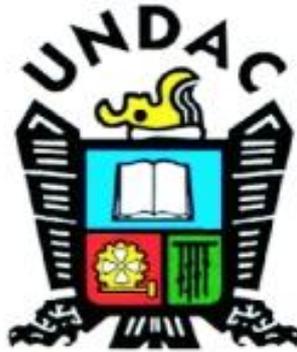


**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Estilos de Vida y su Relación con el Síndrome  
Metabólico de los Pacientes Hospital I Essalud -  
Oxapampa, 2017**

**Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional de:**

**Salud Familiar y Comunitaria**

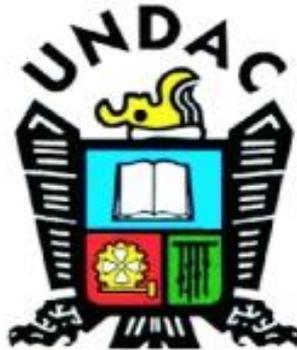
**Autora: Lic. Milagros Luz CAPARACHÍN INGA**

**Docente Revisor: Mg. Jheysen Luis BALDEON DIEGO**

**Cerro de Pasco - Perú - 2018**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**



**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Estilos de Vida y su Relación con el Síndrome  
Metabólico de los Pacientes Hospital I Essalud -  
Oxapampa, 2017**

**Sustentado y Aprobado ante los miembros del jurado:**

.....  
**Dr. Loli CABRERA ALVARADO**

.....  
**Mg. Flor Marlene SACHUN  
GARCIA**

.....  
**Mg. Jheysen Luis BALDEON  
DIEGO**

## RESUMEN

Los Estilos de vida saludables muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes los hábitos de vida o forma de vida como un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas a veces saludables y otras nocivas para la salud. El Síndrome Metabólico son la presencia de tres, cuatro o cinco de los factores de riesgo variando además la intensidad de cada uno de ellos. Todas las personas tienen capacidades de estilos de vida propias en mayor o menor nivel, pero cuando surgen problemas de salud, se crean déficits que deberán ser compensados para el estado de bienestar que integra procesos orgánicos, psicológicos, relaciones sociales y personales necesarios para el funcionamiento adecuado y el disfrute de una sobre vivencia digna. Para el desarrollo del proyecto el tipo de investigación es descriptiva; cuantitativa y cualitativas. El método de investigación son el transversal y estadístico de  $X^2$ . El diseño de investigación es el No experimental. La población es heterogénea finita, de 156 y muestra no aleatoria por ocurrencia de 75 pacientes. La observación y La encuesta son las técnicas. La ficha de registro y El cuestionario son los Instrumentos.

**Palabras clave:** Estilos de vida. Síndrome metabólico.

## SUMMARY

Healthy lifestyles show a certain consistency over time, under more or less consistent conditions of life habits or lifestyle as a set of behaviors or attitudes that sometimes healthy people develop and sometimes harmful to health. The Metabolic Syndrome is the presence of three, four or five of the risk factors, also varying the intensity of each of them. All people have their own lifestyle abilities at a higher or lower level, but when health problems arise, deficits are created that must be compensated for the welfare state that integrates organic, psychological, social and personal relationships necessary for functioning. adequate and enjoy a decent experience. For the development of the project the type of research is descriptive; Quantitative and qualitative. The research method is the transversal and statistical of X2. The research design is the non-experimental. The population is finite heterogeneous, 156 and non-random sample due to the occurrence of 75 patients. The observation and the survey are the techniques. The registration form and the questionnaire are the Instruments.

**Keywords:** Lifestyles. Metabolic syndrome.

## INDICE

**CARATULA**

**ACTA DE SUSTENTACION**

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**RESUMEN**

**SUMMARY**

**INDICE**

	Pág.
I: DATOS GENERALES	7
1.1 Título del proyecto	
1.2 Tesista	
1.3 Duración del proyecto	
II: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
2.1 Identificación y determinación del Problema	
2.2 Delimitación de la investigación	
2.3 Formulación del problema	
Problema principal	
Problemas específicos	
2.4 Formulación de los objetivos	
Objetivo general	
Objetivos específicos	
2.5 Justificación de la investigación	

2.6	Limitaciones de la investigación	
<b>III:</b>	<b>MARCO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
3.1	Antecedentes de estudio	
3.2	Bases teórico – científicos	
3.3	Definición de términos básicos	
3.4	Formulación de hipótesis	
	Hipótesis general	
	Hipótesis específicos	
3.5	Identificación de variables	
3.6	Operacionalización de variables e indicadores	
<b>IV:</b>	<b>METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>46</b>
4.1	Tipo de investigación	
4.2	Métodos de investigación	
4.3	Diseño de investigación	
4.4	Población y muestra	
4.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
4.6	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	
4.7	Tratamiento estadístico	
<b>V:</b>	<b>ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION</b>	<b>50</b>
5.1	Presupuesto	
5.2	Cronograma	
<b>VI:</b>	<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>51</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>54</b>

## I: DATOS GENERALES

### 1.1 **Título del proyecto**

ESTILOS DE VIDA Y SU RELACION CON EL SINDROME METABÓLICO DE LOS PACIENTES HOSPITAL I ESSALUD - OXAPAMPA, 2017

### 1.2 **Tesista**

MILAGROS LUZ CAPARACHIN INGA

### 1.3 **Duración del proyecto**

6 MESES

## II: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 2.1 **Identificación y determinación del Problema**

Todas las personas tienen capacidades de estilos de vida propias en mayor o menor nivel, pero cuando surgen problemas de salud, se crean déficits que deberán ser compensados para el estado de bienestar que integra procesos orgánicos, psicológicos, relaciones sociales y personales necesarios para el funcionamiento adecuado y el disfrute de una sobre vivencia digna.

En los países desarrollados se produce una gran prevalencia de las enfermedades metabólicas, pasando las enfermedades infecciosas a un nivel menor. En los países sub desarrollados las enfermedades infecciosas siguen manteniendo su importancia (25% de su

mortalidad). Las enfermedades circulatorias y los tumores son 3 veces menos frecuentes que en los países industrializados.

El síndrome metabólico (SM) ha sido reconocido hace más de 80 años como una asociación de problemas que por sí solos generan un riesgo para la salud y que en su conjunto se potencializan. La causa de estos problemas está dada por la combinación de factores genéticos y socioambientales relacionados a los cambios en los estilos de vida, especialmente la sobrealimentación y la inactividad física. Sin embargo, hay que considerar que algunos individuos están genéticamente predispuestos a padecerla.

El Síndrome Metabólico (SM) está asociado con un riesgo incrementado para la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) y la Enfermedad Cardiovascular (ECV). El SM incluye un conjunto de anormalidades metabólicas que no pueden no estar simultáneamente presentes: Intolerancia a la Glucosa, Insulinorresistencia, Obesidad Central, Dislipemia, Hipertensión Arterial, Inflamación Vascular, y un Estado Protrombótico.

En definitiva, los componentes más precisos de SM son la Obesidad Central y/o Global, Glucemia Alterada en Ayunas (GAA), Dislipemias e Hipertensión Arterial (HTA), y como componentes menos precisos tenemos índices indirectos que marcan SM como Proteína C Reactiva (PCR) elevada, Microalbuminuria, y Alteraciones Sanguíneas como Hemostasias y Fibrinólisis.

## **2.2 Delimitación de la investigación**

Como profesionales de enfermería tenemos en cuenta lo ya diseñado por el Ministerio de Salud, como uno de sus lineamientos fundamentales, la implementación de un Modelo de Atención Integral. Esto supone, en términos generales, “priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas.

Por la referencia anterior estudiaremos a los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa – Pasco, 2017?

## **2.3 Formulación del problema**

### **2.3.1. Problema principal**

¿Cuál es la relación de los Estilos de Vida en los pacientes con Síndrome metabólico del Hospital I ESSALUD Oxapampa – Pasco, 2017?

### **2.3.2. Problemas específicos**

- 1) ¿Cuál es la incidencia y prevalencia del Síndrome metabólico en pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa?
- 2) ¿Cómo son los estilos de vida en los pacientes con del Hospital I ESSALUD Oxapampa?
- 3) ¿Cuál es la relación de los estilos de vida con el síndrome metabólico en los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa?

## 2.4 **Formulación de los objetivos**

### 2.4.1. Objetivo general

Determinar la relación de los estilos de vida en los pacientes con síndrome metabólico del Hospital I ESSALUD Oxapampa.

### 2.4.2. Objetivos específicos

- 1) Identificar la incidencia y prevalencia del Síndrome metabólico en pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa.
- 2) Valorar los estilos de vida en los pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa.
- 3) Establecer la relación de los Estilos de Vida con el Síndrome Metabólico en los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa.

## 2.5 **Justificación de la investigación**

**Conveniencia.** Esta investigación servirá para manejar información precisa sobre el Síndrome Metabólico y los estilos de vida de los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa, pues son un grupo vulnerable en incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas.

**Relevancia social.** La sociedad vive un proceso de desarrollo, pero requiere mejorar el desempeño del sector salud para modernizar el Estado y la sociedad civil. Directamente, esta investigación beneficiará a los pacientes afectados por incidencia y prevalencia de Síndromes metabólicos e indirectamente a toda la sociedad. De esta forma la investigación cumplirá una función social.

**Implicancias prácticas.** Usualmente escuchamos hablar de calidad de vida, del deterioro de la salud, de la importancia de los estilos de vida saludables, de la cultura de prevención. Esta investigación promoverá que los individuos de a pie mejoren su salud, mejoren hábitos saludables y de calidad. Replicarse a otros campos de estudio y a otras muestras.

**Valor teórico.** La información que se obtenga servirá para redimensionar el concepto de salud, asociado a los hábitos saludables. Pretendemos rescatar el valor y la importancia de la medicina social para institucionalizarla y para que no se quede en experiencias particulares de personajes de salud que hicieron historia pero que quedaron fuera de la memoria social.

## 2.6 Limitaciones de la investigación

La principal limitación fue el tiempo y la distancia, puesto que la investigadora desempeña otras actividades a parte de la economía no contando con una subvención por parte de la institución donde laboro y fue totalmente autofinanciada.

## III: MARCO TEÓRICO

### 3.1 Antecedentes de estudio

Pajuelo Jaime - Sánchez José. Lima 2007. El síndrome metabólico en adultos, en el Perú. Fue realizado con el objetivo de conocer la prevalencia del síndrome metabólico en la población adulta del Perú. Los materiales y

métodos fueron el estudio de 4091 personas mayores de 20 años. Cuyas conclusiones fueron: En el país, 2 680 000 personas presentaron el síndrome metabólico, lo que significa que una gran cantidad de personas se encuentra en riesgo de su salud por las diversas alteraciones que le pueden ocurrir. Conociendo que la principal causa de este problema es el sobrepeso y la obesidad, hay que realizar estrategias que permitan combatir lo mencionado. Estas estrategias son ampliamente conocidas: tener una alimentación saludable y realizar una actividad física.

**Sirit Yadira, Acero Carlos, Bellorin Monika y Portillo Ricardo** en su estudio Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo, Venezuela 2009, con el objetivo de Establecer la prevalencia de Síndrome Metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular en una población de trabajadores masculinos del área operativa de la planta de policloruro de vinilo de un complejo petroquímico, en el occidente de Venezuela, empleando el método Estudio descriptivo, transversal realizado con 84 trabajadores a los cuales se les determinó talla, peso, presión arterial, circunferencia abdominal, índice de masa corporal, hábitos alcohólicos, tabáquicos y consumo de medicamentos. Llega a la conclusión a pesar que la prevalencia de síndrome metabólico no fue tan alta, los factores de riesgo cardiovascular de manera individual estuvieron elevados, considerando que la población trabajadora es joven, amerita la implementación de programas de prevención y cambios de estilos de vida para minimizar el

riesgo de enfermedad coronaria y cerebro vascular que conducen a discapacidad laboral.

**Arellano Auquilla Alberto Santiago**, Riobamba – Ecuador 2011. Prevalencia del síndrome metabólico (SM) en adultos del sindicato de choferes profesionales del Cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi, con el objetivo de Determinar la prevalencia del síndrome metabólico (SM) en adultos del Sindicato de Choferes Profesionales del cantón Pujilí, Provincia de Cotopaxi, con un estudio no experimental, de tipo transversal; mediante encuesta a 60 choferes. Concluye que la prevalencia del síndrome metabólico en Pujilí es del 40%, definida por los criterios de la ATPIII, se debe implantar un programa educativo que ayude a prevenir o retrasar el desarrollo de diabetes y enfermedad cardiovascular.

**Pajuelo Jaime, Sánchez-Abanto José, Torres Harold L., Miranda Marianella**, Lima – Perú 2012. Prevalencia del síndrome metabólico en pobladores peruanos por debajo de 1 000 y por encima de los 3 000 msnm, Hospital Nacional Dos de Mayo. Con el objetivo de Determinar y comparar la prevalencia del síndrome metabólico y de sus diferentes componentes, el diseño fue el análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Indicadores Nutricionales, Bioquímicos, Socioeconómicos y Culturales Relacionados a las Enfermedades Crónicas Degenerativas 2006. Institución: Instituto Nacional de Salud Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Ministerio de Salud, Lima, Perú. Participantes: Personas mayores de 20 años. En el método se incluyó 3 384 personas mayores de 20 años, 2 425 que

habitaban por debajo de 1 000 (nivel-I) y 959 por encima de los 3 000 msnm (nivel-II). El síndrome metabólico fue definido de acuerdo a los criterios del National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III). Las conclusiones son: El síndrome metabólico fue significativamente más prevalente en la población por debajo de los 1 000 msnm; esto podría ser resultado de la transición nutricional, demográfica y socioeconómica en esta área. Las mujeres fueron más susceptibles a los factores de riesgo cardiovascular.

### **3.2 Bases teórico – científicos**

#### **ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

##### **Introducción**

Los seres humanos, desde pequeños, van adquiriendo hábitos y conductas que poco a poco integran lo que será su estilo de vida. Es muy importante promover en todas las etapas de la vida, la adopción de hábitos que los lleven a construir estilos de vida saludables, de los cuales forman parte: una alimentación correcta, descanso, 60 minutos de actividad física los niños y 30 minutos los adultos, actividades recreativas, responsabilidad personal, una actitud mental positiva, hábitos de higiene y prevención, y cuidado del ambiente. El testimonio de vida saludable y la formación que promueva el adulto son las herramientas que le permitirán optar por prácticas favorables de salud.

##### **Estilo de vida**

Conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas.  
Pueden ser: saludables y nocivas para la salud.

### **Hábitos y estilos de vida saludables**

Es aquella que describe como el peso corporal, la actividad física, la buena higiene personal y un ambiente limpio influyen en nuestra salud. Explora lo que es un peso corporal saludable y como lograrlo a través de la mantención del balance energético. Analiza la importancia de tener un buen estado físico y de realizar actividad física en forma regular, para mantener el peso corporal adecuado y tener una buena salud. Explica cómo el protegernos de los agentes que causan enfermedades es importante para mantener un buen estado de salud y bienestar.

### **Conceptualización del estilo de vida saludable.**

A causa de la diversidad de disciplinas que utilizaron el término estilo de vida, existen innumerables definiciones y aplicaciones del mismo. En el caso de la disciplina de la salud, como se comentó más arriba, la oficina regional de la OMS para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco operativa, tiene el reconocimiento de los expertos por introducir los principales factores que influyen en los estilos de vida. Concretamente, esta definición describe el estilo de vida del siguiente modo:

“Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta

determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986, p.118).

A pesar de habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, se considera más apropiado el uso del término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor tanto los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo (Donovan, Jessor & Costa, 1993). Sin embargo, en ocasiones resulta recargado o hasta confuso denominarlo así, por ejemplo, cuando se trata su relación con otras variables (e.g. el estilo de vida relacionado con la salud se relaciona con el bienestar emocional).

Por lo tanto, el término estilo de vida saludable tiene en cuenta tanto aquellos comportamientos que implican un riesgo para la salud como aquellos otros que la protegen, tal y como defiende Dellert S. Elliot (1993), uno de los estudiosos en la materia con más relevancia internacional. Según este autor, el estilo de vida saludable se entiende cada vez más como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable. Una de las aportaciones más importantes de Elliot ha sido su planteamiento sobre las características fundamentales del estilo de vida saludable, resumidas en los siguientes cuatro apartados:

- a. **Posee una naturaleza conductual y observable.** En este sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque sí pueden ser sus determinantes.

- b. **Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo.** Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual. Así, por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.
- c. **El estilo de vida denota combinaciones de conductas que ocurren consistentemente.** De hecho, se considera al estilo de vida como un modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.
- d. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero sí se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.

Con la intención de construir un concepto de estilo de vida saludable más actualizado, Cockerhan, Rütten y Abel (1997) analizan las aportaciones de diversos autores relevantes en diferentes momentos del siglo XX: comienzos de siglo (Simmel y Weber), mediados (Bourdieu) y finales (Giddens). A partir de esta revisión, Cockerhan, Rütten y Abel definen los estilos de vida saludables como modelos colectivos de conducta relacionados con la salud, basados en elecciones desde opciones disponibles para la gente, de acuerdo con sus posibilidades en la vida. A

su vez, plantean la disyuntiva entre los expertos que consideran la práctica de estilos de vida saludables como una elección personal y los expertos que la consideran como una actuación en función de las posibilidades que cada individuo tiene en su vida, refiriéndose en este segundo caso a aspectos más estructurales como sexo, edad, raza, recursos socioeconómicos o, incluso, límites percibidos derivados de la socialización y de la experiencia en un ambiente social particular. En un análisis más a fondo, este tipo de dilemas no hacen más que mostrar que aún no se ha dejado de replantear la disyuntiva básica entre el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial en lo que atañe a la adopción –o no- de estilos de vida saludables (Engel, 1977). Este material se guiará según las ideas del segundo grupo de expertos, que defienden la necesidad de tener en cuenta aquellos factores más externos o independientes de la elección del individuo, como son las variables sociodemográficas o las características ambientales y socioeconómicas, que, de un modo u otro, influyen en el individuo a la hora de llevar a cabo ciertas conductas, conductas que o bien protegen su salud o bien la ponen en riesgo.

### **Variables importantes en el estudio de los estilos de vida saludables.**

Como se ha comentado más arriba, los primeros estudios sobre los estilos de vida saludables surgieron desde el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares, por lo que las variables empleadas en esos primeros estudios fueron los factores de riesgo clásicos de este tipo de enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos

de alimentación. Además, las muestras que utilizaban dichos estudios estaban constituidas fundamentalmente por adultos con y sin problemas cardiovasculares (Badura, 1982). Sin embargo, el aumento progresivo de la preocupación por la educación para la salud por parte de la Organización Mundial de la Salud y demás organismos públicos dedicados a la mejora del bienestar de la población infanto-juvenil, ha provocado un aumento en el número de estudios realizados con muestras de niños, niñas y adolescentes, así como un aumento en el número de variables estudiadas que forman parte de los estilos de vida. En los últimos años, el campo de estudio centrado en los estilos de vida saludables también se ha introducido en investigaciones sobre tercera edad.

Tabla 2. Importancia de las diferentes variables relacionadas con los estilos de vida saludables para cada etapa evolutiva (adaptada de Pastor et al., 1998a).

<b>Variables</b>	<b>Infancia y adolescencia</b>	<b>Adulthood</b>	<b>Vejez</b>
1. Consumo de alcohol	X	X	X
2. Consumo de tabaco	X	X	X
3. Hábitos alimenticios	X	X	X
4. Actividad física	X	X	X
5. Consumo de medicamentos	X		X
6. Hábitos de descanso	X	X	X
7. Accidentes y conductas de prevención de los mismos	X	X	X
8. Higiene dental	X		
9. Actividades de tiempo libre	X		X
10. Consumo de drogas no legalizadas	X		
11. Conducta sexual	X		
12. Chequeos médicos		X	X

En efecto, las variables más estudiadas en las tres etapas evolutivas analizadas coinciden con los factores de riesgo clásicos de las enfermedades cardiovasculares: consumo de alcohol, tabaco, hábitos de alimentación y actividad física. Por otra parte, se encuentra que es en la muestra infantil y adolescente donde el porcentaje de variables estudiadas tiene una mayor distribución entre las diferentes variables. A continuación, se comenta una explicación de este último hecho.

En la década de los 80, la OMS se planteó la necesidad de abordar el estudio de los estilos de vida específicamente en la etapa adolescente, para lo cual se creó el estudio Health Behavior in School-aged Children (HBSC). Este proyecto internacional e interdisciplinar abarca el estudio de las conductas de salud, otros aspectos del estilo de vida general, algunas influencias sociales y algunas percepciones del ambiente.

### **Relación entre estilos de vida y salud.**

Aunque sea criticado de reduccionista, el modelo biomédico contribuyó a que el estilo de vida fuera un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud y que los ciudadanos llegaran a ser más conscientes de que algunas de sus conductas conllevan riesgos para la salud. Además, el modelo biomédico fue el encargado de introducir el término de estilo de vida saludable y de conseguir en cierto modo que, tanto su uso como el del término estilo de vida, se extendiese al lenguaje cotidiano y a la literatura sobre la salud (aunque sin una base teórica ni una conceptualización clara).

De hecho, como ya se ha comentado, el término estilo de vida es utilizado hoy en día en mayor medida desde el área de la salud que desde la sociología, la antropología o la Psicología Individual.

A pesar de que han surgido muchos intentos de conceptualizar qué es estilo de vida, todavía no existe una definición consensuada. Aún más, los términos estilo de vida en general y estilo de vida saludable continúan empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos, a pesar de los esfuerzos de la OMS durante la década de los 80 para diferenciarlos.

### **La promoción de estilos de vida saludables**

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. McAlister (1981) entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud, apresados a través de la investigación epidemiológica. A continuación, exponemos algunos de los más importantes:

- 1) *Practicar ejercicio físico.* Realizar una actividad física de modo regular (ej., dar largos paseos) es el vehículo más adecuado para prevenir el comienzo de las principales patologías físicas y psicológicas que afectan a la sociedad desarrollada. También es útil para atenuar el grado de severidad cuando el sujeto ya presenta la enfermedad

(Haskell, 1984). Una actividad física moderada, realizada regularmente, repercute beneficiosamente en la salud. Los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares (Haskell, 1984). Las personas que realizan asiduamente ejercicio físico corren menos riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos...

También aporta beneficios psicológicos, pues se ha visto que la realización de una actividad física regular reporta beneficios considerables a la persona. En primer lugar, una actividad física enérgica practicada regularmente reduce los sentimientos de estrés y ansiedad. El ejercicio y la buena forma física pueden proteger a la gente de los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud. Varias investigaciones (ej., Blumenthal y McCubbin, 1987) han mostrado una fuerte evidencia que la realización de ejercicio o gozar de buena salud contribuye a la estabilidad emocional, fruto de la reducción de la ansiedad, la depresión y la tensión. En segundo lugar, aquellos individuos que siguen programas para estar en forma informaron que mejoraron en sus actitudes y actividad laboral (ej., Folkins y Sime, 1981). En tercer lugar, la participación en una actividad física regular contribuye a la mejora del autoconcepto del sujeto (Sime, 1984), porque las personas que realizan ejercicio mantienen más fácilmente

el peso adecuado, presentan un aspecto más atractivo y se suelen implicar de modo exitoso en distintos deportes y actividades físicas.

- 2) *Nutrición adecuada.* En términos de efectos en la salud, los hábitos alimentarios de las personas que viven en las sociedades desarrolladas, han pasado desde los estragos de las deficiencias dietéticas de principios de siglo, a los estragos derivados del exceso, en las últimas décadas. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (ej., la diabetes, la caries dental). Una buena práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. O dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición (Hegsted, 1984).

Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales (Holum, 1987).

Las dos principales causas de morbilidad y mortalidad de la década de los 90, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, se deben en gran medida a comportamientos nutricionales inadecuados. Por ejemplo, enfermedades como el cáncer de colon, el estreñimiento y la diverticulosis se han relacionado con dietas pobres en fibras. Dietas ricas en grasa y sal favorecen la hipercolesteremia y la hipertensión, dos importantes factores de riesgo de la enfermedad cardíaca (Costa y López, 1986).

Cabe señalar que entre los hábitos alimenticios más recomendables para implantar, se encuentran la disminución del consumo de grasas animales, aumento del consumo de leche, patatas y especialmente verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra, reducir el consumo de azúcar, dulces y harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol. Esto es, nuestra dieta para que sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos y carnes y pescados (Nelson, 1984).

Por último, la mayoría de la gente que come saludablemente no necesita consumir suplementos vitamínicos u otros nutrientes. Sin embargo, algunas poblaciones especiales, como por ejemplo las mujeres embarazadas, necesitan una cantidad extra de nutrientes, que, aunque se pueden proporcionar introduciendo modificaciones en

su dieta, es recomendable que tomen suplementos (ej., hierro) (Hegsted, 1984).

- 3) *Adoptar comportamientos de seguridad.* Las tasas de muerte por accidentes persisten como la tercera causa de muerte en los países desarrollados. La mayor parte de los accidentes podrían ser evitados, pues la mayoría de ellos son ocasionados por la conducta de los individuos. Comportamientos inapropiados en el manejo de automóviles, medicamentos, armas blancas y de fuego, sustancias tóxicas, fuego, etc., son una fuente considerable de lesiones (Robertson, 1984). Aproximadamente las dos terceras partes de las muertes por accidente no son intencionadas. La mayor parte de las lesiones se deben a los accidentes automovilísticos y a los ocurridos por fuego.

Si excluimos el primer año de vida, las lesiones se convierten en la causa principal de muerte durante las primeras cuatro décadas de vida del individuo. La mitad de las muertes en los niños y adolescentes también se deben a los accidentes. Se pierden más años de trabajo por lesiones y muerte relacionadas con los accidentes que por ninguna otra causa. Los jóvenes, los pobres y las personas de edad avanzada sufren más lesiones que el resto de la población. Los mineros y los trabajadores de industrias y agrícolas son el colectivo que presentan un mayor número de lesiones incapacitantes (Waller, 1987).

Especial mención merecen los accidentes de tráfico, por sus consecuencias nefastas. Tal y como ya hemos mencionado, los accidentes de tráfico se llevan la palma en cuanto a mortalidad y morbilidad. Dan cuenta de aproximadamente la mitad de todas las muertes debidas a accidentes. Las tasas de mortalidad derivadas de los accidentes de vehículos de motor se incrementan de modo alarmante durante la adolescencia. Los jóvenes entre 15 y 19 años presentan una probabilidad de dos veces y media mayor de morir en un accidente de circulación que las jóvenes de su misma edad (Matarazzo, 1984a; Piédrola, 1988).

Ahora bien, la mayor parte de estos accidentes pueden evitarse y es posible que muchas de las lesiones derivadas de los mismos se eliminen, o por lo menos, se reduzcan, adoptando cuatro medidas generales de prevención (Haddon y Baker, 1981): 1) eliminar los agentes físicos (ej., armas de fuego); 2) reducir la cantidad del agente (ej., velocidad de los vehículos); 3) evitar la liberación del agente (ej., dispositivos de sujeción en los vehículos); y, 4) cambiar superficies, estructuras o productos peligrosos (ej., automóviles).

Nosotros creemos que un objetivo específico de la psicología de la salud es lograr un cambio conductual en todas estas prácticas, en la dirección de promover el uso del cinturón de seguridad en los automóviles, reducir la exposición de los niños a factores de riesgo, etc.

4) *Evitar el consumo de drogas.* Uno de los tres problemas que más preocupan a nuestros ciudadanos son las drogas. En la sociedad actual el uso de drogas ilegales (heroína, cocaína, marihuana, etc.) y legales (alcohol, tabaco y drogas de prescripción) es un fenómeno que ha adquirido gran relevancia. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc. (ej., Schukitt, 1995).

Una de las muchas clasificaciones existentes en el ámbito de las drogodependencias contempla la diferenciación entre drogas legales e ilegales. Las sustancias legales son aquellas que su venta y consumo está permitido por la ley. El tabaco y el alcohol son el ejemplo por excelencia de esta categoría de drogas institucionalizadas, además de ser las más consumidas por la población y las que generan más problemas sociosanitarios. Por ejemplo, las cifras de mortalidad al año por muertes prematuras a causa del tabaco se aproximan a 390.000 en EEUU, 500.000 en Europa, 44.000 en España y 14.000 en México (Becoña, 1994a). Sin lugar a dudas, es la principal causa de muerte prevenible en el mundo, con un total de tres millones de defunciones al año. Más que todas las que provocan la suma juntas del alcohol, las drogas ilegales, los homicidios, los suicidios, los accidentes de coche y el SIDA.

Por contra, la venta y el consumo de drogas ilegales carecen de reconocimiento legal. En los últimos años, este tipo de drogas han creado muchos problemas serios en nuestro medio. Los problemas, sin embargo, son principalmente de índole social y no relacionada con la salud física. La gente que muere como consecuencia de los efectos de las drogas ilegales es muy poca, si la comparamos con la generada por el tabaco y el alcohol.

Tanto las drogas legales como las ilegales representan un peligro potencial para la salud. Sin embargo, las drogas ilegales presentan ciertos riesgos a diferencia de las legales, sin tener en cuenta los efectos farmacológicos. Por ejemplo, este tipo de sustancias pueden ser vendidas como un tipo de droga cuando realmente son otra; contienen otro tipo de sustancias que pueden ser por sí mismas peligrosas para la salud; falta de medidas higiénicas durante la administración; el consumidor no tiene asegurada la dosis por motivos económicos o de demanda y un largo etcétera. También son un foco de problemas de índole social, pues los consumidores producen inseguridad ciudadana, tráfico de drogas, crímenes, robos, etc. Otros problemas importantes que generan las mismas son de tipo laboral y económico.

En resumen, todas las drogas tienen capacidad de generar adicción, pero precisamente la peculiaridad de una sustancia viene dada por los problemas de salud, económicos, y sociales que genera, dándose

enormes diferencias en dicha tríada. Así, por ejemplo, mientras el tabaco es la droga que causa mayor mortandad, el alcohol es la que produce mayores problemas sociales, laborales y económicos (Becoña, 1995). Por tanto, es necesario que el uso de tales sustancias sea eliminado o reducido al mínimo, en el peor de los casos.

- 5) *Sexo seguro*. Cada año millones de personas, la mayoría de ellos jóvenes, contraen enfermedades transmitidas sexualmente (ej., gonorrea, herpes). Estas enfermedades han sido siempre potencialmente peligrosas, pero durante los últimos 40 años, la mayoría pueden ser tratadas eficazmente. Sin embargo, en la década de los años 80 la irrupción en escena del SIDA cambió completamente el panorama. El SIDA consiste en la presentación de una o varias enfermedades (ej., sarcoma de Kaposi) como consecuencia de la infección previa producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Además, en pacientes afectados, el SIDA es una enfermedad contagiosa debida precisamente al virus VIH. Éste se encuentra en numerosos fluidos humanos, aunque sólo en algunos (ej., semen, secreciones vaginales) presenta una concentración suficiente como para provocar una infección (Weber y Weiss, 1988; Bayés, 1995).

Rápidamente se observó que la amplia mayoría de infecciones VIH se habían producido a través de la transmisión sexual, pues las minúsculas lesiones que se producen durante la penetración (vaginal y anal) y otras prácticas sexuales (ej., buco-genitales) facilitaban que

el virus VIH pasara a través del semen y de las secreciones vaginales a la corriente sanguínea de su pareja. Además, factores tales como mantener relaciones promiscuas, no usar preservativos, penetración anal o contacto bucal-genital, incrementan el riesgo de adquirir dicha infección (Gerberding y Sanding, 1989).

La clara evidencia de la transmisión sexual del VIH ha producido un vuelco en la concepción del manejo de este tipo de enfermedades. La única vía alternativa en estos momentos para luchar contra esta enfermedad es la prevención, a través de comportamientos que minimicen el riesgo (ej., uso de preservativos, mantener relaciones monogámicas) (Bayés, 1995; Kaplan, 1987).

Uno de los problemas más preocupantes a los que debe hacer frente nuestra sociedad es el de los embarazos no deseados, en concreto, en el colectivo de las adolescentes. Un embarazo no deseado en una adolescente supone un serio problema para ella, su futuro hijo, sus padres, amigos y los servicios sanitarios y educativos. Aunque, en las dos últimas décadas, se ha reducido de modo acusado el número total de nacimientos en las jóvenes menores de 20 años todavía los porcentajes siguen siendo especialmente altas, siendo, por ejemplo, de un 4.8% para el año 1990 (ver Cáceres y Escudero, 1994).

Si bien es cierto, que muchos padres adolescentes adoptan decisiones responsables en caso de embarazo y proporcionan a sus hijos de un buen cuidado prenatal y obstétrico. Sin embargo, muchos

no lo hacen. Esto es, un gran número de embarazos no deseados se acompañan de una incidencia desproporcionada de mortalidad infantil, descuido y maltrato a los niños, terminando, aproximadamente cuatro de cada diez embarazos dentro de este grupo en aborto o malogros. Las madres adolescentes tienen un riesgo dos veces mayor de tener anemia, preclamsia y complicaciones durante el parto, además, de un mayor riesgo de mortalidad durante el mismo (OMS, 1976).

Por otra parte, los hijos de madres adolescentes presentan una tasa de morbilidad y mortalidad dos veces mayor que los bebés de las madres adultas, corriendo el riesgo de experimentar más malformaciones congénitas, problemas de desarrollo, retraso mental, ceguera, epilepsia y parálisis cerebral (Hunt, 1976). Por si fuera poco, tanto los padres como sus hijos tienen que afrontar a corto, medio y largo plazo una serie de adversidades sociales, legales, psicológicas, educativas y económicas.

6) *Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas.*

Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud. Estas influyen sobre la salud a través de diferentes mecanismos. Quizás el más conocido es el Síndrome General de Adaptación (SGA)(Selye, 1936, 1956), también denominado estrés. Labrador (1992) define el estrés como: "Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando debe hacer frente a situaciones

que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo se encuentre estresado depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él; o, si avanzamos un poco más, depende de las discrepancias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas".

Dicha definición está acorde con el enfoque interaccional del estrés (ver Lazarus y Folkman, 1986), que es el más aceptado de la actualidad, y que concibe a éste como un proceso transaccional entre el individuo y la situación. Según dicho enfoque, la naturaleza e intensidad de la reacción del estrés viene modulada, al menos, por tres factores: en primer lugar, por el grado de amenaza que el sujeto percibe en la situación; segundo, por la valoración que el individuo hace de los recursos que cree tener para afrontar con éxito la demanda de la situación; y, tercero, por la disponibilidad y el grado de afrontamiento que el sujeto pone en marcha, para restablecer el equilibrio en la transacción persona-ambiente.

La cronicidad de este síndrome (SGA) conlleva un aumento de la vulnerabilidad del individuo a padecer algún tipo de enfermedad (ej., incremento de glucocorticoides). Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno específico, sino que representan un riesgo específico, que hace a los sujetos más

vulnerables ante las enfermedades (ej., enfermedad cardiovascular) en general (Valdés y Flores, 1985)

No sólo puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud, sino que también puede influir también sobre la salud de modo indirecto, a través de la elicitación o mantenimiento de conductas no saludables. Esto es, no sólo son importantes para la salud del individuo los efectos a nivel orgánico que produzca el estrés u otras emociones negativas. Un individuo que viva bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables. Por ejemplo, en algunos estudios (ver Newcomb y Harlow, 1986) se encontró que el incremento en el estrés estaba asociado a un incremento en el uso del alcohol y otras drogas. También se ha comprobado que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud proviene del hecho de que las personas sometidas a estrés, especialmente de tipo laboral, presentan hábitos de salud peores que las personas que no lo sufren (Wiebe y McCallum, 1986).

Se ha sugerido que el apoyo social puede ser un factor modulador del estrés importante para aquellas personas que viven bajo situaciones estresantes (ej., divorcio), pues practican más ejercicio físico y consumen menos tabaco o alcohol cuando gozan de un nivel elevado de apoyo social, en contraste con aquellas que cuentan con poco o ningún apoyo social (Addler y Matthews, 1994).

También se han sugerido distintas variables psicológicas como moduladoras de la relación entre el estrés y la enfermedad. Unas contribuirían a favorecer la salud (ej., dureza, optimismo, autoestima) y otras la perjudicarían (ej., conducta tipo A, conducta tipo C, alexitimia) (Sandín, 1995). Así, por ejemplo, los individuos con un patrón de conducta tipo A reaccionan de modo diferente a los estresores que aquellos con un patrón de conducta tipo B (Glass, 1977).

No obstante, el concepto capital en el enfoque interaccional del estrés es el de afrontamiento. Cuando se rompe el equilibrio en la transacción persona-situación, el sujeto pone en marcha una serie de conductas, manifiestas o encubiertas, con el objeto de restablecer el equilibrio. Por tanto, estos procesos de afrontamiento también desempeñan un papel mediacional entre el impacto de una situación dada y la respuesta de estrés del sujeto. Precisamente, en esta línea, se han desarrollado todo un conjunto de técnicas para ayudar a que la gente maneje el estrés (Labrador, 1992). Dotar al individuo de esos recursos conductuales y cognitivos para hacer frente al estrés, parece ser la vía más adecuada, para minimizar los efectos perjudiciales del mismo sobre la salud.

- 7) *Adherencia terapéutica.* Para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud del paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, el consejo debe ser

acertado. En segundo lugar, debe ser seguido por el individuo (Brannon y Feist, 1992). Pues bien, la realidad parece bien distinta, coincidiendo plenamente con lo que expresa un acertado adagio castellano "de lo dicho a lo hecho hay un trecho". A pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante los últimos 50 años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia a los regímenes terapéuticos, ésta es aún una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud (Demarbre, 1994). Uno de los problemas más importantes con el que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar o incluso prevenir los problemas.

Se ha encontrado que las tasas de incidencia de adherencia a las recomendaciones de los clínicos no suelen superar el 50%, con una oscilación entre el 30% al 60% (Meichenbaum y Turk, 1987), bien por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en cumplirlos. Todavía más preocupante es el hecho del elevado número de personas que no se adhiere a los regímenes profilácticos prescritos (ej., embarazadas que no toman los suplementos vitamínicos), llegándose a situaciones como en el caso de la hipertensión en el que el incumplimiento de las prescripciones médicas es más la norma que la excepción.

En el caso de las enfermedades crónicas (ej., hipertensión), las consecuencias de la falta de adhesión al tratamiento acarrear consecuencias muy negativas en la esfera física, psicológica y social de los clientes, además de derivar en un coste importante para la sociedad (ej., Epstein y Cluss, 1982).

Por tanto, el incumplimiento y no seguimiento de las prescripciones genera unos costes personales importantes, en especial, en la calidad de vida que puede gozar la persona. Pero, además, se está produciendo una mala utilización de los servicios de salud, con el consiguiente e innecesario incremento de los costes sanitarios. Por contra, la adherencia a las prescripciones de los clínicos evitaría visitas innecesarias de los sujetos a los ambulatorios, hospitalizaciones innecesarias, etc. La crucialidad de esta cuestión lo refleja muy acertadamente Bayés (1979) cuando dice: "De qué nos servirá tratar de montar un gran aparato sanitario que funcione a la perfección si luego la mitad de los pacientes no siguen las prescripciones médicas o se equivocan al llevarlas a la práctica".

## **SÍNDROME METABÓLICO**

### **Un problema de genes**

Pero, ¿por qué se produce este fenómeno en tanta gente? La explicación más satisfactoria está en que parece ser que nuestros genes están diseñados para una época mucho más antigua, unos 100.000 años antes,

cuando el hombre tenía muchas dificultades para conseguir comer proteínas animales, cosa que hacía pocas veces y tras intensos y extensos ejercicios físicos extenuantes. Nuestro metabolismo se preparó entonces para almacenar mejor la poca energía que podía comer de la escasa caza, acumulando grasa, fundamentalmente en la zona abdominal (el constante movimiento de brazos y de piernas impedía hacerlo allí) para utilizarla como almacén de reserva en los periodos de carencia. Con la llegada del hombre recolector y ganadero, el acceso a la comida animal se convirtió en algo más sencillo y habitual. El hambre iba desapareciendo para la mayoría y, en los últimos 10.000 años, el acceso a la grasa y a la proteína animal ha sido sencillo, por lo que se queman un menor número de calorías y, como consecuencia, el acúmulo de grasa persiste en el tiempo.

Nuestros genes se están adaptando a esta nueva situación de comida fácil, con poco esfuerzo, situación que ha empeorado de forma radical en las últimas décadas de la industrialización, donde el sedentarismo de la población ha alcanzado dimensiones de epidemia. Como se imaginan, este problema se resolverá probablemente dentro de unos 100.000 o 150.000 años, tiempo en el que nuestro genoma se readapte a nuestra nueva forma de vivir.

### **Resistencia a la insulina**

La situación de máximo riesgo, es decir, de mayor peligro de desarrollar una enfermedad cardiovascular es la que se da cuando el sujeto padece una patología que comienza por un trastorno llamado “resistencia celular a

la insulina". En ella, todas las células necesitan más insulina en sangre de la normal para conseguir introducir la imprescindible glucosa a través de la membrana celular y mantener así el correcto funcionamiento y metabolismo de todos los tejidos del organismo y de sus sistemas. Pues bien, esta condición de resistencia a la insulina se acompaña de otras manifestaciones como son la elevación de la presión arterial, el incremento de peso por acumulación de grasa sobre todo a nivel abdominal, cambios en el metabolismo de las grasas provocando un incremento en la producción de colesterol y triglicéridos y una disminución en la excreción de colesterol, así como un aumento en los niveles de glucosa en sangre que puede derivar en el desarrollo de diabetes.

El orden de importancia y de protagonismo en la creación y desarrollo de enfermedad varía algo de unas poblaciones a otras. No obstante, sabemos con certeza que cuando aparece junto más de un factor de los antes mencionados, la situación de peligro de enfermar no se suma, sino que se multiplica. Las formas en que se presenta esta acumulación de factores de riesgo son variadas, pero cuando ya tenemos tres o más de ellos, decimos que estamos ante un sujeto con el llamado "Síndrome metabólico". La asociación de éste con la enfermedad cardiovascular constituye una de las alteraciones más graves y de mayor desarrollo y crecimiento en los últimos tiempos.

### **Síndrome metabólico y diabetes**

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica crónica, catalogada en lo últimos años de auténtica epidemia debido al alarmante aumento en su prevalencia. Se ha evidenciado que está directamente relacionada con el desarrollo de enfermedad coronaria y aterosclerosis precoz. Su etiopatogenia (causas y mecanismos de una enfermedad) está muy ligada con el fenómeno de la resistencia a la insulina y es nexo de unión de los factores de riesgo cardiovascular constituyentes del síndrome metabólico. Obesidad, glucosa alterada, colesterol alto, triglicéridos y presión elevada, este peligroso cóctel, que deriva en diabetes o enfermedades cardiovasculares afecta cada vez a más gente. Es lo que se conoce como síndrome metabólico.

La respuesta no es sencilla debido a que la fisiopatología (el estudio de los mecanismos de producción) del síndrome metabólico es profundamente compleja. Se debate varios años sobre su definición, su causa real y su verdadera repercusión en la salud cardiovascular, aunque la resistencia a la insulina parece ser la responsable de la mayoría de las anomalías que constituyen su etiología.

Las últimas definiciones de las sociedades científicas dicen que entendemos como síndrome metabólico la situación clínica en la que un sujeto presenta tres o más de las siguientes condiciones:

- Obesidad abdominal (perímetro abdominal mayor de 102 cm en el hombre y de 88 cm en la mujer).
- Glucosa alterada (más de 110 mg/dl).

- HDL-colesterol bajo (menos de 45 mg/dl en el varón y de 55 mg/dl en la mujer).
- Producción aumentada de triglicéridos (más de 150 mg/dl).
- Presión arterial elevada presión arterial mayor de 130 o presión arterial diastólica mayor de 85 mmHg).

Así pues, el sujeto con síndrome metabólico podrá presentar tres, cuatro o cinco de esos factores de riesgo variando además la *intensidad* de cada uno de ellos, lo que le conferirá un peligro diferente, pero siempre alto, de que sus arterias enfermen.

### **Prevención y tratamiento del síndrome metabólico**

Podemos evitar el síndrome metabólico a través de la prevención cardiovascular con mayúsculas, con el abordaje de todos los elementos del estilo de vida del sujeto y de sus diferentes características de riesgo se consigue la mejor herramienta para evitar el desarrollo del síndrome metabólico.

Es positivo y alentador saber que esta epidemia puede prevenirse con eficacia si actuamos contra aquellos factores de riesgo que hoy conocemos bien y que, sabemos, son los causantes del deterioro de nuestras arterias. Tanto es así, que importantes expertos en epidemiología cardiovascular han publicado con insistencia en los últimos años que, desarrollando bien esta prevención, conseguiríamos disminuir en un 80-90% las enfermedades cardiovasculares, esto es, asistir casi a su desaparición en nuestro país.

## **Tratamiento del síndrome metabólico**

El tratamiento para las diferentes alteraciones que constituyen el síndrome metabólico debe ser multifactorial y actuar sobre todos los factores de riesgo asociados. El denominador común en todas ellas debe ser un estilo de vida saludable, con un abandono del hábito tabaquino, un incremento de la actividad física y una restricción calórica en la dieta, que ayude a la pérdida de peso y derive finalmente en la normalización de los diferentes parámetros afectados.

Una pérdida de peso moderada (10%) contribuye a la normalización de la presión arterial, a una disminución de los niveles de lípidos en sangre y al control de la glucemia, así como a una mejora en la resistencia a la insulina del paciente.

La realización de ejercicio físico moderado contribuirá así mismo a la consecución de esta pérdida de peso, además de producir mejoras en la capacidad funcional del individuo. No obstante, cuando las modificaciones higiénico-dietéticas en la vida del sujeto no son suficientes, la pauta farmacológica se hace indispensable en el control de los diferentes parámetros afectados.

### **3.3 Definición de términos básicos**

- 3.3.1. Estilos de vida saludables. Muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos consistentes los hábitos de vida o forma de vida como un conjunto de

comportamientos o actitudes que desarrollan las personas a veces saludables y otras nocivas para la salud.

A. *Saludables*. Los patrones cognitivos, afectivos emocionales y conductuales se manifiestan en su calidad de vida.

B. *Nocivas*. Los patrones cognitivos, afectivos emocionales y conductuales se manifiestan que se encuentran en proceso su calidad de vida.

3.3.2. Síndrome Metabólico. Presencia de tres, cuatro o cinco de los factores de riesgo variando además la intensidad de cada uno de ellos.

A. Obesidad abdominal

B. Glucosa alterada

C. HDL-colesterol bajo

D. Producción aumentada de triglicéridos

E. Presión arterial elevada

#### 3.4 **Formulación de hipótesis**

Hipótesis general

Los Estilos de Vida se relacionan con la incidencia y prevalencia del Síndrome Metabólico de los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa.

Hipótesis específicos

- 1) La incidencia y prevalencia del Síndrome metabólico en los pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa es alta.
- 2) Los estilos de vida en los pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa son nocivas.
- 3) Los Estilos de Vida nocivas de los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa esta relacionados con la intensidad de los Síndromes Metabólicos.

### 3.5 Identificación de variables

#### Variable 1

Estilos de vida

#### Variable 2

Síndrome Metabólico

### 3.6 Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADOR
V 1: Estilos de Vida	El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.	Actividad Física	Importancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nunca</li> <li>• Rara vez</li> <li>• Casi siempre</li> <li>• Siempre</li> </ul>
			Realiza o no realiza la actividad física	
			Frecuencia	
			Tipo de ejercicio	
		Nutrición equilibrada	Sabe usted acerca de una nutrición adecuada.	
			Importancia de una nutrición adecuada.	
			Tipo de alimento que más consumen	
		Hábitos tóxicos	Que factores de riesgo conoce Ud. Para adquirir la enfermedad de la Hipertensión Arterial	
			Hay complicaciones en la Hipertensión Arterial	
			Consumen alcohol	

			Si consume alcohol, cual es la frecuencia	
			Conoce las Complicaciones del consumo del tabaco	
			Consumo tabaco	
			Si consume tabaco, cuanto es por día	
			Tiempo que lleva fumando	
			Continua fumando	
			Razón por la que consume el tabaco	
<b>V 2:</b> Incidencia y Prevalencia de Síndrome Metabólico	Síndrome Metabólico, presencia de tres, cuatro o cinco de los factores de riesgo variando además la intensidad de cada uno de ellos.	Factores de Riesgo del Síndrome Metabólico	Obesidad abdominal	• Sí • No
			Glucosa alterada	
			HDL-colesterol bajo	
			Producción aumentada de triglicéridos	
			Presión arterial elevada	

#### IV: METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

##### 4.1 Tipo de investigación

La presente investigación fue una investigación descriptiva; por su naturaleza, cuantitativa ya que es una investigación social, pero con variables cualitativas. De acuerdo a lo mencionado en el tipo de estudio donde indicamos que realizaremos una descripción de las variables.

##### 4.2 Métodos de investigación

Es una investigación que se enmarca en el método descriptivo, cuyo objetivo es determinar la relación de los estilos de vida en los pacientes con síndrome metabólico del Hospital I ESSALUD Oxapampa.

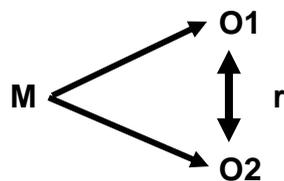
Por las características del estudio que nos planteamos en el momento de realizar el presente trabajo, hacemos una descripción de las

variables de estudio, por lo tanto se determina que nuestro estudio es descriptivo transversal, ya que estamos haciendo una presentación de las características de las variables tal cual se presentan en la naturaleza, en este caso en las actividades que se llevan a efecto en el Hospital I ESSALUD Oxapampa - Pasco.

La estimación estadística de los resultados se determinará con la prueba de la Chi cuadrada, con un sesgo de error del 5%.

#### 4.3 Diseño de investigación

El diseño metodológico a utilizar será el No experimental, porque nuestra investigación se va a realizar por medio de encuestas a los pacientes con Síndrome Metabólico del Hospital I ESSALUD Oxapampa, la misma que responde al siguiente esquema:



**Donde:**

**M** : Población sujeto de estudio

**O1** : Estilos de vida saludables

**O2** : Síndrome metabólico

**r** : Relación de **O1** y **O2**

#### 4.4 Población y muestra

4.4.1. Población: Nuestra población objetiva en el estudio son los 156 Pacientes que conforman los pacientes del Hospital I

ESSALUD Oxapampa de acuerdo al registro que cuenta esta institución.

4.4.2. Muestra: El número total de Pacientes con Síndrome Metabólico son 75, cantidad que se opta para el estudio, constituyéndose una muestra no aleatoria por ocurrencia.

#### **Obtención de muestra**

$$n = \frac{z^2 p x q x N}{E^2 x (N - 1) + Z^2 p x q}$$
$$n = \frac{3.8416 x 0.2379 x 156}{0.0064 x 155 + 3.8416 x 0.2379}$$
$$n = \frac{142.57099584}{0.992 + 0.91391664}$$
$$n = \frac{142.57099584}{1.90591664}$$
$$n = 74.8$$
$$n = 75$$

#### **4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

##### **4.5.1. Técnicas**

- 1) La observación en las fichas clínicas de tres, cuatro o cinco de los factores de riesgo del síndrome metabólico.
- 2) La entrevista sobre el conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan los pacientes para determinar los estilos de vida saludables.

#### 4.5.2. Instrumentos

- 1) La ficha de registro de los documentos clínicos de los pacientes con problemas de síndrome metabólico con variada intensidad.
- 2) El cuestionario con hábitos saludables y otras nocivas para la salud que determinan los estilos de vida saludables de los pacientes.

#### 4.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se utilizará el programa EXCEL y SPSS v22 para tabular y presentar los resultados obtenidos. Además, se operará con comparaciones porcentuales, y se organizó en cuadros y gráficos tubulares.

#### 4.7 Tratamiento estadístico

Para medir la relación de las variables estilos de vida se elabora un instrumento que se aplicará a los los pacientes con Síndrome Metabólico del Hospital I ESSALUD Oxapampa. Este instrumento será sometido a procedimientos de validez y confiabilidad.

### V: ADMINISTRACION DE LA INVESTIGACION

#### 5.1 Presupuesto

RECURSOS	COSTOS
RECURSOS HUMANOS	
• Estadística	500.00
• Metodólogo	1000.00
BIENES	
• Materiales de escritorio	350.00
• Materiales fotográficos	350.00

SERVICIOS	
• Impresiones	250.00
• Copias	150.00
• Empastados y anillados	200.00
Subtotal	2,800.00
Imprevistos	216.00
TOTAL	3,080.00

## 5.2 Cronograma

ACTIVIDADES	2017					
	A	M	J	J	A	S
Planteamiento del problema	X					
Justificación e importancia	X	X				
Revisión de antecedentes		X	X			
Construcción de marco teórico			X			
Formulación de hipótesis			X			
Método y diseño			X			
Construcción de instrumentos			X	X		
Presentación					X	X
Sustentación y publicación						X

## VI: BIBLIOGRAFIA

1. Yadira Sirit, Carlos Acero, Monika Bellorin y Ricardo Portillo. Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo, Venezuela 2009. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a04.pdf>
2. Arellano Auquilla Alberto Santiago Prevalencia del síndrome metabólico (SM) en adultos del sindicato de choferes profesionales

del Cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi, Riobamba – Ecuador  
2011. Disponible en:

<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/handle/123456789/1470/34T00248.pdf;jsessionid=318B241B19FE3CA2F983F47BF508A386?sequence=1>

3. **Pajuelo Jaime, Sánchez-Abanto José, Torres Harold L., Miranda Marianella**, Prevalencia del síndrome metabólico en pobladores peruanos por debajo de 1 000 y por encima de los 3 000 msnm, Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima – Perú 2012. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v73n2/a04v73n2.pdf>
4. **Delgado Zavaleta, Rocío**. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona con el objetivo de determinar la relación entre el estilo de vida y los factores biosocioculturales de la persona. Chimbote – Perú, 2012: Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2012/01/12/000180/00018020140210084945.pdf>
5. Bennassar Veny, Miquel. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la Universidad como entorno promotor de la salud. Costa Rica, 2011. Disponible en:  
<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CCwQFjACahUKEwiz4pzW2sDHAhXEIh4KHV0zCuk&url=http%3A%2F%2Fwww.tdx.cat%2Fbitstream%2F1>

0803%2F84136%2F1%2Ftmbv1de1.pdf&ei=PIbaVbPUGMStet3mqM  
gO&usg=AFQjCNGskhlmtOkizF3-wKPRCHlgaJgg

6. Corbacho Armas K, Palacios García N y Vaiz Bonifaz R. Trabajo de tipo cuantitativo con enfoque descriptivo de Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus. 2008.
7. Hernández, R. – Fernández, C. – Baptista, MP. Metodología de la investigación. 5° edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 2010.
8. Polit – Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud, 6° edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 2000.
9. Tamayo y Tamayo, Mario. El proceso de la investigación científica. Editorial Limusa, México, 1990.
10. Tamayo y Tamayo, Mario. Diccionario de la investigación científica, 6° reimpresión. Limusa Noriega Editores, México, 1996.
11. Hernández, R. – Fernández, C. – Baptista, MP. Metodología de la investigación. 5° edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 2010.
12. Polit – Hungler. Investigación científica en ciencias de la salud, 6° edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 2000.
13. Bejarano – Mormontoy – Tipacti. Estadística descriptiva, probabilidades y lineamientos para la elaboración del protocolo de investigaciones en ciencias de la salud. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú, 2008.

14. Mormontoy W. Muestreo estadístico [base de datos en Internet] Lima Perú, 2001. [Acceso el 29 de julio de 2014]. Disponible en:  
<http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048420/muestreo.pdf>
15. Mormontoy W. Guía de Trabajo para la Elaboración de un Protocolo de Investigación. Lima Perú, 2002. [Acceso el 29 de julio de 2014]. Disponible en:  
<http://bvs.per.paho.org/texcom/cd048420/protocolo.pdf>
16. Ponce Rodas AM. Técnicas de procesamiento de datos [base de datos en Internet] 2005. [Acceso el 29 de julio de 2014]. Disponible en:  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08\\_0240\\_CS.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/08/08_0240_CS.pdf)
17. Alonso Galbán P. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor, Cuba, 2007.
18. Carrasco Díaz S. Metodología de la investigación científica. Editorial San Marcos, Perú - 2005.
19. Campos Navarro R. Autoterapias complementarias de adultos mayores con enfermedades crónicas degenerativas, México, 2001.

## ANEXO N° 01

### ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SINDROMES MEYABÓLICOS DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL I ESSALUD, OXAPAMPA

#### I OBJETIVO:

- 1.1. Identificar los indicadores personales de las unidades de análisis.
- 1.2. Identificar los síndromes metabólicos en los pacientes del Hospital ESSALUD, Oxapampa.
- 1.3. Evaluar los estilos de vida saludables en los pacientes del Hospital ESSALUD, Oxapampa.

#### II INSTRUCCIONES:

- 2.1. Le agradecemos por anticipado sus respuestas veraces donde posteriormente se mostrarán su calificación de acuerdo a un código.
- 2.2. Escribir en los espacios punteados los datos solicitados.
- 2.3. Marcar con un aspa (X) en el paréntesis que corresponde sobre los síndromes metabólicos que más ha padecido el paciente.
- 2.4. Marcar con un aspa (X) en el casillero con la alternativa al que corresponde a los estilos de vida saludables.

#### III. DATOS GENERALES:

- 3.1. Código (Será rellena por el investigador): .....
- 3.2. Apellidos y nombres: .....
- 3.3. Edad: .....
- 3.4. Sexo: .....
- 3.5. Estado civil: .....
- 3.6. Grado de instrucción: .....
- 3.7. Ocupación: .....
- 3.8. Residencia habitual: .....
- 3.9. Situación socioeconómica: .....

#### IV. SITUACION ACTUAL DEL SINDROME METABOLICO:

SÍNDROME METABÓLICO	SI	NO
Obesidad abdominal		
Glucosa alterada		

HDL-colesterol bajo		
Producción aumentada de triglicéridos		
Presión arterial elevada		

**V. DATOS SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:**

Nunca (1) Rara vez (2)  
 Casi siempre (3) Siempre (4)

REACTIVOS	1	2	3	4
<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>				
1. Realiza o no realiza la actividad física				
2. Frecuencia de las actividades físicas				
3. Nivel de esfuerzo del ejercicio				
<b>NUTRICIÓN EQUILIBRADA</b>				
4. Sabe usted acerca de una nutrición adecuada.				
5. Importancia de una nutrición adecuada.				
6. Tipo de alimento que más consumen				
<b>HÁBITOS NOCIVOS</b>				
7. Que factores de riesgo conoce Ud. Para adquirir la enfermedad de la Hipertensión Arterial				
8. Hay complicaciones en la Hipertensión Arterial				
9. Consume usted alcohol				
10. Si consume alcohol, cual es la frecuencia				
11. Conoce las Complicaciones del consumo del tabaco				
12. Consume tabaco				
13. Si consume tabaco, cuanto es por día				
14. Tiempo que lleva fumando				
15. Continúa fumando				
16. Razón por la que consume el tabaco				

**ANEXO 02**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**Título del proyecto:** ESTILOS DE VIDA Y SU RELACION CON EL SINDROME METABÓLICO DE LOS PACIENTES HOSPITAL I ESSALUD – OXAPAMPA - PASCO, 2017

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES / INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema principal:</b> ¿Cómo se presentan la relación de los estilos de vida con la incidencia y prevalencia del Síndrome metabólico en pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la relación de los estilos de vida con la incidencia y prevalencia del síndrome metabólico en pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> Los Estilos de Vida están relacionado significativamente con la incidencia y prevalencia del Síndrome Metabólico de los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa.</p>	<p><b>Variable 1:</b> Estilos de vida</p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física</li> <li>• Nutrición equilibrada</li> <li>• Hábitos nocivos</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Descriptiva; cuantitativa y cualitativas.</p> <p><b>Métodos de investigación:</b> Descriptivo transversal y método estadístico de X<sup>2</sup></p>
<p><b>Problemas específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Cuál es la incidencia y prevalencia del Síndrome metabólico en pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa?</li> <li>2. ¿Cómo son los estilos de vida en los pacientes con del Hospital I ESSALUD Oxapampa?</li> <li>3. ¿Cuál es la relación de los estilos de vida con el síndrome metabólico en los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa?</li> </ol>	<p><b>Problemas específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar la incidencia y prevalencia del Síndrome metabólico en pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa.</li> <li>2. Valorar los estilos de vida en los pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa.</li> <li>3. Establecer la relación de los Estilos de Vida con el Síndrome Metabólico en los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa.</li> </ol>	<p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La incidencia y prevalencia del Síndrome metabólico en los pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa es alta.</li> <li>2. Los estilos de vida en los pacientes del hospital I ESSALUD Oxapampa son nocivas.</li> <li>3. Los Estilos de Vida nocivas de los pacientes del Hospital I ESSALUD Oxapampa esta relacionados con la intensidad de los Síndromes Metabólicos.</li> </ol>	<p><b>Variable 2:</b> Síndrome Metabólico</p> <p><b>Dimensiones:</b> Factores de riesgo</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obesidad abdominal</li> <li>• Glucosa alterada</li> <li>• HDL-colesterol bajo</li> <li>• Producción aumentada de triglicéridos</li> <li>• Presión arterial elevada.</li> </ul>	<p><b>Diseño de investigación:</b> No experimental</p> <p><b>Población y muestra</b> Población heterogénea finita de 156 y muestra no aleatoria de 75 pacientes.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos de RD:</b> La observación y La encuesta son las técnicas. La ficha de registro y El cuestionario son los Instrumentos.</p>