

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Dr. Luis E Aybar
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

RELACIÓN ENTRE ESTILOS DE VIDA Y LA SALUD DE LOS PACIENTES QUE
ASISTEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR DEL CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA CANSINO ADENTRO EN EL PERÍODO
SEPTIEMBRE 2017 – MARZO 2018



Tesis de post-grado para optar por el título de especialista en:

MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Fabiola Moreno

Asesores:

Metodológico

Claridania Rodríguez

Clínica

Elizabeth Llaveres Seijas

Los conceptos metodológicos en la presente tesis de post-grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2018.

CONTENIDO

Agradecimiento

Dedicatoria

Resumen

Abstract

I.Introducción	8
I.1.Antecedentes	9
I.2.Justificación	12
II.Planteamiento del problema	14
III.Objetivos	15
III.1.General	
III.2.Específicos	
IV.Marco teórico	16
IV.1.Estilo de vida saludable	16
IV.1.1.Historia	19
IV.1.2.Definición	21
IV.1.3.Promoción en Salud	23
IV.1.4.Educación para la salud	25
IV.1.5.Comunicación Social	28
IV.1.6.Comunicación participativa en salud	28
IV.1.7.Importancia social sobre estilo de vida y salud	34
IV.1.8.Estilo de vida y de salud en República Dominicana	35
IV.1.9 Centro de Atención Primaria Cansino Adentro	36
IV.10.Factores de riesgos	36
IV.10.1.Alimentación inadecuada	36
IV.10.2.Efectos Consumo de Bebidas Gaseosas	37
IV.10.3.Sedentarismo	37
IV.10.4.Tabaco	38
IV.10.5.Alcohol	39
IV.10.6.Estrés	41

IV.11.Enfermedades de los Estilos de vida	42
IV.12.Factores Protectores	55
V.Hipótesis	58
VI.Operacionalización de las variables	59
VII.Material y Métodos	60
VII.1.Tipo de estudio	60
VII.2.Área de estudio	60
VII.3.Universo	60
VII.4.Muestra	60
VII.5.Criterios	60
VII.5.1.De inclusión	60
VII.5.2.De exclusión	61
VII.6.Instrumento de recolección de datos	61
VII.7.Procedimiento	61
VII.8.Tabulación	61
VII. 9.Análisis	61
VII.10.Consideraciones éticas	61
VII.11.Consentimiento informado para participantes de investigación	62
VIII.Resultados	64
IX.Discusión	71
X.Conclusión	73
XI.Recomendaciones	75
XII.Referencias	77
XIII.Anexos	79
XIII.1.Cronograma	79
XIII.2.Cuestionario	80
XIII.3.Costos y recursos	82
XIII.4.Evaluación	84

DEDICATORIA

Ha sido el todopoderoso, quien ha iluminado mi sendero cuando más oscuro ha estado, Ha sido el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni la esperanza, ni desfallecer en el intento.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Margarita Antonia Moreno, por su inmenso amor, cariño, y apoyo incondicional basado en la enseñanza de los valores morales.

A mi abuela Agustina Moreno , aunque no te encuentres con nosotros físicamente siempre estarás en mi corazón, te extraño tanto mama querida que sé que nos encontraremos junto con el creador. Gracias por haber creído en mí hasta el último momento.

A mi compañero de vida Emmanuel R. Valenzuela que aunque no estés con nosotros gracias por tu amor, cariño, y apoyo en esos momentos tan difícil que tuve que atravesar a lo largo de esta carrera, gracias por estar ahí, gracias por mis hijos.

A mis hermanos Abel, Peter, Willy por aquellos momentos de unión y apoyo familiar.

A mi querido amigo. Dr. Javiel A. Bautista, por ser tan especial, por ser la luz en la oscuridad y un ejemplo de superación continúa.

A los profesores de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria de la ciudad Sanitaria Dr.Luis E. Aybar, excelentes profesionales que compartieron su conocimiento de una manera excepcional.

A la Dra. Elizabeth Seijas Lluberes por su apoyo, asesoría clínica durante el proceso de la elaboración de nuestra tesis.

A la Sra. Mary Paredes por su efectiva colaboración y, en general, durante gran parte de la realización de este trabajo, y ser más que una vecina, una amiga.

RESUMEN

La realización de este estudio está basada en la importancia del estilo de vida y de salud de los pacientes que acuden a la consulta, así como promover estos, y prevenir las enfermedades que se pueden ocasionar a través de malos hábitos y costumbres. Aunque existe en nuestro país programas sobre el estilo de vida saludable no ha sido suficiente la atención oportuna por parte de los usuarios de los servicios de salud.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con recolección de datos prospectivo, que tiene como propósito determinar la relación de los estilos de vida y salud de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro, en el período septiembre 2017 – marzo 2018. Para llevar a cabo la investigación se realizó un cuestionario a cada paciente, previo consentimiento informado, y se le tomo el peso y la talla a cada uno. Con una muestra de 280 pacientes, el cual tuvo las siguientes variables a estudiar: edad, sexo, actividad física y deporte, hábitos alimenticios, hábitos tóxicos, autocuidado y cuidado médico.

Resultados

En la edad encontramos que la de mayor relevancia fue en adultos igual o mayores de 60 años con 97 casos para un 35 por ciento. Hubo 211 caso para un 75 por ciento del sexo femenino, el peso y el índice de masa corporal tenemos 45 pacientes con obesidad grado I, para un 16 por ciento, 87 pacientes con obesidad grado II para un 31 por ciento, grado III con 27 casos para un 10 por ciento, sobrepeso 52 para un 19 por ciento y solo 2 casos, para 1 por ciento con déficit

nutricional. De la actividad física y deporte solo un 9 por ciento de los entrevistados realizan periódicamente algún tipo de actividad física, 60 por ciento de los entrevistados expresaron ingerir alimentos ricos en carbohidratos y grasas. En hábitos tóxicos el 19 por ciento respondieron usar algún tipo de droga como café, alcohol, y cigarrillos. En el auto cuidado y cuidado médico un 77 por ciento respondió acudir periódicamente al médico.

Conclusiones

Los resultados encontrados superan lo planteado en la hipótesis, en donde encontramos más de la mitad de los pacientes con obesidad grado I, II, III y sobrepeso. El sexo más frecuente fue el femenino y en edades comprendidas entre 50-59 años y mayor de 60, lo que se evidencia un fracaso en cuanto a la práctica, promoción y prevención de estos pacientes y de los programas de estilos de vida y de salud de nuestro país.

I. INTRODUCCIÓN

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 vida.

Si bien es cierto que los estilos de vida de cada persona se establecen en la infancia, en el interior de la familia y se comienzan a moldear desde entonces de acuerdo a los comportamientos familiares y las influencias directas de las costumbres y actitudes del grupo social al que se pertenece, es en la adolescencia en donde el sujeto comienza a ejercer su autodeterminación, configurando su estilo de vida.

Así el estilo de vida en la adolescencia que está determinado por su pasado dentro del seno familiar, empieza a ser modificado en el presente, de acuerdo a la manera en que ha decidido vivir esa etapa de la vida y tendrá una gran importancia en la determinación del futuro del individuo, que al tiempo de elegir pareja, profesión, información, cultura, incluye un sistema e influencias que determinaran su estilo de vida a futuro.

A pesar de la importancia de los estilos de vida, este tema está muy poco presente y/ o ausente en el desarrollo de los planes de estudio en los sistemas

escolares, poco se le ha estudiado y menos aún ha sido planeada una educación efectiva para el desarrollo de estilos de vida saludable.

Se difunden y promueven estilos y conductas que son beneficiosos para la salud, pero que en lo personal no practicamos por diversas razones.

Es importante mencionar que, aunque el estilo de vida depende de una diversidad de factores, los seres humanos somos capaces de asumir un estilo de vida saludable a través de la auto observación y el autocontrol frente a situaciones de riesgo.

Los Centros de Salud pueden constituir modelos y actuar como líderes para otras organizaciones para la promoción de los estilos de vida saludable participar en distintos ámbitos que den espacio a una práctica de vida saludable que incorpora las posibilidades tradicionales y de innovación, como en actividad física, las disciplinas orientales, utilización de recursos disponibles para alimentación saludable con creatividad.

I.1. Antecedentes

Desde épocas remotas, el hombre siempre ha querido vivir más y mejor, sin aceptar los cambios que el tiempo y la edad van produciendo sobre su salud, tanto física como emocional, llevándolo al envejecimiento y a la muerte. Las enfermedades, dolencias, pérdidas, etc., son procesos difíciles de aceptar en la cultura de hoy que quiere vivir una eterna juventud. Durante los últimos años la sociedad ha experimentado profundos cambios en materia de salud. Estos cambios se deben a una serie de factores del entorno que gatillan el desarrollo de determinados estilos de vida, pudiendo ser éstos de riesgo o protectores para la salud de las personas.

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2002 señala que de un conjunto de 25 grandes riesgos evitables seleccionados y estudiados en detalle, entre los

más importantes a nivel mundial se encuentran los siguientes: prácticas sexuales sin protección, presión arterial elevada, tabaco, alcohol, niveles de colesterol elevados, y sobrepeso/obesidad, todos vinculados a estilos de vida. En su conjunto, estos riesgos representan un tercio de los años de vida sana perdidos en todo el mundo. Los principales riesgos examinados en el informe dan lugar a importantes reducciones de la esperanza de vida sana: en promedio, unos cinco años en los países en desarrollo y diez años en los países desarrollados. El número de años de vida sana perdidos a causa de esos riesgos varía según las regiones; es así como en la mayor parte de América Latina se calcula esta pérdida en 6-9 años.

Chile, por su parte, ha experimentado una rápida transición epidemiológica entre los años '70 y '90: "De acuerdo a estos cambios, se comienza a trabajar en nuevas orientaciones de política y salud, realizándose en 1995 el Estudio de Carga de Enfermedad que demostró, que el 75% de los Años de Vida Saludable (AVISA) perdidos en Chile se debían a Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y a problemas de salud mental". Esto dio origen a cambios en el enfoque de prioridad entonces destinados al área mater-no-infantil y a enfermedades infecciosas.

Salinas y Vio del Río señalan en una publicación que según el censo de 2002, Chile es un país altamente urbanizado (86 por ciento de población urbana), habiendo mejorado el acceso al agua potable, alcantarillado, educación y servicios de salud. Sin embargo, aparecen problemas relacionados con el deterioro de la calidad de vida, especialmente en los más pobres, como son la alimentación inadecuada, el sedentarismo, el consumo excesivo de tabaco, alcohol y drogas, la contaminación del aire y falta de espacios para recreación en las grandes ciudades. Si bien Chile aumentó al doble su ingreso per cápita en la década del 90, gran parte del aumento de ingreso, en especial en el sector más pobre, se destinó a comida rica en grasa y azúcar refinada, se disminuyó la actividad física y se incrementó el consumo de tabaco y alcohol, que inciden directamente en la

salud de las personas. Esto significó un aumento explosivo de la obesidad y sedentarismo, así como del tabaquismo en la población chilena, especialmente en los niños, adolescentes y mujeres en edad fértil; fenómeno que también se ha ido produciendo en muchos países.

Datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) muestran un significativo aumento de las condiciones de riesgo para la salud respecto de la medición anterior (ENS 2003). En relación a sobrepeso y obesidad se observó incremento de 37,8 a 39,3 por ciento y en obesidad de 23,2 a 25,1 por ciento. En ambos casos existen diferencias por sexo, siendo mayor en los hombres en condición de sobrepeso y mayor en el caso de las mujeres en condición de obesidad. En el caso de consumo de tabaco, quienes se consideran fumadores diarios a nivel nacional responden afirmativamente 40,6 por ciento de los encuestados, siendo menor el porcentaje en mujeres, y mayor el problema en la población que señala tener estudios >12 años (50,3 por ciento). Respecto del consumo de alcohol, la respuesta varía si la pregunta es formulada como "Bebedor diario y moderado" (al menos 5 días en la última semana) (1,9 por ciento), o si se aplica la escala de dependencia alcohólica AUDIT (10,9 por ciento). Respecto al uso de preservativo los varones refieren su uso en 57 por ciento (mujeres 50,5 por ciento). Al ser consultados por su participación social 39,1 por ciento de los hombres refiere pertenecer a un grupo (28,8 por ciento de las mujeres).

Otro estudio sobre los estilos de vida de estudiantes universitarios ibero americanos 2002 revela que el sobrepeso y la obesidad es mayor en hombre que en las mujeres, especialmente en Brasil (50 por ciento), considerando la variable sexo y cuando se considera todo el grupo es mayor en algunas regiones de España, Colombia y Chile.

Considerándose la alimentación, el ejercicio, la conducta sexual, el consumo de tabaco, alcohol y drogas, los estilos más estudiados. No se debe olvidar que

existen otros estilos como el ocio, la recreación, el sueño y reposo que deben ser incorporados en futuras investigaciones. Los registros porcentuales de las distintas conductas ligadas a estilos varían en distintos países y dentro de Chile, sin embargo, su aparición es una constante en todos los grupos.

Respecto a la actividad física llama la atención la poca adhesión a realizarla por parte de los universitarios, registrándose alta prevalencia de sedentarismo en República Dominicana y en algunas ciudades chilenas. El consumo de alcohol y tabaco es alto y de similares proporciones en los grupos estudiados, mientras que el consumo de drogas, si bien es un bajo porcentaje, la situación es diferente en algunos estudios colombianos, que reportan más alto consumo que estudiantes chilenos o españoles.

Pese a los esfuerzos que en materia de salud se están realizando, a los que se suman las instituciones universitarias a través de la red de Universidades Promotoras en Salud, los autores coinciden en la necesidad de realizar estudios en los que se indague respecto a factores físicos, sociales y psicológicos que pudiesen influir sobre los estilos de vida y con los resultados generar propuestas de intervención que fomenten estos estilos, considerando las características y el contexto en que se desenvuelve cada grupo estudiado, aspecto que se estima relevante para el logro de conductas saludables en poblaciones específicas.

1.2. Justificación

Debido a las de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus 2, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, obesidad etc., es necesario fortalecer las estrategias existentes que nos, ayuden cada día al control de estas patologías.

La realización de este estudio está basada en la importancia del estilo de vida y de salud de los pacientes, aunque existe en nuestro país programas sobre el estilo

de vida saludable no ha sido suficiente la atención oportuna por parte de los pacientes de los servicios de salud.

Por lo anterior, es necesario establecer como proceso prioritario jornadas de Capacitación y Seguimiento que promuevan el conocimiento y desarrollo de estilos de vida saludable entre los pacientes, orientada a resolver el problema de salud, causadas, por el sedentarismo, inadecuada alimentación y el estrés.

Además, se requiere de una actualización permanente por medio de la Capacitación y la Formación acorde con las necesidades de prevención, promoción y atención de los habitantes.

En este trabajo de tesis se pretende mejorar la calidad de vida de la población adscrita al centro de primer nivel de atención cansino adentro, al promover los estilos de vida saludable, y con ello prevenir o retrasar la aparición de enfermedades crónicas que son prevenibles, identificando factores de riesgo asociados epidemiológicamente a ellas, como tabaquismo, consumo excesivo o inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, dieta inadecuada , factores de riesgo modificables y vulnerables a estrategias de intervención, que intercepten la historia natural de la enfermedad ya sea evitándola o en caso de ya padecerla.

Lograr intervenir en etapas tempranas, en las cuales el daño se está recién iniciando y puede ser aún reversible.

En estos grupos una oportuna y eficiente intervención retardaría el curso inexorable de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Contamos pues con la disposición y el interés del personal médico para la realización de ésta investigación; la cual es factible en costos y respeta la

privacidad de los sujetos, quienes previo consentimiento informado decidieron participar con nosotros.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.

Sin embargo, pocas veces nos paramos a pensar sobre la influencia que tienen en nuestro estado de salud las diferentes acciones y comportamientos que adoptamos en el día a día.

Nuestra forma de alimentarnos, el modo en que nos relacionamos con los diferentes ámbitos en los que desarrollamos nuestra vida, los vínculos familiares y sociales, nuestros hábitos de actividad física y de consumo de sustancias como el tabaco o el alcohol, todo esto condiciona y determina nuestro estado de salud. Y no sólo el nuestro el hecho de ser referentes de nuestros hijos e hijas. Nos hacemos las siguientes interrogantes.

¿Cuál es la relación del estilo de vida y de salud de los pacientes que asisten a la consulta de Medicina Familiar del Centro Atención Primaria Cansino Adentro en el período septiembre 2017 - marzo 2018?

III.OBJETIVOS

III.1.General

Determinar los estilos de vida y la salud de los pacientes en la consulta de Medicina Familiar en el Centro de Atención Primaria, Cansino Adentro en el período septiembre 2017 - marzo 2018.

III.2.Específicos

1. Determinar los estilos de vida y la salud de los pacientes en la consulta de Medicina Familiar en el centro Atención Primaria Cansino Adentro en el período septiembre 2017-marzo 2018, según:
 1. Edad
 2. Sexo
 3. Actividad física y deporte
 4. Hábitos alimenticios
 5. Hábitos tóxicos
 6. Autocuidado y cuidado médico

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Estilos de vida saludable

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, social e ideológico.⁴

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como

componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

En el año 1974 Lalonde (Ex Ministro de Salud de Argentina), describe 4 tipos de determinantes en el proceso salud- enfermedad: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y el sistema de atención sanitaria.⁵

Engel en el año 1977 propone un nuevo paradigma, el modelo biopsicosocial, capaz de incluir científicamente el dominio humano en la experiencia de la enfermedad. Parte de la teoría general de los sistemas. Este modelo considera que las barreras entre la salud y enfermedad no son tan claras, la salud no es un producto ni un estado, sino un proceso multidimensional, en el cual permanentemente interactúan sistemas biológicos, psicológicos, sociales, culturales, familiares y ambientales. Con este modelo cambia la unción del médico, ya que no sería curar la enfermedad, sino cuidar la salud, teniendo en cuenta a la persona en su contexto vital.

También en el año 1977 la Asamblea de la OMS definió una política de salud llamada «Salud para todos en el año 2000», para llegar a esa meta fue necesario crear una estrategia. Es así que en el año 1978 en Alma Ata la OMS y UNICEF, suscriben una declaración (firmada por 143 países, entre ellos Uruguay) que define la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

En el año 1986 la American Board of Family Practice define la Medicina Familiar y Comunitaria como la especialidad médica que proporciona una atención sanitaria total al individuo y su familia. Integra las ciencias biológicas, conductuales y clínicas. El ámbito de la Medicina Familiar abarca todas las edades, ambos sexos, los sistemas orgánicos y las entidades patológicas.

Queremos además destacar algunos puntos de la definición de Médico de Familia y Comunitario, según el WONCA (Organización Mundial de Colegios,

Academias y Asociaciones Nacionales de Médicos Generales y Médicos de Familia) realizada en el año 1991: el Médico de Familia es responsable de proporcionar atención integral y continuada al individuo y su familia. Atiende al individuo en el contexto de su familia y a la familia en el contexto de la comunidad. Ejerce su rol profesional proporcionando atención directamente o a través de los servicios de otros profesionales, en función de la necesidad de salud y de los recursos disponibles en la comunidad en que trabaja.

Actualmente el concepto de salud está cambiando y la OMS dice: «es el grado en que un individuo o grupo es capaz, por una parte, de realizar aspiraciones satisfacer necesidades y, por otra, cambiar o ajustarse al ambiente. La salud se considera, por lo tanto, un recurso para la vida diaria, no el objetivo de vivir: es un concepto positivo que destaca los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas». También queremos aquí definir comunidad; es un grupo de personas, familias, organizaciones sociales e instituciones que comparten problemas y percepciones sobre una realidad o situación común pudiendo habitar o no en un sector geográfico determinado.

Resaltaremos en este punto el concepto de Comunidad dado por R. Nisbet: abarca todas las formas de relación caracterizada por un alto grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo la comunidad ⁶ se basa sobre el hombre contenido en su totalidad, más que sobre uno y otro de los roles que pueda tener en un orden social, tomados separadamente. Su fuerza psicológica procede de los niveles de motivación más profundos y logra su realización por un sentimiento de la voluntad individual que es imposible en asociaciones por la simple conveniencia o el consentimiento racional. Puede encontrársela en diversos contextos (raza, localidad, ocupación, religión, etc.), o tener expresión simbólica en ellos. Su prototipo histórico y simbólico es la familia.

La comunidad puede ser una comunidad real, un barrio definido, una fábrica, una escuela, las personas registradas con un médico, etc. Lo importante es que en cada uno de ellos las acciones de salud son dirigidas no solo a quienes usan los servicios de salud o a los enfermos sino a todos los miembros de esa comunidad.

IV.1.1.Historia

Los distintos grupos de edad en que se distribuyen los períodos del ciclo vital no son compartimentos estancos que hayan permanecido inamovibles a lo largo de la historia y entre las diversas civilizaciones y culturas. Antes bien, han sido objeto de una gran elasticidad, rodeándose de atribuciones y segmentos conforme con las circunstancias e intereses de cada tipo de organización social y en cada momento dado. Cada período histórico ha tenido para cada edad una significación y unas exigencias determinadas. Así, por ejemplo, los valores prototípicos de la juventud, tradicionalmente tenidos como de mero tránsito o aprendizaje para una vida adulta ulterior, han acabado por convertirse en un valor autónomo. Y en el camino inverso, la vejez, anteriormente considerada como fuente de prestigio y sabiduría, queda estigmatizada en sus valores tradicionales específicos, orientándose del mismo modo por aquella impronta de juvenilización colectiva. Surgiendo la siguientes pregunta ¿a qué se ha debido este fenómeno? pues data de muy pocos años la preocupación casi colectiva por hacer cambios radicales en los estilos de vida para lograr que las condiciones y expectativas de vida sea, con mayor y mejor calidad. Pues si no es así tendríamos a desarrollar enfermedades asociada a estilos de vida no saludables, siendo esto ya demostrado en estudios realizados.

Es imposible hablar de estilo de vida sin enmarcarlo dentro del concepto de modo de vida, ya que ambos determinan la forma como se desarrolla el hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud-enfermedad. Ambos conceptos, modo y estilo de vida, comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del momento cuando se

redimensiona el concepto de salud y, por ende, se redimensionan también los conceptos de los determinantes de salud.

Estos conceptos, desarrollados anteriormente por otras áreas de las ciencias, han ayudado a que se comprenda y operacionalicen mejor los elementos no biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad y son parte integrante de la medicina social, la cual es la vanguardia de nuestro tiempo. Tienen sus orígenes en la década de los 50, cuando simultáneamente se establecieron en los EE.UU. las primeras escuelas de medicina preventiva en las que se recomendaba prestar atención a la prevención de salud y, por tanto, se comenzó el estudio de los elementos que intervienen en su cuidado, aunque aún no se identificaban el estilo y modo de vida dentro de estos elementos. También sus orígenes se encuentran en Inglaterra, cuando H. Sigesrist (1945) definió las cuatro tareas principales de la medicina: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, lo que impulsó el estudio de los elementos no biológicos que intervienen en la salud.

El camino para arribar, en forma general, a estos nuevos conocimientos en medicina, se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con un avanzado desarrollo socioeconómico, donde las enfermedades infecciosas ya no eran las principales causas de muerte, y aparecieron otros elementos que inciden en la aparición de enfermedades y muertes, como por ejemplo: un sistema de cuidados de la salud inadecuado, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos. De esta forma, se comenzó a concebir que la determinación de la salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico en que los factores enunciados interactúan no sólo para deteriorar la salud, sino para incrementarla y preservarla.

La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud. La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza en el recreo, en el trabajo. La salud es el resultado de los cuidados

que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar un buen estado de salud.

IV.1.2. Definición

Estilo procede del latín: *Stilus-i*, estilo instrumento en forma de punzon con los que los romanos escribían en tablillas de cera, y por estension manera de escribir, estilo literario artístico, etc.¹ Este, a su vez, brota del griego *otuaoc*, *Stylos*, columnas, pilar. A partir del mundo clásico, se entiende, primero, por estilo la forma de expresión literaria, particulamente el modelo literario y lingüístico expresivo de un autor, una época, un pueblo e incluso, una civilización. Los retóricos antiguos hablaban de tres tipos de estilos: el sencillo o tenue, el templado o medio, o el grave o sublime. Así, en el acervo estético literario actual, hallamos atesoradas todas las tradiciones, con una variadísima gama de estilos: didáctico, epistolar, oratorio, festivo, irónico, patético, amanerado, elegante, florido, académico; o, si viajamos por la historia literaria: clásico, barroco, culterano, conceptista, romántico, idealista, realista, naturalista, simbolista, académico, directo, figurado, indirecto, narrativo, periodístico. En segundo lugar, el concepto de estilo fue tan eficacia expresiva que de la literatura paso pronto a las artes figurativas y plásticas. En el siglo XIX, la expresión estilo sustituye a la de “manera” (Utilizada desde el siglo XV) y a la de “gusto” (Usada desde el siglo XVII). Estilo artístico significa como en literatura, conjunto de formas y de elementos estéticos de un artista, un país, una civilización o un período.

Vida. Significado de vida: El concepto de vida proviene del latín *vita*. Este es un término difícil de definir, ya que dependiendo de la disciplina en la que nos situemos serán obtenidas diversas respuestas, que pueden resultar hasta antagónicas entre sí.

Por ejemplo, desde la biología se define a la vida como la capacidad de nacer, respirar, desarrollarse, procrear, evolucionar y morir. Además para considerar que haya vida desde esta óptica, es necesario que haya un intercambio de materia y energía.

En cambio, desde la física la vida puede ser entendida como el tiempo que duran las cosas o bien como la fase evolutiva, es decir, que las estrellas tienen vida, algo que resultaría incompatible desde la biología.²

Salud. La salud (del latín *salus*, -*ūtis*) es el estado de completo bienestar físico (biológico), mental (psicológico) y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves, según la definición presentada por la Organización Mundial de la Salud.³

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como a nivel macro (social). En cuanto a la evolución del concepto de salud, durante mucho tiempo el paradigma biológico mecanicista dominó el conocimiento médico. Así se crea la estructura para clasificar, examinar y tratar las enfermedades, que es usado hasta hoy. Orientación ésta básicamente patologista, donde se define la salud como la ausencia de enfermedad. Según este paradigma el mundo se divide en sanos o enfermos, siendo la enfermedad aquello que el médico puede reconocer, demostrar y clasificar. Este modelo es reduccionista, fenómenos muy complejos, se reducen a sus componentes más elementales. Cuándo se descarta una

patología orgánica se piensa en lo psicológico, pero al paciente se le dice que no tiene nada orgánico.

Más tarde surge el concepto dinámico, que niega la existencia de una separación absoluta entre salud y enfermedad, reflejando la dificultad que existe en identificar personas totalmente sanas o enfermas Políticas Públicas Saludables del Programa Salud para todos en el año 2000 (Peiro, 2000).

IV.1.3.Promoción de la Salud

Es una estrategia que se realiza desde la salud, no desde la enfermedad. En ella se asume la multicausalidad como principio fundamental en la determinación de la salud y la enfermedad.

Se puede definir a la promoción de la salud como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre la propia salud y así poder mejorarla.

Comprende una amplia dimensión social. Crea ambientes y entornos positivos, facilita la participación social construyendo ciudadanía y comunidad, apoya la acción comunitaria en salud, educa en salud a la población, para establecer estilos de vida saludables.

Ilona Kickbusch (Ex responsable de la Oficina de Educación para la Salud de la OMS) plantea cinco principios de la Promoción de la Salud:

1. Afecta a las personas en la vida diaria. Es un medio de vida.
2. Pretende influir en los Determinantes de la Salud, remarcando la Salud como Salud, desde lo positivo y no desde la enfermedad.
3. Combina métodos o enfoques que son diferentes pero complementarios. De este modo se reconocen diferentes campos de acción para poner en práctica esta estrategia.
4. Busca la participación de la población en su conjunto.

En este punto debemos destacar dos grandes pilares de la Promoción de la Salud que son: la participación comunitaria y social y la intersectorialidad.

La participación puede darse en grados diversos desde la participación en la ejecución de actividades, hasta la participación en la planificación, evaluación y toma de decisiones en relación a la salud.

La participación se torna así en un proceso social inherente a la salud y promotor del desarrollo local.

La intersectorialidad se refiere al trabajo coordinado de instituciones de diferentes sectores sociales mediante intervenciones conjuntas (educación, ambiente, transporte, salud, etc.).

Los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la Promoción de la Salud. Aquí importa destacar que tanto en la participación social como en la intersectorialidad, el sector salud no aparece con un papel preponderante sobre otros sectores sociales.

La comunidad, los gobiernos, las instituciones educativas, pueden ser tanto o más relevantes que el propio sector salud. No obstante los profesionales de la salud pueden ser agentes promotores de salud o ser agentes retardatarios del proceso. La diferencia está dada por cuánto asuman esta estrategia como válida para el desarrollo de las comunidades.

Las herramientas en la implementación de las estrategias de Promoción de la Salud están centradas en:

- La Educación Para la Salud.
- La comunicación Social.

- La Participación Comunitaria en Salud.

IV.1.4. Educación para la salud

Hay muchos autores y organismos que han definido la Educación para la Salud, pero todas tienen un objetivo en común: la modificación en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud, de los individuos grupos y colectividades.⁷ En lo que difieren las definiciones es en la forma de conseguir el cambio de comportamiento. Citamos algunas de ellas:

- Fomenta el desarrollo de las capacidades y competencias individuales y colectivas para promover y proteger la salud.
- Taller Educación Para la Salud. Cono Sur, 1993.
- Anima procesos participativos y reflexivos que contribuyen a construir capacidades y protagonismo en los seres humanos para que sean sujetos de su propio desarrollo y el de su comunidad. Dra. M. T. Cerqueira, OPS/OMS, 1997.

La OMS define la Educación Para la Salud como «una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud».

Entendemos la Educación Para la Salud como un proceso intencional que tiende a lograr que la población se apropie de nuevas ideas, utilice y complemente sus conocimientos, para así estar en capacidad de analizar su situación de salud y decidir cómo afrontar mejor en cualquier momento sus problemas. Pero no solo debe incidir sobre los individuos, sino que también debe promover las modificaciones que se consideren necesarias sobre el medio ambiente, para que los individuos puedan adoptar las conductas positivas de salud recomendadas. Podemos distinguir dos períodos en la evolución del concepto.

Un primer período clásico, desde principios del siglo XX hasta la década del setenta, en el que solo se incluían las acciones educativas dirigidas al individuo,

con el objetivo de responsabilizarlo de su propia salud y de modificar hábitos de vida negativos.

En un segundo período que sería el actual, hay un cambio de conceptos y objetivos, en el que se apunta a la modificación de factores externos en sentido favorable, a incidir sobre los individuos mediante intervenciones educativas y a promover los cambios ambientales y sociales que sean necesarios para que el cambio de conducta pueda llevarse a cabo y mantenerse.

Además la educación de pacientes paso a formar parte de la educación sanitaria, ya que la conducta humana es también importante en la rehabilitación de la salud. Finalmente, con el desarrollo del concepto de salud comunitaria, se incluyó entre las misiones de la educación para la salud la capacitación de los individuos, grupos y colectividades para que puedan participar activamente en la planificación, administración y evaluación de las acciones y servicios que se llevan a cabo en su comunidad.

Actualmente, reformula su accionar como herramienta para la Promoción de la Salud y la Participación Social. Es muy reciente la idea de la salud como un recurso para la vida cotidiana. Con este enfoque, la Educación Para la Salud promueve la participación activa de la comunidad reflexionando críticamente sobre su realidad contextual y buscando las mejores soluciones para lograr un mayor bienestar.

El campo de acción de la educación sanitaria es toda la colectividad. Cualquier persona, independientemente de su edad, sexo, raza, religión, condición social, circunstancias de vida personal o familiar, puede beneficiarse de la educación sanitaria.

Se consideran agentes de educación sanitaria, o (promotores comunitarios) todas aquéllas personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y

los grupos adopten conductas positivas de salud. Muchas de ellas no tienen la educación sanitaria como actividad principal, pero en su trabajo diario encuentran múltiples oportunidades de transmitir mensajes de salud. Pueden ser profesionales de la salud (médicos, enfermería, personal de farmacia, etc.) o personal no sanitario (maestros, periodistas, etc.).

Los trabajadores de la salud ejercen una gran influencia en los conocimientos, actitudes y conductas de la población, la contribución es doble, como modelos o ejemplos y como agentes de educación tanto en la comunidad como en los servicios de asistencia sanitaria.

La Educación para la Salud es una tarea difícil, porque el personal de salud que ha de llevarla a cabo no se encuentra capacitado y porque es un trabajo que produce resultados a largo plazo. A esta dificultad se agrega la presión de la población que requiere soluciones para sus problemas actuales, es decir medicina curativa.

Si perseguimos un cambio en el papel de la comunidad en salud, debemos aprender a escuchar, dialogar e intercambiar conocimientos.

La Educación Para la Salud tiene tres líneas de acción:⁸

- Educación para la salud en el ámbito escolar y educación media (dirigido a niños y adolescentes).
- Municipios (o comunidades) saludables.
- Capacitación de Agentes Comunitarios en Salud

En cuanto a la educación sanitaria del escolar, tiene por finalidad impartir actitudes, conocimientos y hábitos positivos de salud, que favorezcan su crecimiento y desarrollo, el fomento de su salud y la prevención de las enfermedades evitables de su edad. Los profesionales de la enseñanza tienen

también numerosas oportunidades de influir sobre los niños y adolescentes que tienen a su cargo.

IV.1.5. Comunicación social

Es el proceso social, de interacción y difusión que como mecanismo de intervención genera, a escala multitudinaria, influencia social que proporciona conocimientos, forja actitudes y provoca prácticas favorables al cuidado de la salud pública.

La comunicación en salud tiene un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

La comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes de la salud. De acuerdo con la OMS, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.

Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal.

IV.1.6. Comunicación participativa en salud

El concepto de comunicación participativa parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones, deben estar involucrados en la toma de estas. Cuando son utilizados por la comunidad, los medios masivos de comunicación tienen la posibilidad de actuar como instrumentos efectivos en la transmisión de conocimiento que promueva cambios sociales y conlleve a la sostenibilidad de las iniciativas.

El pueblo posee un conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar por siglos con medios directos naturales. Este conocimiento popular tiene su propia racionalidad y su propia estructura de causalidad que conviene empezar por tratar de entender en lo que tienen de propio y específico.

En las comunidades existe una filosofía espontánea contenida en el lenguaje (como conjuntos de conocimientos y conceptos), en el sentido común y en el sistema de creencias que, aunque es disperso a nivel general, tiene el valor para articular la práctica diaria (Paulo Freire).

Es innegable que la prevención de la enfermedad y promoción de la salud son dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en el mundo actual. Tampoco es sorpresa el hecho, que la conducta de las personas esté directamente relacionada con estos temas. El tiempo de sueño, los hábitos alimentarios, el manejo de la alimentación y el peso corporal, la recreación, la actividad física, la abstención o consumo de alcohol, de tabaco y de drogas recreativas, el uso de cinturón de seguridad, el uso de casco cuando se utiliza bicicleta y motocicleta, el cumplimiento de las normas de tránsito, el sexo seguro y protegido, el cepillado de dientes, la vacunación, la adopción de medidas de tamizaje para la detección temprana de enfermedades, entre otros comportamientos, hacen a las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener sus estados de salud.

Por tanto, intervenir los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, de tal forma que cada vez es más frecuente que los médicos recomienden a sus pacientes la modificación de ciertas conductas que atentan contra su salud.

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de

personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales.

Es natural que las personas tiendan a imitar los modelos sociales promovidos en los medios de difusión o comunicación social. El estilo de vida se puede formar no sólo espontáneamente, sino también como resultado de las decisiones conscientes de quienes aspiran a perfeccionarse y a perfeccionar la sociedad. Puede favorecer al mismo tiempo la consolidación de algunos valores y, aún más, su difusión social. Representa así mismo un producto complejo, fruto de factores personales, ambientales y sociales, que convergen no sólo del presente, sino también de la historia interpersonal.

Son muchos los factores que han actuando a nivel del ambiente humano y que determinan que una enfermedad se inicie y se desarrolle en sujetos concretos e incidan con más peso en determinados grupos poblacionales. Dado entonces que el estilo de vida de una persona está determinado por las condiciones en las que vive, resulta un objetivo importante para cualquier profesional de la salud indagar sobre las conductas de riesgo y de protección que los diferentes grupos sociales inducen en las personas. Estas pueden verse afectadas por factores como la edad, particularmente por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre (niñez, juventud, vejez), los aspectos culturales, el nivel socioeconómico, el género, e incluso, factores emocionales y cognitivos. De acuerdo con esto, los determinantes se podrían agrupar en las siguientes categorías: demográficas, sociales, situacionales y psicológicas.

Los estados anímicos, las conductas y el ambiente en el que se vive influyen notoriamente sobre la salud. El actual interés por la salud ocupacional y por los

riesgos medioambientales por ejemplo, ha originado programas de prevención en la contaminación del ambiente y en el manejo adecuado de desechos, productos y maquinaria, con el fin de lograr un mayor bienestar de la población.

Se cuenta también con el respaldo científico del rol que juegan las emociones en la salud, siendo muy reconocidos los efectos del estrés en el ámbito físico y mental, así como el factor protector del apoyo social durante el proceso de salud-enfermedad.

Se ha estudiado incluso, cómo los modelos sociales logran instaurar en algunos sectores de la población patrones de conducta que fomentan aspectos saludables (las leyes para fumadores en sitios públicos, que los «distancian» de quienes no fuman al localizarlos en espacios específicos y restringidos) y otros que por el contrario, pueden tener efectos nocivos, como sucede con la publicidad que promueve hábitos alimenticios inadecuados, con el fin de obtener una figura delgada.

Según Pinn los comportamientos saludables varían de acuerdo al sexo de las personas⁹. Las mujeres por ejemplo, padecen consecuencias más graves por un menor consumo de alcohol, tienen una incidencia de dos a tres veces mayor de síndrome de intestino irritable y de enfermedad intestinal funcional y tienen nueve veces más probabilidades de contraer ciertas enfermedades hepáticas.

Al avanzar la edad, tienden a presentar más reacciones adversas a los medicamentos que los varones de la misma edad y una mayor prevalencia de incontinencia urinaria. Además, aunque el 52 por ciento de todas las muertes por enfermedad cardíaca y el 61 por ciento de todas las muertes por accidente cerebrovascular en los Estados Unidos corresponda a mujeres, es menos probable que reciban tratamiento médico para los problemas cardiovasculares antes de su muerte. Por otra parte, Conner afirma que las mujeres que dejan de fumar y de consumir alcohol, comienzan a realizar algún ejercicio físico, se

preocupan más por su dieta, por tomar complementos vitamínicos y por mejorar su higiene dental, en comparación con los hombres.

Pero no sólo el género es un factor determinante y distinto en las actitudes, y comportamientos de la salud; también cobran importancia aspectos como la edad, el nivel socioeconómico, las experiencias pasadas, sean propias o ajenas, la susceptibilidad, y la severidad y beneficios percibidos por cada persona. Con relación a la actividad física y a los comportamientos saludables, Cheryl, afirma que a mayor actividad física, habrá menor consumo de tabaco y de alcohol, si esto sucede en personas que practican deportes de alto impacto se podría establecer entonces una relación entre la actividad física juvenil, como predictora de la actividad física adulta. Con relación a la clase socioeconómica, la persona de clase media y alta generalmente tienen la facultad de elegir el medio en el que establecen sus hogares, así como la calidad y el tipo de alimentos que consumen y la atención médica que reciben. En cambio para los que viven en la pobreza, sus opciones están fuertemente restringidas por la escasez de sus recursos. Otros factores determinantes que se han descrito son los estados emocionales, la autoestima, el acceso a los servicios médicos, los factores de personalidad y los factores cognitivos, los cuales determinan algunas prácticas individuales de conducta saludable.

Según la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con dietas inadecuadas y con estilos de vida poco sanos está creciendo en muchos países.

Al aumentar la prosperidad y la urbanización, las dietas tienden a ser más ricas en energía y en grasas (especialmente saturadas) y a tener un contenido menor de fibra y de carbohidratos complejos y uno mayor de alcohol, de carbohidratos refinados y de sal. En los medios urbanos disminuye con frecuencia el ejercicio físico y el gasto de energía mientras que se incrementa el consumo de tabaco y el

estrés. Estos y otros factores de riesgo, junto con el incremento en la esperanza de vida, van unidos a una mayor prevalencia de obesidad, de hipertensión, de enfermedades cardiovasculares, de diabetes mellitus, de osteoporosis y de algunos tipos de cáncer, con los subsecuentes e inmensos costos sociales y de atención de salud.

En algunas regiones, las caries dentales conforman una condición relacionada también con la dieta. La Liga Europea contra el Cáncer estableció que la adopción de un estilo de vida sano mejora el estado general de la salud y evita incluso algunos tipos de cáncer¹⁰. En el mismo sentido, un informe publicado en septiembre de 1997 por el Fondo Internacional para la Investigación del Cáncer y por el Instituto Americano para la Investigación del Cáncer sobre la relación entre la alimentación y la aparición de cáncer, estableció que en términos generales, los vegetales reducen el riesgo de desarrollar diferentes tipos cáncer, mientras que el alcohol, la carne, las dietas grasas y la obesidad, incrementan este riesgo. El consumo de carne por ejemplo, probablemente incrementa el riesgo de aparición de cáncer de colon y posiblemente el de páncreas, el de mama, el de próstata y el de riñón.

Numerosos estudios sugieren que los estilos de vida pueden prevenir la aparición de enfermedades en grupos poblacionales y las investigaciones se ha centrado en indagar acerca del impacto de los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales en el estilo de vida de las personas y su relación con el mantenimiento de la salud y la aparición de la enfermedad. Un ejemplo son los estudios realizados en los Estados Unidos, en donde los estilos de vida no óptimos de millones de adultos y de niños se traducen en una epidemia de obesidad y en un incremento del riesgo para la aparición de enfermedades crónicas.

Gadner afirma que ha habido una explosión de información en los últimos diez años que realmente resalta las posibilidades que tenemos de reducir la

enfermedad de Alzheimer en nuestra sociedad, con algunas intervenciones que son relativamente bien conocidas y tienen beneficios claros para la salud pública.

IV.1.7.Importancia social sobre estilo de vida y de salud

Las enfermedades no transmisibles constituyen actualmente más del 60 por ciento de las causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad en todo el mundo. Esto, aunado al aumento sostenido de sus factores de riesgo y su terrible impacto en los entornos familiares, laborales y comunitarios hace que se esté convirtiendo en tema de interés colectivo a escala global, y conduce a preguntarnos por las formas de vida de las personas.

Hace tiempo que venimos recordando que la mala alimentación, la obesidad, el consumo de tabaco, la presión arterial elevada, el sedentarismo, el estrés negativo, el burnout, entre otros factores psicosociales, son algunos de los factores de riesgo más importantes que propician la aparición de las enfermedades no transmisibles.

Estas enfermedades representan cada vez más un costo elevado para el cuerpo social y los servicios sanitarios, debido a las enfermedades y discapacidades que generan. Y debido a esto, cada vez más comienzan a entrar en juego políticas de salud que regulan los comportamientos y los estilos de vida de las personas.

Los cambios producidos, por medio de los avances sociales y económicos, en los estilos de vida de las personas han supuesto la aparición de lo que hoy en día llamamos epidemias del siglo XXI como la obesidad, que llega a afectar al 30 por ciento de la población infantil en países industrializados, la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o las dislipemias o el incesante incremento de factores de riesgo conocidos desde hace tiempo como favorecedores, cuando no provocadores, de múltiples enfermedades como la patología cardiovascular, cáncer y otras muchas.

De tal manera nos afectan los estilos de vida que pudieran justificar más del 60 por ciento de las causas de muerte actualmente y estar implicados en la mayoría de los procesos mórbidos en la primera civilización. Dicho de otra manera, si fuésemos capaces de actuar frente a los factores de riesgo provocados por hábitos insanos podríamos disminuir la morbi-mortalidad hasta en un 60 por ciento. Esta cifra merece toda nuestra atención y consideración en una sociedad cada vez más industrializada y tecnificada en donde la salud debe recobrar un papel importante en la cultura del ser humano.

IV.1.8. Estilo de vida y de salud en República Dominicana

La población dominicana se enfermará más en los próximos años si en lo inmediato no cambia sus hábitos alimenticios y de vida, según el Dr. G.P 2012, esto provocará un impacto el gasto en salud, el presupuesto familiar y el ausentismo laboral. Recordó que actualmente el 26.8 por ciento de la población es obesa lo que significa que más de 2 millones de dominicanos tienen un peso considerado fuera de lo normal.

Ese porcentaje indica que en los próximos años habrá más enfermos y muertes ocasionadas por diabetes tipo 2, problemas del corazón, trombosis, hipertensión, cáncer, enfermedades de la piel y problemas en los huesos, entre otras. La obesidad es considerada una epidemia mundial y aquí en el país el impacto por el consumo de grasas, sal y azúcares se refleja en las altas cifras de personas con peso no adecuado. Otro estudio reveló que el 35 por ciento de los dominicanos mayores de 18 años sufren de hipertensión arterial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una persona está en sobrepeso cuando su índice de masa corporal (IMC) es superior a 25 y en obesidad cuando pasa de 30. El IMC es una medida tomada del peso y la talla de la persona.

IV.1.9.Centro de Primer Nivel de Atención Cansino Adentro

El centro de Cansino Adentro está ubicada en la calle Respaldo Penetración Norte, número 13-A, Cansino Adentro, Santo Domingo Este, en donde se ofrecemos consultas en la tanda matutina y vespertina, así como actividades de promoción y prevención en salud, visitas domiciliarias etc. Sus límites:

- Al norte: Río Ozama,
- Al Sur: Charles de Gaulle
- Al Este: C/ Quinta
- Al Oeste: C/ Privada

Consta de 3 consultorios, área de cura, emergencia, sala de espera, área de medicamentos, un baño y una cocina. En cuanto al personal contamos con cinco médicos asistentes, de las cuales hay una médica familiar y una epidemióloga, quien es nuestra directora, tres auxiliares de enfermería, y tres promotores de salud y una asistente social.

Quienes realizamos un trabajo en equipo para ofrecer un mejor servicio con equidad, eficiencia, eficacia e igualdad a los usuarios. Así también se realizamos jornadas de educación, de salud, tanto en las escuelas, comunidad y otras instituciones del sector.

IV.10.Factores de riesgo

IV.10.1.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 dislipemias así como de diabetes tipo 2 e hipertensión⁸. 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 ejercicio.

IV.10.2.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 tu 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 fracturas.

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 colorantes.

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 embarazadas.¹¹

IV.10.3.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 arterial.

IV.10.4.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 por ciento, según la especie que excita el Sistema Nervioso Vegetativo¹². El diccionario terminológico de Ciencias Médicas, lo define como «el nombre de la planta solanácea *Nicotiana tabacum* y de sus hojas secas y preparadas, las cuales contiene nicotina de cualidades narcóticas, eméticas y deprimentes del corazón».

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 de mascar 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 diarrea.

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 carcinógenas.

IV.10.5.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 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 placenta.¹³

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 interna.

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 por ciento 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 pancreático.

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 infección.

IV.10.6.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 (Lazarus y Folkman; en Zimbardo 1971).

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 individuo.¹⁴

IV.11.Enfermedades de los Estilos de Vida

Obesidad

Datos y cifras.- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.

El 65 por ciento de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.

En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

La obesidad puede prevenirse.

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, se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. 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.

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

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC (índice de masa corporal, el cálculo entre la estatura y el peso del individuo) es igual o superior a 30 kg/m². También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal aumentado en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.

La obesidad forma parte del síndrome metabólico siendo un factor de riesgo factor de riesgo conocido, es decir predispone, para varias enfermedades, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, ictus, osteoartritis, así como a algunas formas de cáncer, padecimientos dermatológicos y gastrointestinales.

Índice de Masa corporal

El índice de masa corporal es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal. El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet. Este es calculado dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto es expresado en kg / m².

Un IMC entre 25 y 29,9 es considerado sobrepeso y cualquier valor sobre 30 es obesidad. Individuos con un IMC por encima de 30 incrementan el riesgo varios peligros para la salud.

Clasificación

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece una definición comúnmente en uso con los siguientes valores, acordados en 1997, publicados en 2000 y ajustados en el 2010:

- IMC menos de 18,5 es por debajo del peso normal.
- IMC de 18,5-24,9 es peso normal
- IMC de 25,0-29,9 es sobrepeso.
- MC de 30,0-34,9 es obesidad clase I.
- IMC de 35,0-39,9 es obesidad clase II.
- IMC de 40,0 o mayor es obesidad clase III, grave (o mórbida).
- IMC de 35,0 o mayor en la presencia de al menos una u otra morbilidad significativa es también clasificada por algunas personas como obesidad mórbida.

Causas y mecanismo

Las causas de la obesidad son múltiples, e incluyen factores tales como la herencia genética; el comportamiento del sistema nervioso, endocrino y metabólico; y el tipo o estilo de vida que se lleve. Para Mazza (2001) entre los factores que pueden causar obesidad puede ser atribuido un 30 por ciento a los factores genéticos, 40 por ciento a los factores no heredables y 30 por ciento a los factores meramente sociales, es decir, la relación entre factores genéticos y ambientales son del 30 por ciento y 70 por ciento respectivamente. Los mecanismos para que estos factores causen exceso de grasa corporal son:

- Mayor ingesta de calorías de las que el cuerpo necesita.
- Menor actividad física de la que el cuerpo precisa

Si se ingiere mayor cantidad de energía de la necesaria esta se acumula en forma de grasa. Si se consume más energía de la disponible se utiliza la grasa como energía. Por lo que la obesidad se produce por exceso de energía, como resultado de las alteraciones en el equilibrio de entrada/salida de energía. Como consecuencia se pueden producir diversas complicaciones, como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades coronarias.

La herencia tiene un papel importante, tanto que de padres obesos el riesgo de sufrir obesidad para un niño es 10 veces superior a lo normal. En parte es debido a tendencias metabólicas de acumulación de grasa, pero en parte se debe a que los hábitos culturales alimentarios y sedentarios contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padres a hijos.

Tratamiento

Es necesario tratar adecuadamente las enfermedades subyacentes, si existen. A partir de aquí depende de buscar el equilibrio, mediante ajustes en la dieta. La dieta debe ser adecuada a la actividad necesaria, por ello una dieta muy intensiva en personas muy activas es contraproducente. Debe tenderse a realizar dietas más suaves y mantenidas. Una vez alcanzado el peso ideal, lo ideal es mantenerlo con un adecuado programa de ejercicios y alimentación que sobre todo permitan no volver a recuperar la grasa y el peso perdido.

El abordaje terapéutico de la obesidad, por su 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.

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.

Protocolos clínicos

En una guía de práctica clínica del colegio americano de médicos, se hacen las siguientes cinco recomendaciones:

- Las personas con un índice de masa corporal mayor de 30 deberían recibir consejos sobre dieta, ejercicio y otros factores del comportamiento relevante para ser intervenidos y establecer una meta realista para la pérdida de peso.

- Si esta meta no es conseguida, debe ser ofrecida la farmacoterapia. Los pacientes necesitan ser informados de la posibilidad de efectos secundarios de los medicamentos y de la ausencia de información acerca de la seguridad y eficacia a largo plazo de los mismos.
- La terapia con medicamentos puede consistir de sibutramina, orlistat, fentermina, dietilpropión, fluoxetina, y bupropiona. Para los casos más graves de obesidad, drogas más fuertes, tales como anfetaminas y metanfetaminas puede ser usadas de forma selectiva.
- La herencia no es suficiente para recomendar sertralina, topiramato o zonisamida.
- En pacientes con IMC mayor de 40 que fallen en alcanzar su meta en pérdida de peso (con o sin medicación) y quienes desarrollan complicaciones relacionadas con obesidad, puede estar indicada la referencia a cirugía bariátrica. Los pacientes deben ser advertidos de las complicaciones potenciales.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial tiene relación estrecha con un estilo de vida saludable. 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.

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.

Causas

En el 90 por ciento de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10 por ciento de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.

Aún 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 alcohólicas.

Es indudable que para continuar elevando la duración y calidad de vida de las personas, 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 conducta.¹⁵

Clasificación

Clasificación de la PA medida en consulta según las distintas guías						
Según AHA (2003) ¹¹	Según ESC (2007) ^{12 13}	Según NICE en consulta (2011) ¹⁴	Presión sistólica (mmHg)		Presión diastólica (mmHg)	
			mmHg	kPa	mmHg	kPa
Normal	Óptima	Normal	<120	<16	y	<80 <10.5
Prehipertensión	Normal		120– 129	16.0- 17.2	ó	80-84 10.7- 11.2
	Normal-alta		130- 139	17.3- 18.5	ó	85–89 11.3- 11.9
HTA estadio 1	HTA grado 1	HTA estadio 1	140– 159	18.7- 21.2	ó	90-99 12.0- 13.2
HTA estadio 2	HTA grado 2	HTA estadio 2	160- 179	21.3- 23.8	ó	100- 109 13.3- 14.5
	HTA grado 3	HTA grave	≥180	≥23.9	ó	≥110 ≥14.6
Hipertensión sistólica aislada			≥140	≥18.7	y	<90 <12.0

Tratamiento

El tratamiento de la hipertensión arterial está asociado a una reducción de la incidencia de derrame cerebral de un 35-40 por ciento de infarto agudo de miocardio entre 20-25 por ciento y de insuficiencia cardíaca en más de un 50 por ciento.

Se indica tratamiento para la hipertensión a:

- pacientes con cifras tensionales diastólicas mayores de 90 mmHg o sistólica mayores de 140 mmHg en mediciones repetidas;
- pacientes con una tensión diastólica menor que 89 mmHg con una tensión sistólica mayor que 160 mmHg;
- pacientes con una tensión diastólica de 85 a 90 mmHg que tengan diabetes mellitus o con arteroesclerosis vascular demostrada.

Los pacientes prehipertensos o que no califiquen para recibir tratamiento específico deben ajustar sus hábitos modificables, entre ellos:

1. Pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad, fundamentalmente con ejercicio y una dieta rica en frutas, vegetales y productos lácteos libres de grasa
2. Limitación del consumo de bebidas alcohólicas a no más de 30 ml de etanol diarios en varones (es decir, 720 ml [24oz] de cerveza, 300 ml [10 oz] de vino, 60 ml [2 oz] de whisky) o 15 ml [0,5 oz] de etanol por día en mujeres o en varones con peso más liviano;
3. Reducción de la ingesta diaria de cloruro de sodio (sal común de mesa) a no más de 6 gramos (2,4 gramos de sodio);

Actualmente no se recomiendan los suplementos de calcio, magnesio o potasio como método para disminuir la presión arterial.

Los diuréticos y los betabloqueantes reducen la aparición de eventos adversos por hipertensión arterial relacionados con la enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, los diuréticos son más eficaces en la reducción de eventos relacionados con la enfermedad cardíaca coronaria.

Los pacientes hipertensos que cumplen su tratamiento tienen menos probabilidades de desarrollar hipertensión grave o insuficiencia cardíaca congestiva.

En la mayoría de los casos, en los ancianos se utilizan dosis bajas de diuréticos como terapia inicial antihipertensiva. En pacientes ancianos con hipertensión sistólica aislada suele utilizarse como terapia alternativa un inhibidor de los canales de calcio de acción prolongada, tipo dihidropiridina. En pacientes ancianos con hipertensión no complicada, aún se están realizando ensayos para evaluar los efectos a largo plazo de los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y los bloqueadores del receptor de la angiotensina-II.

El Séptimo Comité sugiere, como línea inicial medicamentosa para la hipertensión, las siguientes estipulaciones:

1. Pacientes prehipertensos, es decir, con una presión arterial de 120-139/80-89: no se indican medicamentos.
2. Hipertensión arterial estadio 1 (140-159/90-99): diuréticos tipo tiazida se recomiendan para la mayoría de los pacientes. Los IECA, ARA-II, beta bloqueantes, bloqueante de los canales de calcio o una combinación de éstos puede que sea considerada.

3. Hipertensión arterial estadio 2, con una presión arterial mayor de 160/100: combinación de dos fármacos, usualmente un diurético tiazida con un IECA, ARA-II, beta bloqueante o BCC.

Además del tratamiento medicamentoso, en todos los pacientes (independientemente del estadio) se procurará ajustar los hábitos modificables antes señalados.

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.

Causas

Genéticas, resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa, el exceso de peso y la falta de ejercicio.

Clasificación

- a) *tipo 1.*
- b) *tipo 2*
- c) *gestacional*
- d) *Otros tipos*

Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1)

Este tipo de diabetes corresponde a la llamada antiguamente Diabetes Insulino dependiente o Diabetes de comienzo juvenil. Se presenta en jóvenes y en adultos también pero con menos frecuencia, no se observa producción de insulina debida

a la destrucción autoinmune de las células β de los Islotes de Langerhans del páncreas esto regulado por células T. y que predispone a una descompensación grave del metabolismo llamada cetoacidosis.

Diabetes mellitus tipo 2 (DM-2)

Es un mecanismo complejo fisiológico, aquí el cuerpo sí produce insulina, pero, o bien, no produce suficiente, o no puede aprovechar la que produce y la glucosa no está bien distribuida en el organismo (resistencia a la insulina), esto quiere decir que el receptor de insulina de las células que se encargan de facilitar la entrada de la glucosa a la propia célula están dañados.

Esta forma es más común en personas mayores de 40 años aunque cada vez es más frecuente que aparezca en sujetos más jóvenes, y se relaciona con la obesidad; anteriormente llamada diabetes del adulto o diabetes relacionada con la obesidad.

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.¹⁶

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.

Diabetes mellitus gestacional

Aparece en el periodo de gestación en una de cada 10 embarazadas. Se presenta muy pocas veces después del parto y se relaciona a trastornos en la madre y fallecimiento del feto o macrosomía, producto con tamaño anormal grande causado por incremento de glucosa, puede sufrir daños al momento del parto.

Otros tipos de diabetes mellitus menores (< 6 por ciento de todos los casos diagnosticados):

Tratamiento

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales. 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 orales.

Dislipidemias

Las dislipidemias o dislipemias son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos, con su consecuente alteración de las concentraciones de lípidos y lipoproteínas en la sangre. En algunos países se le conoce como dislipemia pudiéndose usar ambos términos como sinónimos.

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.

Clasificación

Una primera forma de clasificarlas podría ser en:

- Primarias, es decir, no asociada a otras enfermedades. Generalmente de origen genético y transmisión familiar (hereditarias), es la forma menos frecuente.
- Secundarias, es decir vinculadas a otras entidades patológicas, como por ejemplo:
 - diabetes
 - hipotiroidismo
 - obesidad patológica
 - síndrome metabólico

Tratamiento

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 modificaciones.¹⁶

IV.12. Factores protectores

Alimentación Saludable

Uno de los beneficios de comer saludablemente es que es la mejor manera de tener energía durante todo el día, conseguir las vitaminas y minerales que se necesitan, el mantenerse fuerte para realizar deportes y otras actividades, y el de mantener un peso que sea el mejor para el cuerpo, por lo que hay que prevenir hábitos de alimentación que no sean saludables como la comida rápida. El consumo de comida rápida suele relacionarse con la obesidad, las enfermedades del corazón, la diabetes del tipo II y las caries.

Hay cinco estrategias para la alimentación saludable:

1. Establecer un horario regular para las comidas en familia.
2. Servir una variedad de alimentos y refrigerios saludables.
3. Darle un buen ejemplo siguiendo una dieta nutritiva. (niños)
4. Evitar las peleas por la comida.
5. Involucrar a los niños en el proceso.

Comidas en familia

Comer en familia es una costumbre agradable tanto para los padres como para los hijos. A los niños les agrada la previsibilidad de las comidas en familia, y los padres tienen la oportunidad de ponerse al día con sus hijos. Los niños que participan en comidas en familia con regularidad presentan estas características:

- es más probable que coman frutas, vegetales y cereales
- es menos probable que coman refrigerios poco saludables
- es menos probable que fumen, usen marihuana o beban alcohol

Por otra parte, las comidas en familia ofrecen la oportunidad de presentarle al niño nuevos alimentos y de que usted dé el ejemplo llevando una dieta saludable.

Es posible que los adolescentes no se entusiasmen con la perspectiva de comer en familia; esto no es sorprendente porque están tratando de establecer su independencia. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que los adolescentes todavía desean los consejos y la opinión de sus padres, por lo cual la hora de la comida en familia debe usarse como una oportunidad para reconectarse.

La OMS estima que unos 2,7 millones de muertes se producen cada año asociadas a dietas con poco consumo de verduras y frutas. Por ello, esta causa de muerte se considera como una de las causas de muerte evitables más extendidas.

Ejercicio físico

En relación con el ejercicio físico, es conveniente establecer diferencia con la actividad física, que es definida por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (1995) como «cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que da como resultado un gasto calórico para lo cual debe tener determinadas características de intensidad, duración y frecuencia»; por su parte, la National Library of Medicine (2002) la define como el estado de permanecer en actividad o como acción o movimientos enérgicos.

Por otro lado, el ejercicio físico es definido por Caspersen (citado por González et. al 2001), como una categoría de la actividad física, específico, libre y voluntario, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos, realizados para mejorar o mantener una o más de las cualidades biomotoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo.¹⁷

Además se ha demostrado la importancia del ejercicio físico para el control del peso, reducción del colesterol, mantenimiento adecuado de la glucosa en la sangre, la disminución del riesgo de enfermedad coronaria, hipertensión arterial y muerte súbita, y se está estudiando la influencia favorable que pueda ejercer en enfermedades orgánicas como la diabetes, osteoporosis, hipertensión,

alcoholismo, tabaquismo, y enfermedades mentales como la depresión, ansiedad, psicosis, retraso mental.

Al igual que el comer saludablemente es importante para la salud, el ejercicio físico también nos ofrece beneficios como por ejemplo:

- Incrementa el funcionamiento del sistema cardiovascular y respiratorio para mejorar el aporte de oxígeno y nutrientes a los tejidos.
- Opera cambios en la mente del hombre hacia direcciones más positivas independientemente de cualquier efecto curativo. Produciendo moderados efectos pero positivos sobre estados depresivos, ansiedad, estrés y bienestar psicológico.
- Aumenta la circulación cerebral.
- Mejora y fortalece el sistema osteomuscular.
- Mejora el aspecto físico de la persona.

Resulta entonces importante definir en nuestro trabajo no sólo dichas enfermedades, sino también el ejercicio físico y los hábitos alimentarios que debemos asumir, y como la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol, stress, entre otros llegan a constituir factores de riesgo.

El autocuidado tiene dos vertientes: individual y colectiva. La individual se refiere a aquellas conductas encaminadas a lograr una mejor calidad de vida; por ejemplo, cuando una persona elige no fumar. La vertiente colectiva es propia de grupos, familias y comunidades, y va dirigida tanto al cuidado de la persona, como al del grupo al que pertenece; por ejemplo, una madre que elabora platillos saludables para ofrecer a su familia.

La calidad de vida que cada uno pueda disfrutar en los años por venir depende de la propia decisión de hacerlo bien ahora.

V.HIPÓTESIS

Los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del centro de atención primaria cansino adentro, practican estilos de vida y de salud según su edad, sexo, actividad física,hábitos alimenticios-tóxicos, autocuidado y cuidado médico.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Indicador	Definición	Indicador	Tipo de variable
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista	Niños, jóvenes, adultos, ancianos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino.	Nominal
Actividad física y deporte.	Comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa de metabolismo basal.	Actividad física recreativa. Practica de algún deporte formalmente.	Nominal
Hábitos alimenticios	Hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influye en nuestra alimentación	Dieta balanceada, dieta rica en grasas, carbohidratos y proteínas	Nominal
Hábitos Tóxicos	Autoadministración de una sustancia psicoactiva	Consumo de alcohol, tabaco socialmente aceptado etc.	Nominal
Autocuidado y cuidado médico.	Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.	Número de personas con sobrepeso. Número de personas tabaquistas. Numero de sedentarios	Nominal

VII.MATERIAL Y MÉTODO

VII.1.Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con recolección de datos prospectivo, que tiene como propósito determinar la relación de los estilos de vida y salud de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro, en el período septiembre 2017- marzo 2018 (ver anexo IX).

VII.2.Área del estudio

El estudio se realizó en el Centro de atención Primaria Cansino adentro, ubicado en la calle Respaldo Penetración Norte No.13-A, del sector Cansino Adentro, Área I de Santo Domingo Este, región metropolitana.

VII.3.Universo

Está constituido por todos los pacientes que acudieron a la consulta de Medicina Familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro los cuales constituyen unos 1,400 pacientes.

VII.4.Muestra

La muestra está constituida por todos los pacientes adultos que acudieron a la consulta de medicina familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro en el período septiembre 2017 - marzo 2018. La muestra está formada por un 20 por ciento de los pacientes que fueron a la consulta, es decir 280 pacientes.

VII.5.Criterios

VII.5.1.De inclusión

1. Todos aquellos usuarios que acudan a la consulta Medicina Familiar del centro de Atención Primaria Cansino Adentro.
2. Se incluirá a todos los pacientes adultos
3. Que estén de acuerdo con el estudio
4. No se discriminará sexo.

VII.5.2.De exclusión

1. Menores de edad
2. Aquellos pacientes que no estén de acuerdo con el estudio

VII.6.Instrumentos de recolección de datos

Se elaboró un instrumento que contiene 32 preguntas cerradas, con datos socio-demográficos como: edad, sexo, peso, etc., relacionado con el estilo de vida de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro. (ver anexos IX).

VII.7.Procedimientos

El instrumento se llenó a través de una encuesta entrevista por la sustentante, previo consentimiento informado en la consulta de medicina familiar, en fecha enero 2018.

VII.8.Tabulación

Para la tabulación y análisis se usaran los programas de computadora: Microsoft Word: Epi-Info, Community Health Assessment Tuctorial Document Version 2,0 Published october 2005.

VII.9.Análisis

Los datos fueron analizados en frecuencia simple.

VII.10.Consideraciones éticas

Para la realización de este trabajo de investigación, se realizara un cuestionario a los usuarios de la consulta del centro de primer nivel de atención cansino adentro. Dicho cuestionario consta de preguntas que no ponen en peligro la integridad de estos usuarios; previa orientación de cómo llenarlo y de que no colocaran ningún dato personal, como nombre y dirección, previo consentimiento y la posibilidad de rechazar su colaboración, si así lo desean.

VII.11. Consentimiento informado para participantes de investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán

Codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por médicos de centro de primer nivel de atención cansino adentro. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es relacionar los estilos de vida y salud de los pacientes que acuden a la consulta del centro de atención primaria cansino adentro.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando este haya completado en el centro de atención primaria cansino adentro.

VIII.RESULTADOS

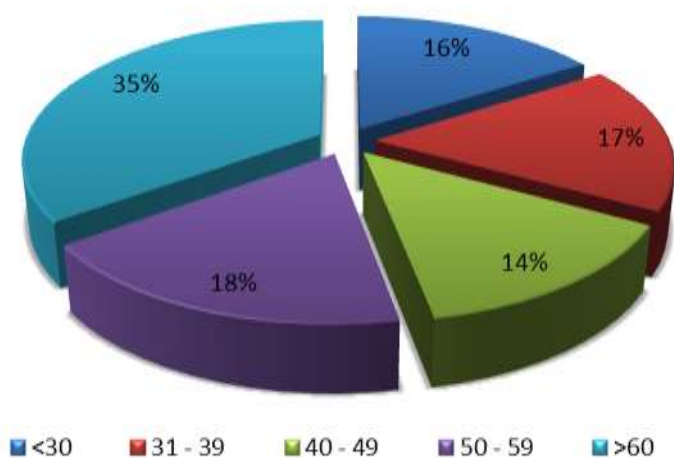
La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado, según se observa a continuación:

Valores de la Escala	
Siempre	4
Frecuentemente	3
Algunas veces	2
Nunca	1

I. Estilo de vida y de Salud según las edades de los pacientes entrevistados que acuden a la consulta de Medicina Familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro en el período Septiembre 2017 – Marzo 2018.

Conceptos	Frecuencia	%
<30	45	16
31 – 39	48	17
40 – 49	40	14
50 – 59	50	18
>60	97	35
Totales	280	100

Figura 1

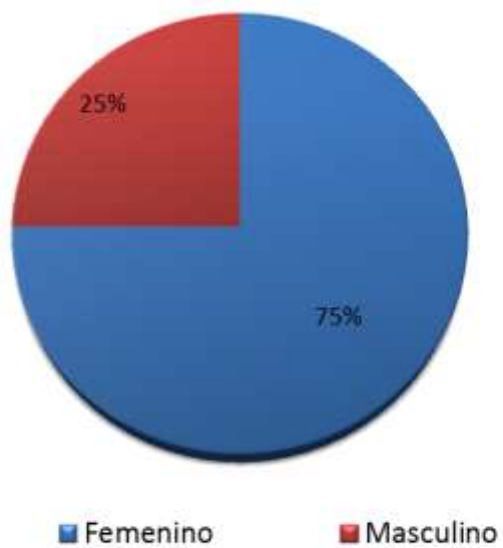


Fuente: Cuestionario realizado a los pacientes en la consulta de Medicina Familiar del Centro.

II. Estilo de vida y de salud de los pacientes según la distribución por sexo que acuden a la consulta de Medicina Familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro en el período Septiembre 2017 – Marzo 2018.

Conceptos	Frecuencia	%
Femenino	211	75
Masculino	69	25
Totales	280	100

Figura 2

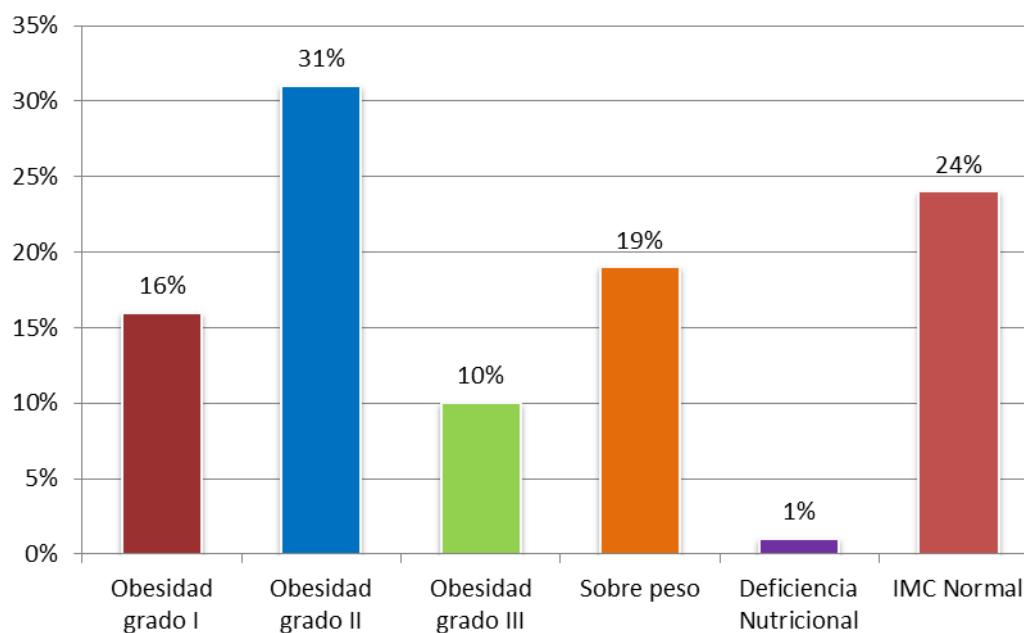


Fuente: Cuestionario realizado a los pacientes en la consulta de Medicina Familiar del Centro.

III. Frecuencia del Índice de Masa Corporal en los pacientes a los que se le tomó peso y talla, en la consulta de Medicina Familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro.

Conceptos	Frecuencia	%
Obesidad grado I	45	16
Obesidad grado II	87	31
Obesidad grado III	27	10
Sobre peso	52	19
Deficiencia nutricional	2	1
IMC normal	67	24
Totales	280	100

Figura 3

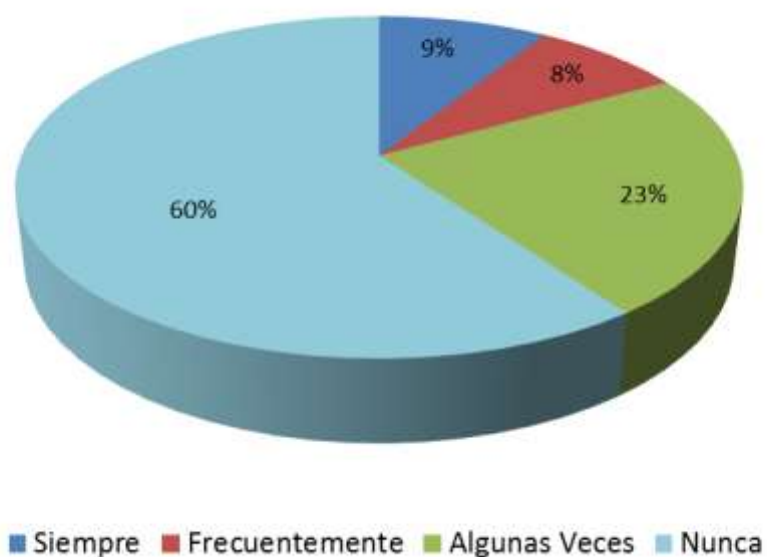


Fuente: Cuestionario realizado a los pacientes en la consulta de Medicina Familiar del Centro.

IV. Actividad Física y Deportes de los pacientes entrevistados.

Conceptos	Frecuencia	%
Siempre	25	9
Frecuentemente	21	8
Algunas veces	65	23
Nunca	169	60
Totales	280	100

Figura 4

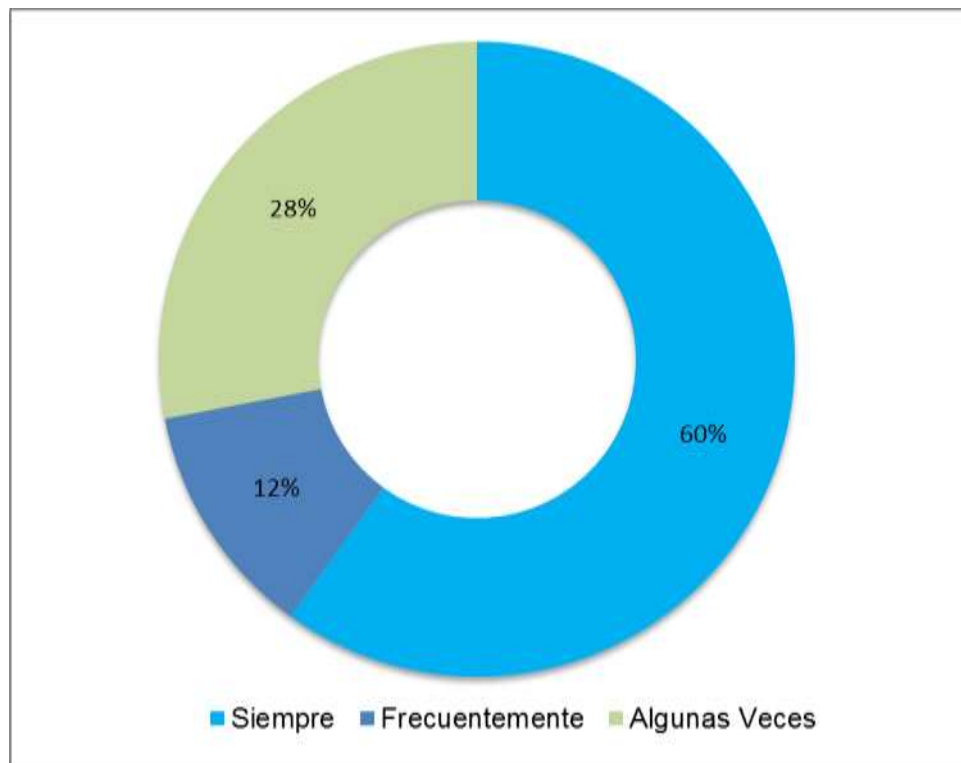


Fuente: Cuestionario realizado a los pacientes en la consulta de Medicina Familiar del Centro.

V. Estilo de vida y de salud de los pacientes, según hábitos alimenticios que acuden a la consulta de Medicina Familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro.

Conceptos	Frecuencia	%
Siempre	167	60
Frecuentemente	35	12
Algunas veces	78	28
Totales	280	100

Figura 6

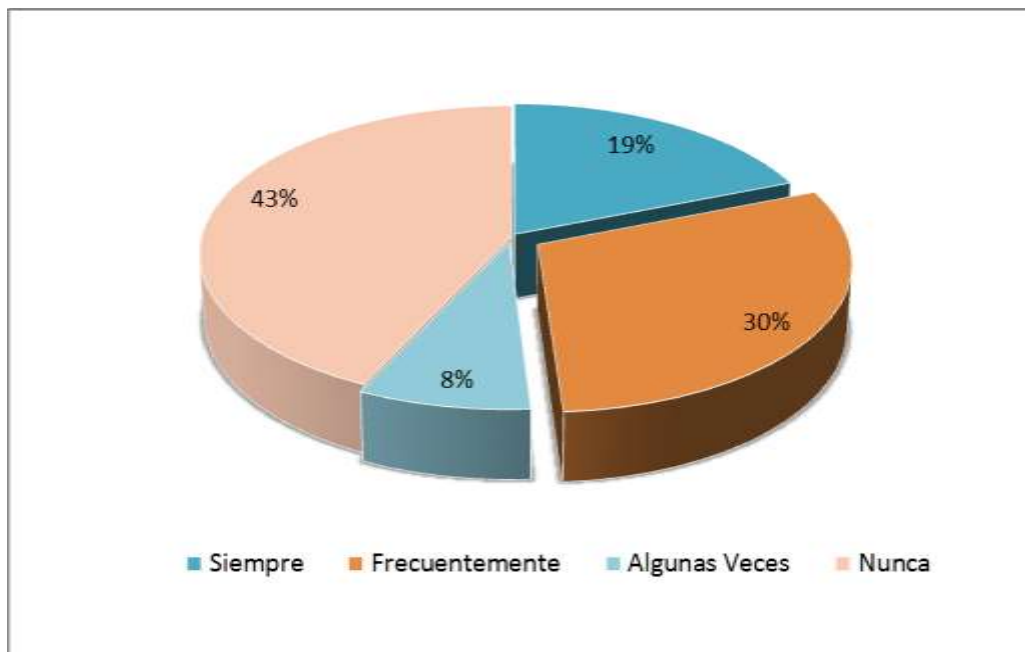


Fuente: Cuestionario realizado a los pacientes en la consulta de Medicina Familiar del Centro.

VI. Según frecuencia de Consumo de Psicoactivos (Alcohol, Tabaco y Drogas) que acuden a la consulta de Medicina Familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro.

Conceptos	Frecuencia	%
Siempre	54	19
Frecuentemente	85	30
Algunas veces	22	8
Nunca	119	43
Totales	250	100

Figura 7

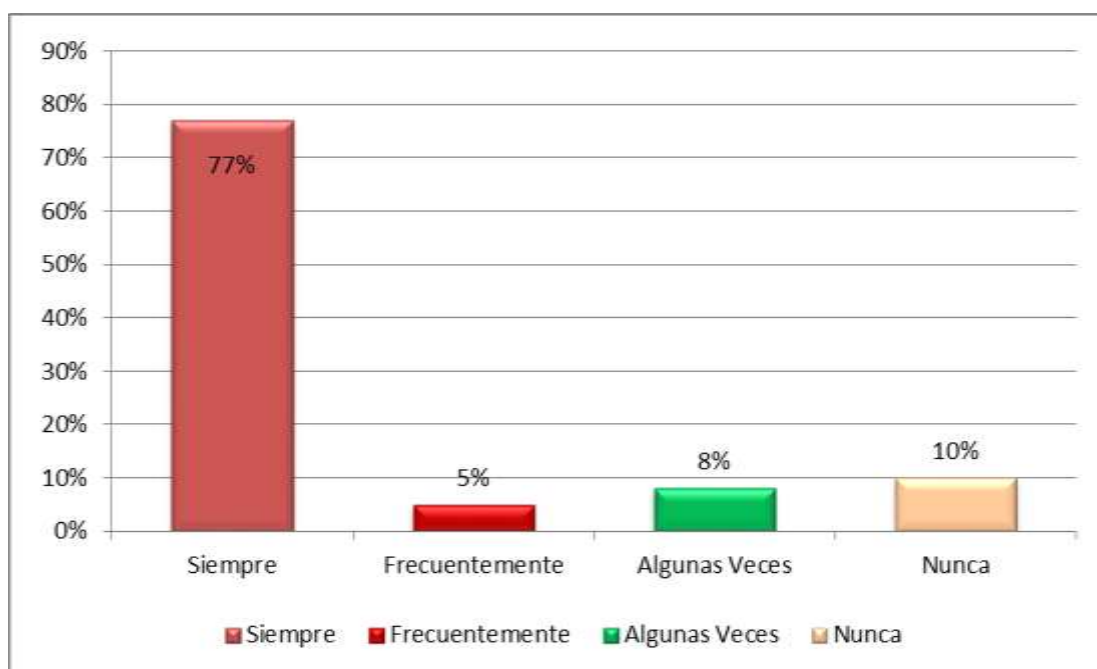


Fuente: Cuestionario realizado a los pacientes en la consulta de Medicina Familiar del Centro.

VII. Estilo de vida y de salud de los pacientes, según el Autocuidado y cuidado Médico que acuden a la consulta de Medicina Familiar del Centro de Atención Primaria Cansino Adentro.

Conceptos	Frecuencia	%
Siempre	215	77
Frecuentemente	15	5
Algunas veces	21	8
Nunca	29	10
Totales	280	100

Figura 5



Fuente: Cuestionario realizado a los pacientes en la consulta de Medicina Familiar del Centro.

IX.DISCUSIÓN

Los datos obtenidos superan, los datos en la hipótesis, lo que demuestra el deterioro en la calidad de la práctica de los estilos de vida de los pacientes en los barrios populares de Santo Domingo Este reflejando un fracaso en la prevención y promoción de salud.

La formulación de la hipótesis contempla que los estilos de vida de los pacientes evaluados presentan en general deficiencias, y están íntimamente relacionados con la salud de los pacientes, sobre todo en aspectos como la edad, el peso, el índice de masa corporal, la actividad física y el deporte, hábitos alimenticios, hábitos tóxicos. En cuanto a la edad encontramos que la de mayor relevancia fue en adultos mayores de 60 años con 97 casos para un 35 por ciento, el peso y el índice de masa corporal tenemos 87 pacientes con obesidad grado II para un 31 por ciento, sobre peso con un 19 por ciento y solo un 1 por ciento con déficit nutricional, siendo la obesidad una de las enfermedades de los estilos de vida que cobra más vidas humanas en el mundo. 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 ni cultural, que puede ser perjudicial para la salud y más si está o no acompañado de otras enfermedades.

Por otra parte la gran mayoría de pacientes no realizan ninguna actividad física y deporte, ya que los principales beneficios de la actividad física regular, son la disminución en los riesgos de enfermedad cardiovascular, de obesidad, de diabetes mellitus e intolerancia a hidratos de carbono, de osteoporosis, de trastornos psicológicos (ansiedad, depresión) y de determinados tipos de cáncer (colón, mama y pulmón).

En cuanto a los hábitos alimenticios tenemos lo siguiente que se cuestionaron varios aspectos como el consumo de agua al día, ingesta de sal extra en las comidas, la frecuencia que se consume comida chatarra, la cantidad de carbohidratos en la dieta, encontrando una relación directamente proporcional

como se esperaría entre las personas con sobrepeso u obesidad con aquellas que consumen grandes cantidades de calorías.

En los hábitos tóxicos encontramos que un gran porcentaje no usan ningún tipo de droga como alcohol, café, tabaco, sustancia psicoactiva.

X.CONCLUSIÓN

Los resultados encontrados superaron lo planteado en la hipótesis. Evidenciándose lo siguiente:

1. En cuanto a la edad, la mayor relevancia fue en adultos mayores de 60 años, con 97 casos, en segundo lugar las edades comprendidas entre 50-59 años con 50 casos.
2. El sexo más frecuente fue el femenino con 211 entrevistadas, y masculino con 69 de entrevistados.
3. En cuanto al índice de masa corporal tenemos 45 pacientes con obesidad grado I, para un 16 por ciento, 87 pacientes con obesidad grado II para un 31 por ciento, grado III con 27 casos para un 10 por ciento, sobrepeso 52 para un 19 por ciento y solo un 1 por ciento con déficit nutricional.
4. La actividad física y deporte, esta es mínima lo que evidencia porcentajes demostrando que únicamente un 9 por ciento de los entrevistados realizan periódicamente algún tipo de actividad física.
5. Los pacientes del sector tienen hábitos poco saludables al no tener una dieta sana, con 60 por ciento de los entrevistados expresaron ingerir alimentos de todo, a toda hora y en cantidades abundante, especialmente grasas y carbohidratos, pues entienden que esto es comer saludable y además un 19 por ciento respondieron usar algún tipo de droga como café, alcohol, y cigarrillos, lo que se evidencia un fracaso en la calidad de los estilos de vida de estos pacientes.

6. En el auto cuidado y cuidado médico un 77 por ciento respondió acudir periódicamente al médico .Por lo que no existe un compromiso por parte de los pacientes que contribuya al autocuidado de la salud.

XI.RECOMENDACIONES

Los estilos de vida y de salud es un problema médico y de carácter social que afecta a grupos etarios de menor a mayor en cualquier condición y que influye negativamente en la salud de las personas consideramos pertinentes las siguientes recomendaciones:

Que todas las instituciones competentes en el tema:

1. Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Educación, Organizaciones Comunitarias, etc, participen en la prevención-promoción de los estilos de vida y salud, ya que esto no solo es un problema médico; sino que se va conformando a lo largo de la vida de las personas desde la niñez que es un proceso de aprendizaje ya sea por asimilación, por imitación de patrones familiares, o de grupos formales e informales . Puesto que la erradicación y/o control de las enfermedades asociadas a los estilos de vida, se obtendrá un cambio en los hábitos y conductas de las personas.
2. Que el Ministerio de Salud Pública y de educación fortalezcan los programas existentes en coordinación con las organizaciones comunitaria como mecanismo de prevención y promoción.
3. Capacitación continua y charlas por personal del centro para establecer patrones de alimentación saludables entre los pacientes con el fin de prevenir sobrepeso u obesidad y así disminuir el riesgo de padecerlo.
4. Crear una política institucional que fomente la actividad físico- recreativa entre el personal de salud, los pacientes.
5. Involucrar a todos aquellos pacientes que presentan sobrepeso u obesidad a las distintas actividades físicas y deportivas dentro de la institución como una forma de incentivar y promover el ejercicio físico.

6. Respetar los tiempos de alimentación dentro de los horarios establecidos.

7. Organizar torneos y competencias con el fin de estimular a la práctica de algún deporte involucrando también a la familia.

XII.REFERENCIAS

1- Miguel Angel Gomez Arquez, opretivizacion de los estilos de vida mediante la distribución del tiempo .Granada 2005, editorial de la universidad de granada pag. 23-24.

2- <http://concepto.de/vida/#ixzz4FRLJkxPx>.

3- Peiro, políticas públicas en saludables para todos en el año 2000.

4- Gardner A. Estilos de vida saludables podrían ayudar a prevenir el Alzheimer. <http://www.supersalud.com/vernoticias.php?cod=2374> 2005 June 21 Disponible en [URL:http://www.supersalud.com/vernoticias.php?cod=2374](http://www.supersalud.com/vernoticias.php?cod=2374).

5- Lemus J.Condiciones de vida y salud en Argentina. Ambiente médico. 2000; 27.

6- Infante-Pedreira OE, Pérez-González eM, Díaz-González JA. La psicología de la salud en la atención primaria. En: Hernandez-Meléndez E, GrauArebalo J, editors. Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones.Mexico: Universidad de Guadalajara; 2005. p. 253-72.

7- Gómez-Serrano LC, Posada-Villa JA. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia: Ministerio de Protección Social; 2003.

8- Restrepo HE, Málaga H Promoción de la salud, como construir vida saludables, Bogota panamericana 2001, pag. 52.

9- Pinn VW. Sex and gender factors in Medical Studies: Implications for health and clinical practice. JAMA. 2003; 289(4):397-400.

10- Moreno-Aznar LA. Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence. <http://www.helenastudy.com/> 2006 August 16 Disponible en URL: <http://www.helenastudy.com/>.

11- Dres. Isganaitis E, Lustig RH Consecuencias de la alimentación inadecuada.(Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2005 Dec;25(12):2451-62. Epub 2005 Sep 15.).

12- Yessika Acuña Castro, Rebeca Cortes Solís, Promoción de estilos de vida saludables de salud de esparza, San José, Costa Rica Abril, 2012.

13- Vives Iglesias, Annia Esther. “Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria”. 2007 (Noviembre2011).

14- “Consecuencias del estrés psicológico” (Octubre 2011).

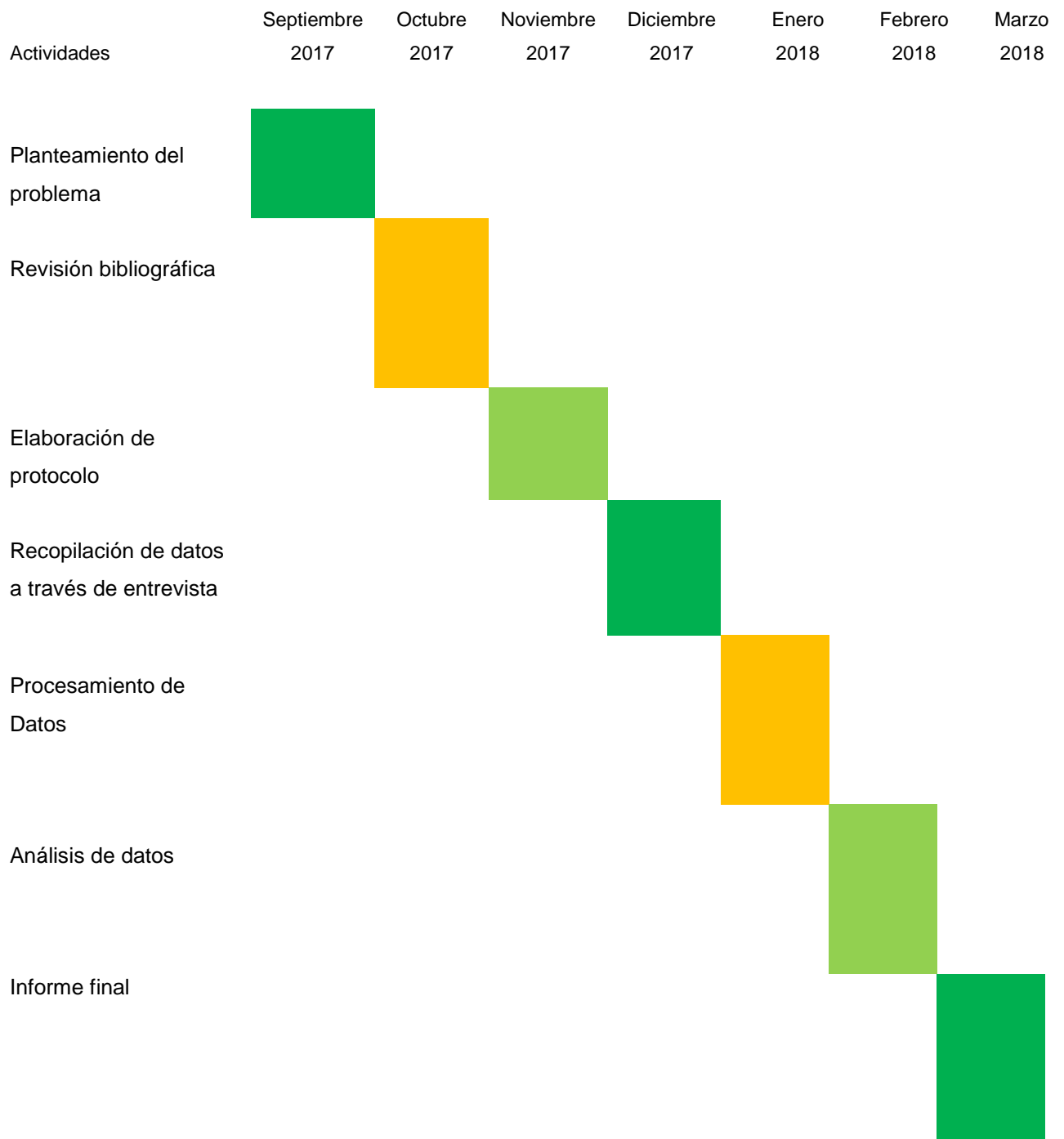
15- Carrillo Lemus, HO; Amaya Roper, MC.“Estilos de vida saludables”. Biblioteca Lascasas. 2006; 2(2) (Diciembre 2011).

16- “Nutrición especializada”. 2009. (Noviembre 2011).

17- José Ramón Gómez Puerto, María Isabel Jurado Rubio, Bernardo Hernán Viana Montaner, Antonio hernández Mendo “Estilos y calidad de Vida” Revista Digital. Buenos Aires. Noviembre 2005 (Noviembre 2011).

XIII.ANEXOS

XIII.1.Cronograma



XIII.2. Instrumento de recolección de la información

1. Sexo: Masculino_____ Femenino_____
2. Edad entre: < 30 _____ 30-39_____ 40-49_____ 50-59_____ > 60_____
3. Peso entre: 40 – 50.kg_____ 51-60kg_____ 61-70kg_____ 71-80kg_____ 81-90kg_____ más de 90kg_____
4. Estatura entre:1.50-1.60mt_____ 1.61–1.70mt_____ 1.71–1.80mt_____ 1.81-1.90mt_____ Más de 1.90 mt_____

Condicion, Actividad Fisica y Deporte

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
5	Hace ejercicio, camina, trota o juega alguna deporte				
6	Termina el día con vitalidad y sin cansancio				
7	Mantiene el peso corporal estable				
8	Realiza ejercicios que le ayuden al funcionamiento cardíaco (spinning, cardiobox, aeróbicos, aerorumba)				
9	Practica ejercicios que le ayuden a estar tranquilo (taichí, kun fu, yoga, danza, meditación, relajación autodirigida).				
10	Participa en programas o actividades de ejercicios físicos bajo supervisión				

Hábitos Alimenticios

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces
11	Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día			
12	Añade sal a las comidas en la mesa			
13	Consume más de cuatro gaseosas en la semana			
14	Consume dulce, helados y pasteles más de dos veces en la semana			
15	Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteínas			
16	Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)			
17	Come pescado y pollo, más que carnes rojas			
18	Mantiene un horario regular en las comidas			
19	Evita las dietas y los métodos para bajar de peso			

Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
20	Para Fumadores: Fuma más de media cajetilla de cigarrillos en la semana				
21	Para No Fumadores: Prohíbe que fumen en su presencia				
22	Consume licor al menos dos veces en la semana				
23	Cuando empieza a beber puede reconocer en qué momento debe parar				
33	Consume licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida				
24	Consume drogas (marihuana, cocaína, éxtasis, hachís				

Autocuidado y Cuidado Médico

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca
25	Va al odontólogo por lo menos una vez al año				
26	Va al médico por lo menos una vez al año				
27	Evita las exposiciones prolongadas al sol				
28	Chequea al menos una vez al año su presión arterial				
29	Realiza exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año				

		Siempre	Frecuentemente	Algunas veces
30	Observa su cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos			
31	Para Mujeres: Se examina los senos en búsqueda de nódulos u otros cambios, al menos una vez al mes			
32	Para Mujeres: Se toma la citología anualmente			
33	Para Hombres Mayores de 40 años: Se realiza exámenes de próstata anualmente			

XIII.3. Costos y Recursos

Humanos			
<ul style="list-style-type: none"> - Un investigador o sustentante - Un asesor/es - Archivistas y digitadores 			
Equipos y materiales	Cantidad	Precio	Total
- Papel bond 20 (8 ½ x 11)	3 resmas	130.00	390.00
- Papel Mistique	3 resmas	80.00	540.00
- Lápices	1 docena	180.00	36.00
- Borrás	6 unidades	3.00	24.00
- Bolígrafos	1 docena	4.00	36.00
- Sacapuntas	6 unidades	3.00	18.00
- Computador Hardware			3.00
- Pentium III 700 Mhz, 128 MB RAM; 20 GB H.D.; CD-ROM 52X			
- Impresora HP J6480			
- Scanner: Microteck 3700			
- Software:			
- Microsoft Windows XP			
- Microsoft Office XP			
- MSN Internet service			
- Omnipage Pro 10			
- Dragon Naturally Speaking			
- Easy CD Creator 2.0			
- Presentación			
- Sony SVGA VPL-SC2 Digital data projector			
- Cartuchos HP 75XL, y 75XL	2 unidades		1,200.00
- Calculadoras	2 unidades		150.00
- Antibióticos			10,000.00
Información			

- Adquisición de libros - Revistas - Otros documentos - Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			
Económicos			
- Papelería (copias)	1200 copias	2.00	2,400.00
- Encuadernación	12 informes	800.00	9,600.00
- Alimentación			2,200.00
- Transporte			3,000.00
- Imprevistos			3,000.00
Total			\$33,197.00

* Los costos totales de la investigación serán cubiertos por la sustentante.

XIII.4. Evaluación.

Sustentante

Dra. Fabiola Moreno

Asesores:

Dra. Elizabeth Seijas
(Asesor Clínico)

Dra. Claridania Rodríguez
(Asesor Metodológico)

Jurados

Autoridades

Dra. Gladis Soto
Coordinadora Residencia

Dra. Glenys Ozuna
Jefa de Enseñanza

Dr. William Duke
Decano Facultad Ciencias de la Salud (UNPHU)

Fecha de Presentación: _____

Calificación: _____