, y tienen un aumento de peso, lo que les conlleva a un sobrepeso y a la obesidad.

En la dimensión actividad física y ejercicio, se observó que los usuarios de este estudio no realizan ejercicio, porque ellos manifestaron que no tienen tiempo por cuestión del trabajo, los resultados de nuestro estudio tienen concordancia con los resultados del estudio realizado por Contreras C. (2011)²⁹, quien muestra que la población no realiza actividad física en la semana y un menor porcentaje si lo realiza. Así mismo refiere Clopatofsky, J. (2012)³⁰ que la inactividad física se da en la mayoría de las personas, a causa de que más prefieren estar trabajando.

En cuanto a la dimensión manejo de estrés, los usuarios refirieron que esto se da por varios motivos como: problemas económicos, problemas familiares y mucha dificultad para expresar sus sentimientos con los demás. Los resultados obtenidos de nuestro estudio no concuerdan con los datos encontrados por el estudio realizado por Quiroga I. (2011)²⁷ quien manifiesta que las personas que muestran estrés es en su mayoría y menos de la mitad están poco estresados, refiriendo que las personas tienen un buen control del estrés ya que ellos realizan actividades recreativas como excursiones, actividades deportivas y celebraciones familiares.

En la dimensión del apoyo interpersonal, los usuarios refirieron que ellos tienen buenas relaciones interpersonales con los demás ya que cuando están pasando por momentos o problemas difíciles ellos reciben apoyo tanto económico como moral. Los resultados son similares a los encontrados por el estudio realizado por Reyes, S. (2010)²⁸, puesto que la población encuestada describe que es importante la unidad familiar, buena relación con los vecinos y con los compañeros de trabajo, mientras que en su minoría no conoce las buenas relaciones que debe tener con los demás; puesto que las buenas relaciones parten desde la familia, ya que desde allí abarca que tengan buenas relaciones con los demás. Sin embargo, los demás manifestaron que no tienen buenas relaciones interpersonales debido a que ellos más prestan atención en el aspecto laboral.

Con respecto a la dimensión responsabilidad en salud, los usuarios manifestaron que ellos asisten mensualmente al puesto de salud para sus controles médicos. Los resultados de nuestro estudio difieren a los resultados encontrados por la investigación realizada por Contreras. (2011)²⁹, quien refiere que más de la mitad no van al control médico y en cuanto a la valoración de su estado de salud manifiestan que es buena y regular.

Lo que podemos decir que la mayor parte de los usuarios del Puesto de Salud de Olmos tienen estilos de vida no saludables, demostrándose en las dimensiones de la alimentación, manejo de estrés y actividad física, las cuales llegaron ser las más resaltantes en la investigación; con respecto a la primera dimensión los usuarios manifestaron que no tienen una buena alimentación debido a que los horarios y el tipo de alimentos son inadecuados para su salud. Los datos encontrados en la segunda dimensión, es debido por el trabajo esforzado que realizan todos los días, por otro lado el ingreso económico que es insuficiente para sustentar los gastos y no plantean soluciones para poder controlar el estrés ya que no tienen la mayor confianza para expresar los sentimientos o problemas a los que están expuestos. Y por último la mayor parte del estudio indicó que ellos no realizan mucho ejercicio a causa del trabajo fatigoso de todos los días por esa razón manifestaron que el tiempo libre que tienen lo utilizan para reposar.

Tabla 4. ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES REFERIDOS POR LOS USUARIOS DEL PUESTO DE SALUD DE OLMOS, CHOTA- 2014

Enfermedades más frecuentes	N°	%
Gastritis	37	52,9
Hipertensión arterial	27	38,6
Lumbalgias	13	18,6
Dolores articulares	11	15,7
Diabetes mellitus	5	7,1
Colesterol – triglicéridos	4	5,7
Ninguna	5	7,1
Total	70	100

En la tabla 04 se muestran las enfermedades más frecuentes, en la cual se observa que el 52,9% corresponde a la Gastritis; seguido del 38,6% a la hipertensión arterial, el 18,6% a lumbalgia y el 15,7% a dolores articulares. Sin embargo, también se ha encontrado a la diabetes mellitus con el 7,1% y la hipercolesterolemia con el 5,7% siendo que el 92,9% de los usuarios padecen de algunas enfermedades.

Los resultados encontrados son similares al estudio realizado por Quiroga I (2011)²⁷ quien estima que el 89% de los usuarios tienen alguna patología y otras presentan más de una patología, las enfermedades más representativas son los trastornos digestivos 29%, hipertensión arterial 17% y diabetes mellitus 14%.

Los resultados de nuestro estudio con respecto a la hipertensión arterial se debe a la alimentación inadecuada, a la inactividad física y al estrés que presentan los usuarios; por lo que concuerdan a los encontrados por los estudios realizados por Ferrante, D. (2012)³¹, quien encontró una presión arterial elevada en las personas

de la tercera edad con un porcentaje similar al nuestro. Como lo refieren otros estudios realizados por la OMS que estiman que entre 10 y 30% de los adultos en todo el planeta tiene hipertensión arterial, esto debido a que la mayor parte de las personas tienen estilos de vida no saludables como consumo de alcohol, tabaco, comida chatarra y sedentarismo.

Así también, una de las enfermedades más frecuentes que tienen los usuarios es la diabetes (7,1%), esto se debe a los estilos de vida no saludables, como a la alimentación inadecuada, inactividad física y al estrés que tienen diariamente los usuarios. Los resultados de nuestro estudio muestran similitud con los datos estadísticos de la investigación realizada por King A. (2012), quien estima que el 9,6% de las personas padece de diabetes mellitus ya que dicho autor refirió que esta enfermedad se debe por la obesidad, factores genéticos o por estilos de vida no saludables.

A diferencia de lo encontrado con respecto a los niveles altos de colesterol, King A. (2012); muestra en el mismo estudio que sobre todo los de la tercera edad tienen colesterol elevado. King manifestó que dicha enfermedad se debe a los estilos de vida no saludables resaltando la mala alimentación y la inactividad física.

Actualmente, los estilos de vida no saludables es la primera causa de las enfermedades más frecuentes que se ha presentado en los usuarios ya que ellos no prestan ningún interés por mejorar sus estilos de vida para poder evitar dichas enfermedades que día a día se van propagando y deteriorando su salud.

CONCLUSIONES

Después del análisis y discusión del presente estudio me permitió realizar las siguientes conclusiones:

1. Entre las características sociales de los usuarios del Puesto de Salud se tiene que la mayoría tienen entre 24 y 43 años, en cuanto al sexo el 50% corresponde al masculino y otro 50% al femenino. Más de la mitad de los participantes son agricultores; la mayoría profesa la religión católica, menos de la mitad tienen primaria completa; del mismo modo, menos de la mitad son casados y una minoría son viudos y el 95,7% de los usuarios del estudio perciben un ingreso menor a 750 nuevos soles.
2. Más de la mitad de los usuarios del Puesto de Salud de Olmos, tienen estilos de vida no saludables con una alimentación inadecuada, manejo inadecuado del estrés e inactividad física y falta de ejercicio.
3. Las enfermedades más frecuentes que se presentan mayormente y que son referidas por los usuarios del Puesto de Salud de Olmos son: gastritis, Hipertensión arterial, Lumbalgias, Dolores articulares, diabetes mellitus y Colesterol-Triglicéridos altos.

RECOMENDACIONES

AL PERSONAL DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD:

Implementar como estrategia de atención primaria, actividades de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad fomentando el apoyo de las organizaciones y la participación comunitaria creando alianzas estratégicas con otras instituciones.

Intervenir a los usuarios con el fin de prevenir la aparición de enfermedades más frecuentes con programas basados en la educación transfiriéndole al individuo la responsabilidad de su propia salud.

Desarrollar un programa que promueva alimentación saludable, ejercicio físico, técnicas para manejo del estrés, estrategias de prevención del abuso de sustancias tóxicas.

Implementar estrategias para la promoción de un estilo de vida saludable en los usuarios del Puesto de Salud de Olmos lo cual implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los habitantes.

A LOS DOCENTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA:

Continuar con la ejecución de trabajos de investigación en el tema, con la finalidad de contar con una línea de base.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Morel V. Estilos de vida. [Internet].7ma Edición. México: Editorial; International 2012.[actualizado 12 de agosto del 2013;citado 14 Junio 2014].Disponible en:
[www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro07 Estilos de vida.pdf](http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro07%20Estilos%20de%20vida.pdf)
2. Gutiérrez P. Modos o Estilos de vida. [Internet] 3ra Edición. Cuba: Editorial; Libro Estilos de Vida;2011 [actualizado 16 setiembre 2013; citado 14 Junio 2014] .Disponible en:
[http://modos o estilos de vida.about.com/od//a/modos-o-estilos-de-Vida.htm](http://modos%20o%20estilos%20de%20vida.about.com/od//a/modos-o-estilos-de-Vida.htm)
3. Leiva D. Conductas y Estilos de vida Saludables. [Internet].4ta Edición. Cuba. Editorial;International;2011.[actualizado 12 de agosto del 201-2;citado 14 Junio 2014] Disponible en:
[http://www.vivanda.com.pe/blog-vivanda/vida-sana-blog/conductas y estilos de vida-saludable - en nuestros-tiempos.html](http://www.vivanda.com.pe/blog-vivanda/vida-sana-blog/conductas%20y%20estilos%20de%20vida-saludable%20-%20en%20nuestros-tiempos.html)
4. Malca G, Salvatierra M.Instrumento Sobre Estilos De Vida Saludables En Estudiantes Universitarios. [Internet].2da Edición. Europa. Editorial; Europes;2010 [actualizado 14 febrero 2012;citado 14 Junio 2014].Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rev_psicologia_cv/v09_2012/pdf/a01.pdf
5. Guzmán R. Estilos de vida Saludables .Rev.Geriar [Internet]2013 [citado 15 Junio 2014];20(1):15-30.Disponible en:
[http://www.vivanda.com.pe/blog-vivanda/vida-sana-blog/esilos de vida-saludable - en nuestros-tiempos.html.](http://www.vivanda.com.pe/blog-vivanda/vida-sana-blog/esilos%20de%20vida-saludable%20-%20en%20nuestros-tiempos.html)

6. Organización Panamericana de Salud, Enfermedades Isquémicas del Corazón Internet]2013 [citado 15 Junio 2014] Disponible en:
[http://www.OPS.com.pe/enfermedades isquémicas del corazón.html](http://www.OPS.com.pe/enfermedades_isquemicas_del_corazon.html).
7. Neaton S. Estilos de vida.[Internet].3ra Edición. España. Editorial. Espaxis. España 2012.[actualizado 20 de agosto del 2013;citado 14 Junio 2014] Disponible en:
[http://estilos de vida.about.com/od//a/estilos-de-Vida.htm](http://estilos_de_vida.about.com/od//a/estilos-de-Vida.htm)
8. Dugas, B. Tratado en Enfermería Práctica. Cuarta Edición. Chile. Editorial: Interamericana.2011.[actualizado 14 de Julio del 2012;citado 14 Junio 2014] Disponible en:
<http://es.scribd.com/doc/99114943/Estilo-de-Vida-Persona-Adulta>.
9. Sánchez J, Rivero A ,Estilo De Vida Y Hábitos Alimenticios De La Población Adulta Latinoamericana Y Su Implicación En La Obesidad [Internet] 2012 [citado 15 Junio 2014];31(1): 38-48 Disponible en:
<http://www.fundacionabbott.es/documentos/publicaciones/latinoamerica/EstudioPoblacionadultaberoamericana.pdf>
10. Raña R. Asociación Venezolana de Gastroenterología.Rev.gastro.[Internet] 2012 [citado 21Junio 2014];23(1):35-45.Disponible en:
<https://www.gastro.org.mx/gastro-para-todos/?p=116Farreras>
11. Triviño P, Dosman Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos .Colombia [Internet] 2009 [citado el 21 Junio 2014];34: 158-163.Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003815>

12. Cannobbio L. Estadísticas Sobre Las Personas Adultas Mayores: Un Análisis De Género. Colombia[Internet] 2012 [citado 21 Junio 2014];30-50
Disponibile en:
http://www.senama.cl/filesapp/Estudio_Estadisticas_sobre_PM-analisis_de_genero.pdf
13. Astudillo M. Estilos de vida en adultos.[Internet] 2012[citado 22 Junio 2014] 45(1): 20-40.Disponibile en:
<http://cubamedica.univalle.edu.co/index.php/cumedica/article/view/436/1072>
14. Cerecero P, Hernández B. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México.[Internet]2009[citado 22 Junio 2014] ;51:465-473.Disponibile en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v23n3/a03v23n3.pdf><http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/once/Enfermedad%20acido.pdf>
15. Malaver P, Saldaña S. Estilo de vida asociado a enfermedades cardiovasculares en las estudiantes de la especialidad en cirugía cardiovascular.[Internet]. 2009-2010 [citado 24 Junio 2014];25(4):1-8.
Disponibile en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003815>
16. Pereda C. y M.A. Salud Y Estilos De Vida ,[Internet] 2011[citado 20 Junio 2014] Disponibile en:
<http://www.colectivoioe.org/uploads/762535d63440310ca62865e9f2f4274a0b966516.pdf>
17. **Vásquez L. Proyecto “Estilos De Vida Más Saludables” I Fase: Estudio De Terreno [Internet]Colombia 2013[citado 20 de Junio 2014]Disponibile en:**
<http://www.iadscolombia.org/pdf/Informe%20Final%20TIGRE.pdf>

18. Organización Mundial de la Salud OMS. Estilos de vida. [Internet] 2012[citado 20 Junio 2014] Disponible en:
[http://www.OMS.com.pe/ estilos de vida.html](http://www.OMS.com.pe/estilos%20de%20vida.html).
19. Acuña C. Promoción De Estilos De Vida Saludable Área De Salud De Esparza. [Internet].2010. [citado 26 Junio 2014];23(3):237-250.
Disponible en:
http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf.
20. Muchotrigo G. Construcción De Un Instrumento Sobre Estilos De Vida Saludables En Estudiantes Universitarios: Universidad San Martín De Porres).[Internet]2009 [citado 22 Junio 2014] 21(2):40-80 Disponible:
Http://Sisbib.Unmsm.Edu.Pe/Bvrevistas/Rev_Psicologia_Cv/V09_2009/Pdf/A01.Pdf
21. Vives, A. Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria Psicología de la Salud. Rev. Psicol.[Internet].2009[citado 26 Junio 2014];75(3):80-128.Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable/>
22. Delgado R, Estilo De Vida Y Factores Biosocioculturales Del Adulto. Rev. Psicol [Internet] 2011[citado 10 de Setiembre 2014]; 35(4):60-80. _
Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v23n3/a03v23n3.pdf>[http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/once/Estilos de Vida . pdf](http://www.umanizales.edu.co/programs/medicina/publicaciones/Revista%20Medicina/once/Estilos%20de%20Vida.pdf)

23. Instituto Nacional de Estadística e Informática(INEI).Perú,2014[citado 12 de Setiembre 2014]Disponible en:
http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf
24. Ramos R, Estilo de vida en el Personal de Enfermería del hospital José Córdoba Vilcersa.[Internet]. 2012 [citado 13 de setiembre 2014];21(4):1-8. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003815>
25. Marrufot. Estilos de vida y conductas relacionados con la salud de los Adultos en Chile. [Internet].2011. [citado 14 de setiembre 2014];22(3):1-9. www.uco.es/publicacionespublicaciones@uco.es
26. Quiroga I. Factores Que Intervienen A Llevar Estilos De Vida Saludables En El Personal De Enfermería del Hospital San Benito, Petén"[Internet] 2011.[citado 13 de Setiembre 2014]Disponible en:
[www.Factores que Intervienen en los Estilos de Vida.ucr.Tesisen licenciatura.pdf](http://www.Factores%20que%20Intervienen%20en%20los%20Estilos%20de%20Vida.ucr.Tesisen%20licenciatura.pdf)
27. Reyes S. Estilos de Vida Saludables [Internet]. 2010 [citado 26 de Junio 2014];21(2):100-120.Disponible en:
[http://www.onmeda.es/estilos/de vida -mas-informacion-1360-12.html](http://www.onmeda.es/estilos/de%20vida%20-mas-informacion-1360-12.html)
28. Contreras, C .Hábitos y conductas relacionados con la salud de los Adultos de la provincia de Córdoba. [Internet].2011. [citado 24 Junio 2014];26(3):1-15 .Disponible en:
www.uco.es/publicacionespublicaciones@uco.es

29. Clopatofsky J. Estilo de vida saludable: Puntos de vista para una opción actual y necesaria *Psicología de la Salud. Rev. Psicol.*[Internet].2012citado 26 Junio 2014];75(3):80-128.Disponible en:
<http://www.psicologiacientifica.com/estilo-de-vida-saludable/>
30. Ferrante, D. Estilos de vida y su relación con las enfermedades [Internet].2da Edición. España: Unidad de Medicina Familiar ;2012[actualizado 30 de Marzo 2013;citado 28 Junio 2014].Disponible en:
[http://www.monografias.com/trabajos93/Estilos de vida -y-su-relación con/las enfermedades-generalidades.shtml#ixzz2qPAlocfh](http://www.monografias.com/trabajos93/Estilos%20de%20vida%20-y-su-relacion%20con/las%20enfermedades-generalidades.shtml#ixzz2qPAlocfh)

e) Otros ().Especifique:.....

4. Religión

- a) Católica ()
b) No Católica ()

5. Grado de Instrucción

- a) Sin grado de instrucción ()
b) Primaria Completa ()
c) Primaria Incompleta ()
d) Secundaria Completa ()
e) Secundaria Incompleta ()
f) Superior Completa ()
g) Superior Incompleta ()

6. Estado civil

- a) Soltero(a) ()
b) Casado(a) ()
c) Divorciado(a) ()
d) Separado(a) ()
e) Viudo ()
f) Conviviente ()

7. ¿Padece de alguna de las enfermedades más frecuentes que a continuación se detalla:

- a) Diabetes Mellitus Si () No ()
b) Hipertensión Arterial Si () No ()
c) Colesterol – Triglicéridos Si () No ()
d) Lumbalgias Si () No ()

Anexo N° 01

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
SEDE CHOTA
CUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES

Instrucciones: El contenido de esta encuesta es confidencial por lo que el anonimato está garantizado. Su colaboración, que le agradecemos, nos ayudará a tener información de los estilos de vida y de las enfermedades más frecuentes de los usuarios del Puesto de Salud de Olmos.

I.DATOS GENERALES

1. Edad (en años cumplidos) _____

- a) 14-23 años
- b) 24-33 años
- c) 34-43 años
- d) 44-53 años
- e) 54-63 años
- f) 64-73 años

2. Sexo:

- Femenino ()
- Masculino ()

3. Ocupación

- a) Agricultor ()
- b) Ganadero ()
- c) Ama de Casa ()
- d) Comerciante ()

- e) Gastritis Si () No ()
- f) Dolores articulares Si () No ()
- g) Ninguna de las anteriores Si () No ()
- h) Otras Si () No () Especifique:.....

ESCALA DEL ESTILO DE VIDA

AUTOR: Walker, Sechrist, Pender

Modificado por: Díaz, R; Marquez, E; Delgado, R (2008)

Instrucciones: El contenido de esta encuesta es confidencial por lo que el anonimato está garantizado. Marque las alternativas según corresponda a los estilos de vida que usted lleva a diario. Su colaboración, que le agradecemos, nos ayudará a tener información para tener resultados exactos para esta investigación.

NUNCA N = 1
 A VECES V = 2
 FRECUENTEMENTE F = 3
 SIEMPRE S = 4

Nº Items Criterios	Criterios			
Alimentación				
1. Come Ud. Tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida.	N	V	F	S
2. Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan: tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3. Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.	N	V	F	S
4. Incluye entre comidas el consumo de frutas.	N	V	F	S
5. Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6 Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
Actividad Y Ejercicio				
7. Hace Ud. ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana	N	V	F	S
8. Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo	N	V	F	S
Manejo Del Estrés				
9. Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación	N	V	F	S

10 Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación.	N	V	F	S
11 Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación	N	V	F	S
12 Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
Apoyo Interpersonal				
13. Se relaciona con los demás.	N	V	F	S
14. Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás.	N	V	F	S
15. Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas.	N	V	F	S
16 .Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
Autorrealización				
17. Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18. Se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.	N	V	F	S
19 Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal.	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD EN SALUD				
20. Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21. Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22 .Toma medicamentos solo prescritos por el médico	N	V	F	S
23. Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S
24. Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25. Consume sustancias nocivas.: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN:

NUNCA	N = 1
A VECES	V = 2
FRECUENTEMENTE	F = 3
SIEMPRE	S = 4

Observación: En el ítem 25 el criterio de calificación del puntaje es al contrario

N = 4 V = 3 F = 2 S = 1

PUNTAJE MÁXIMO: 100 puntos

Alimentación 1, 2, 3, 4, 5, 6

Actividad y Ejercicio 7, 8,

Manejo del Estrés 9, 10, 11, 12

Apoyo Interpersonal 13, 14, 15, 16

Autorrealización 17, 18, 19

Responsabilidad en Salud 20, 21, 22, 23, 24, 25

ANEXO N°02

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., manifiesto que he leído los objetivos de la investigación “Estilos de vida y Enfermedades más Frecuentes en los usuarios del Puesto de Salud de Olmos”. Me han hecho saber que mi participación es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Se me informó que se me aplicará un cuestionario bajo compromiso de no divulgar mi nombre en ningún informe o publicación; la información que yo brinde será estrictamente confidencial y de uso exclusivo de la investigadora.

Chota,.....de.....2014.

Firma del participante