

**CONDUCTAS DE RIESGO Y ESTILOS DE VIDA: PACIENTES DEL
PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES DE LA IPS
ADVENTISTA, 2015.**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE COLOMBIA



Presentado por:

Yeniffer Carolina Castellanos Montañez

Kenly Jhoana Pérez Pérez

Facultad de Ciencias de la Salud

Medellín, Colombia

2016



**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Conductas de Riesgo y Estilos de Vida de los Pacientes que Asisten al Programa de Hipertensión Arterial y Diabetes en la IPS Universitaria Adventista, 2015", elaborado por las estudiantes: Kenly Johana Pérez Pérez y Yeniffer Carolina Castellanos Montañez, del programa de Enfermería, nos permitimos conceputar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Dirección de Investigación y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Bueno

Medellín, Mayo 23 de 2016

Mg (c). Milton Andrés Jara
Presidente

Enf. Edgardo Javier Ramos Caballero
Secretario

Mg (c). Olga Liliana Mejía
Vocal

Kenly Johana Pérez Pérez
Estudiante

Yeniffer Carolina Castellanos Montañez
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de Junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

Los autores de esta investigación dan sus agradecimientos:

Primero a la IPS adventista por abrir sus puertas para que se pudiera desarrollar esta investigación y prestar sus instalaciones para este mismo fin.

También a la Corporación Universitaria Adventista de Colombia por ser el centro de educación donde se adquirieron los conocimientos previos y necesarios para el desarrollo de este trabajo.

Y a todos los que en algún momento fueron fuente de impulso, animo y ayuda, compañeros, familia y docentes.

RESUMEN

Corporación Universitaria Adventista

Facultad: Ciencias de la salud.

Programa: Enfermería

CONDUCTAS DE RIESGO Y ESTILOS DE VIDA: PACIENTES DEL PROGRAMA DE HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA, 2015.

Nombre de los integrantes del grupo: Kenly Jhoana Pérez Pérez
Yeniffer Carolina Castellanos Montañez

Nombre de los asesores: Edgardo Ramos Caballero

Fecha de terminación del proyecto: 20 de Mayo de 2016

Problema o necesidad: Los estilos de vida afectan positiva o negativamente la salud de los pacientes que pertenecen al programa de riesgo cardiovascular.

Método: Este estudio se realizó por medio de una encuesta compuesta por variables sociodemográficas como el estado civil, estrato, grado de escolaridad, bioquímicas como la glicemia y el perfil lipídico, antropométricas como la talla, peso y perímetro abdominal y por medio del test de Morisky Green para medir la adherencia al tratamiento y el test Fantastic para evaluar el estilo de vida, ambos validados para Colombia.

El estudio fue de cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, utilizando una muestra no probabilística a conveniencia de 65 usuarios.

Resultados: Los resultados demostraron en sus variables más representativas que no hay adherencia al tratamiento farmacológico por parte de la población encuestada,

convirtiéndose en un factor de riesgo para la aparición de complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles tratadas en este estudio, además se concluyo que esta población está protegida por el bajo consumo de alcohol, tabaco y medidas de seguridad en su trabajo, pero que como factores de riesgo principales esta la nutrición no balanceada y realizar poca actividad física

Conclusiones: Estos resultados permiten concluir la necesidad de tomar medidas específicas y creación de nuevas estrategias para la prevención de la aparición de complicaciones y el avance de enfermedades crónicas no transmisibles y demostró también la necesidad de continuar modificando los estilos de vida.

INTRODUCCIÓN

La enfermería es una ciencia tan antigua como la vida misma, pero solo hace unas cuantas décadas que su desarrollo disciplinar ha sido notorio. La investigación le da a la enfermería ese sello que la hace una ciencia y no cualquier ciencia, sino la ciencia del cuidado humano. El ser humano es la materia prima en el arte de cuidar, no puede cambiarse por otro y si se daña siempre quedara con secuelas para recordar y estará en riesgo en cada cosa que se haga la vida.

Este trabajo aparte de un fin académico pretende también contribuir a ese arte maravilloso de la enfermería aportando a esa gama de conocimientos y fortaleciendo la profesión, pero sobre todo quiere aportar para que la esencia del cuidado, las personas, puedan ser sensibles a la necesidad de modificar estilos de vida que causan riesgos para su salud.

Pero no solo son las personas objeto de cuidado deben ser sensibilizadas; sino también todos aquellos profesionales que participan del cuidado integral de los seres humanos, ya que los profesionales en salud son los entes más importantes para transmitir y sensibilizar a quienes más vulnerables son, las personas que enfrentan su proceso de salud- enfermedad.

TABLA DE CONTENIDO

1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1	JUSTIFICACIÓN	13
1.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
1.4	OBJETIVOS	18
1.4.1	objetivo general	18
1.4.2	objetivos específicos	18
1.5	VIABILIDAD	19
1.6	ALCANCE.....	19
1.7	DELIMITACIONES	19
1.8	LIMITACIONES	20
2.	MARCO TEORICO	21
2.1	MARCO CONCEPTUAL.....	20
2.1.1	Estilo de vida.....	20
2.1.2	Conducta protectora.....	20
2.1.3	Conducta de riesgo.....	20
2.1.4	Hipertensión.....	21
2.1.5	Diabetes Mellitus.....	21
2.1.6	Dislipidemias.....	22
2.1.7	Adulto mayor.....	22
2.1.8	Variables antropométricas.....	22
2.1.9	Variables bioquímicas.....	23
2.1.10	Variables sociodemográficas.....	23
2.2	MARCO REFERENCIAL.....	23
2.3	MARCO INSTITUCIONAL.....	26

2.3.1 CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE COLOMBIA.....	26
2.3.2 IPS Adventista.....	27
2.4 MARCO LEGAL.....	29
2.5 MARCO DISCIPLINAR.....	31
2.6 MARCO TEÓRICO.....	35
2.6.1 Actividad física.....	35
2.6.2 Nutrición.....	37
2.6.3 Alcohol y tabaco.....	38
2.6.4 Estrés.....	39
2.6.5 Hipertensión arterial.....	40
2.6.6 Diabetes Mellitus.....	43
2.6.7 Dislipidemias.....	45
3. METODOLOGÍA.....	48
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN.....	47
3.2 ENFOQUE.....	47
3.3 TIPO.....	47
3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	48
3.4.1 Tamaño de la muestra.....	48
3.4.2 Criterios de inclusión.....	48
3.4.3 Criterios de exclusión.....	49
3.4.4 Criterios de eliminación.....	49
3.5 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	49
3.6 ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	49
3.7 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	50
3.8 ASPECTOS ETICOS.....	50
3.9 CRONOGRAMA.....	51
4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	53

4.1	CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES MELLITUS DE LA IPS ADVENTISTA.....	52
4.2	VARIABLES BIOQUÍMICAS DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA.....	57
4.3	CARACTERISTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA.....	60
4.4	VARIABLES DEL TEST FANTASTIC DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA.....	63
5.	DISCUSIÓN	74
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	83
 ANEXOS		
	Anexo 1. Instrumento.....	93
	Anexo 2. Consentimiento informado del paciente.....	95
	Anexo 3. Consentimiento informado institucional.....	96
	Anexo 4. Operalización de las variables.....	97

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1. Población total encuestada.....	52
GRAFICO 2. Estrato socioeconómico de los encuestados.....	53
GRAFICO 3. Distribución porcentual de los usuarios.....	54
GRAFICO 4. Distribución porcentual según ocupación.....	54
GRAFICO 5. Distribución porcentual según escolaridad.....	55
GRAFICO 6. Estado civil de los pacientes encuestados de la IPS Adventista.....	56
GRAFICO 7. Religión de los pacientes que pertenecen al programa de hipertensión y diabetes.....	56
GRAFICO 8. Comportamiento de la presión arterial sistólica y diastólica.....	58
GRAFICO 9. 1: Colesterol 2: Triglicéridos 3: HDL 4: LDL.....	59
GRAFICO 10. Glicemia de los usuarios que asisten al programa de hipertensión y diabetes de la IPS Adventista.....	60
GRAFICO 11. Frecuencia del peso en los usuarios encuestados.....	61
GRAFICO 12. Distribución de la talla en cm en los usuarios que asisten al control de hipertensión y diabetes.....	61
GRAFICO 13. Perímetro abdominal.....	63
GRAFICO 14. Variable familia y amigos.....	63
GRAFICO 15. Variable de actividad física y nutrición.....	64
GRAFICO 16. Variable de actividad física y nutrición.....	64
GRAFICO 17. Variable sueño/Estrés- Tipo de personalidad- Introspección del test fantástico.....	65
GRAFICO 18. Variable conducción/ trabajo.....	65
GRAFICO 19. Variable tabaco.....	66
GRAFICO 20. Variable tabaco.....	66
GRAFICO 21. Variable alcohol.....	67
GRAFICO 22. Variable tipo de personalidad e introspección.....	67
GRAFICO 23. Variable drogas.....	68
GRAFICO 24. Variable actividad física.....	69
GRAFICO 25. Peso alto.....	69

GRAFICO 26. Consumo de café.....	70
GRAFICO 27. Test Morisky Green.....	71
GRAFICO 28. Test fantástico.....	72

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. Clasificación presión arterial.....	41
TABLA 2. Edad de los encuestados.....	53
TABLA 3. Frecuencia de la presión arterial sistólica.....	57
TABLA 4. Frecuencia de la presión arterial diastólica.....	57
TABLA 5. Perímetro abdominal.....	62

CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son definidas por el “Centers for Disease control and Prevention” de Atlanta (CDC) como enfermedades de etiología incierta, habitualmente multi-causales, con largos períodos de incubación o latencia, con largos períodos subclínicos, sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo. (1) El término crónico se aplica debido a que constituyen un grupo de enfermedades clasificadas por la “Organización Mundial de la Salud” (OMS) y el CDC como enfermedades de desarrollo lento en el tiempo que no se pueden curar utilizando todo el arsenal terapéutico del que se dispone en la actualidad.

Dentro de este grupo se encuentran la hipertensión (HTA), diabetes Mellitus (DM) y las dislipidemias. “La hipertensión arterial sistémica (HTAS), la diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2) y la aterosclerosis son enfermedades crónicas no transmisibles del adulto cuya prevalencia mundial va en dramático ascenso. En la mayoría de los países desarrollados han logrado empatar o incluso superar la prevalencia de las enfermedades infecciosas” (2)

Como antecedentes, las ECNT son una importante causa de muerte prematura y morbilidad con una tendencia ascendente. Las ECNT son la causa del 63% de todas las defunciones en el mundo (cifra que ascenderá al 73% para el año 2020). Actualmente, el 80% de las muertes por ECNT se presentan en países en vía de desarrollo (de ingresos bajos y medios) afectando gravemente a adultos que se encuentran en la plenitud de su vida y en el momento de mayor productividad. (3)

Según la OMS a nivel mundial 1 de cada 5 adultos padece hipertensión arterial y los países de ingresos bajos, en su mayoría, más del 30% de la población adulta sufre hipertensión, siendo esta cifra más alta que la media a nivel mundial. (4) También refiere que en el 2012

el 1.5 millones de defunciones fueron como consecuencia directa de la diabetes y el 80% de las muertes se dieron en países de ingresos bajos y medios. (5) En la Encuesta Nacional realizada en México en el 2006 se informa una prevalencia de hipercolesterolemia en la población general de 26.5 %, 28.8 % en las mujeres y 22.7 % en los hombres. (6)

En Colombia las ECNT especialmente la hipertensión, la diabetes y las dislipidemias siguen siendo un problema de salud pública, de mayor razón teniendo en cuenta que Colombia se denomina un país en vía de desarrollo. En el quinto informe del “Observatorio Nacional de Salud” ONS sobre ECNT y discapacidad en Colombia para el año 2015 dice “respecto a la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en el periodo 2010-2014, aumentó de 25,9% a 31,3% en mujeres y de 23,8% a 28,7% en hombres” Para DM en el 2014 la prevalencia en mujeres fue de 4.6% y en hombre de 4.3% y se registraron en promedio 5650 muertes por esta enfermedad. (7)

Tomando en consideración todas las estadísticas antes mencionadas es suprema necesidad tener a consideración que aun se necesitan esfuerzos para disminuir el impacto de estas enfermedades, que generan discapacidad para las personas y disminución de la productividad, aumento de costos y afectan la calidad de vida de los individuos. Por ende este trabajo busca servir como base para realizar investigaciones de tipo intervención y tomar decisiones para fortalecer el programa de Hipertensión y Diabetes.

Pretende servir como punto de partida para generar planes de mejora para el mismo, donde los profesionales de enfermería puedan realizar actividades efectivas que contribuyan a mejorar la salud y calidad de los usuarios promoviendo la salud cardiovascular, previniendo así las enfermedades en un nivel primario y mitigando las complicaciones desde el manejo, que se podrá evidenciar por las bajas cifras de mortalidad en la población objeto de estudio.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional se considera como “el resultado de una tendencia persistente de disminución de las tasas de fecundidad y aumento de la esperanza de vida” (8). En la actualidad se ha duplicado el número de personas mayores de 60 años, con ello se puede notar el aumento de ECNT propias del adulto mayor. En Colombia para el año 1950 la población de adultos mayores era de aproximadamente el 11.7 % y para el 2025 se calcula que será del 55,2% superando la mayoría de la población. (9)

El aumento del envejecimiento poblacional aunque inicialmente se dio en los países desarrollados, actualmente está tomando fuerza en los países en vía de desarrollo y como consecuencia de este aumento también lo hacen enfermedades características del adulto mayor dentro de las cuales están la HTA, DM y enfermedades cardiovasculares como las dislipidemias. Según un estudio realizado en Cuba a una población de 2946 con una muestra de 300 personas mayores de 65 años, se obtuvo que la enfermedad predominante fue la HTA, seguida por las enfermedades cardiovasculares y la DM. (10)

A nivel mundial la hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular, en los países con ingresos bajos y medios la hipertensión es más prevalente ya que hay más personas afectadas por ella por ser mayor el número de habitantes. (11) Estadísticas revelan que en el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, se estima que aproximadamente fallecieron 3,4 millones de personas con exceso de azúcar en la sangre en el 2010, más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países bajos y medios (12). Por otra parte las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Dentro de estas enfermedades esta las dislipidemias. (13)

Para las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna

ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda. (13)

En Colombia según el Análisis de la Situación en Salud (ASIS) se estima que para 2013 el 19,3% de la población afiliada mayor de 45 años tenía hipertensión arterial. El 1,09% (26.240) de las personas diagnosticadas eran menores de 30 años, el 7,32% (176.810) tenía entre 30 y 45 años y el restante 91,59% (2.211.304) más de 45. Según la Encuesta de Demografía y Salud, el 44,9% de los adultos mayores, alguna vez fueron diagnosticados con hipertensión arterial. También para el 2013 en Colombia, había 634.098 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud captadas con diabetes Mellitus por los servicios de salud, alcanzando una prevalencia en servicios de salud de 1,44 y en el 2010 de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud, en Colombia la prevalencia de colesterol total mayor de 240 mg/dl es de 7,8256 (14)

En Antioquia para el 2007 el 12,6% de la población refirió haber tenido diagnóstico médico de hipertensión arterial alguna vez, el 2,2% de la población refirió haber sido diagnosticada como diabética por un médico y el 8,4% de la población resultó con Colesterol Total alto -valores iguales o mayores a 240 mg/dl, el 63,1% de la población resultó con Colesterol de alta densidad HDL bajo -valores inferiores a 40 mg/dl y el 4,4% de la población resultó con Colesterol de alta densidad HDL alto -valores iguales o superiores a 60 mg/dl. (15)

Analizando estas estadísticas que son sobresalientes en toda la población mundial, y también en Colombia, se ve que existe un problema grave, y que la gran mayoría de los profesionales de la salud se detienen en la punta sobresaliente del iceberg de las enfermedades cardiovasculares pero no intervienen en la base que es realmente lo importante para prevenir la aparición de estas.

Como se menciona anteriormente la ECNT son enfermedades que tienen tratamiento, mas no cura definitiva. Pero si hay estrategias y diversas maneras de ayudar a prevenir las complicaciones que acarrearán estas enfermedades. Dentro de esa gama de estrategias se

puede encontrar el tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico que incluye los estilos de vida.

Los planteamientos de la OMS con relación a la importancia de detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas refuerzan la necesidad de tener a disposición estrategias de intervención eficaces y al alcance de todas las personas afectadas. El término de adherencia al tratamiento, podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud en cuanto al tratamiento farmacológico, que ayuden a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas.

Por otro lado abriendo paso para hablar del tratamiento no farmacológico, según la OMS se define estilo de vida como “aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización” (16). Teniendo en cuenta la definición antes mencionada es importante resaltar que dentro de estilo de vida entran hábitos alimentarios, vicios como el tabaco el alcohol, actividad física y hasta las relaciones interpersonales, todos estos en el momento del tratamiento al paciente con ECNT puede ser un factor deteriorante o un factor protector.

En el informe de la OMS (2005) se resaltan las repercusiones económicas de las enfermedades crónicas: “esta es una situación muy grave, tanto para la salud pública como para las sociedades y las economías afectadas, y se prevé que el número de víctimas aumente”, “es fundamental que los países examinen y apliquen las medidas sanitarias que se saben que pueden reducir las muertes prematuras por enfermedades crónicas” (17)

Bajo las consideraciones anteriores, se seleccionó la población adulta mayor de 45 años, pues no sólo se constituyó una población de especial cuidado por la nación, sino que también está incluida en los planes y programas Nacionales, Departamentales y Locales. La salud de los adultos, es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países. Sin embargo, con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de esta población son vulnerados por quienes tienen las decisiones de inclusión en las agendas

públicas de las administraciones y es ahí donde estas afecciones se llegan a convertir en un problema de salud colectiva en los diferentes contextos que se encuentra la población objeto.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los aspectos sociodemográficos, metabólicos, estilos de vida y medidas antropométricas prevalentes al riesgo cardiovascular en los usuarios que pertenecen al programa de Hipertensión y Diabetes de la IPS adventista en el último trimestre del año 2015?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo general

Describir los aspectos sociodemográficos, metabólicos, estilo de vida y medidas antropométricas prevalentes en los usuarios (mayores de 45 años) que pertenecen al programa de Hipertensión y Diabetes de la IPS adventista en el último trimestre del año 2015.

1.4.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los usuarios que asiste al control de Hipertensión y Diabetes de una institución de salud.
- Describir los resultados metabólicos de los pacientes que asisten al control de Hipertensión y Diabetes de una institución de salud.
- Enumerar las conductas de riesgo y protectoras de los usuarios que asisten al control de Hipertensión y Diabetes de una institución de salud.
- Describir de estilos de vida en los usuarios que asiste al control de hipertensión y diabetes de la una institución de salud.

1.5 VIABILIDAD

Dado a que el tema a investigar es de importancia para la salud pública, se cuenta con la disponibilidad de recursos financieros, humanos y materiales que aseguran el cumplimiento de los objetivos propuestos, el cual hará aportes académicos importantes basados en los resultados obtenidos.

1.6 ALCANCE

Con este estudio se analizará y describirá los aspectos sociodemográficos, metabólicos, estilo de vida y medidas antropométricas prevalentes en la población objeto.

Desde el entendido que la hipertensión y la diabetes son patologías de interés para salud pública, ya que representan una gran carga a la morbimortalidad a nivel global, nacional, departamental y local; y además tiene un impacto negativo en la salud del individuo y el colectivo, especialmente en los adultos mayores.

Por ello se hace necesario contribuir al desarrollo de políticas públicas y programas, en aras de reducir el alto costos en el sistema de salud, y finalmente conseguir el mayor nivel de calidad de vida de la población susceptible. Para este caso específico los usuarios (mayores de 45 años) que pertenecen al programa de Hipertensión y Diabetes de la IPS adventista en el último trimestre del año 2015.

1.7 DELIMITACIONES

Se realizará única y exclusivamente con los usuarios del programa de hipertensión y diabetes mayores de 45 años adscritos a la IPS donde se abordarán los temas específicos de las patologías mencionadas utilizando la bibliografía existente a nivel mundial, nacional y local.

1.8 LIMITACIONES

Las posibles limitaciones para la investigación serian la no aceptación del proyecto en la IPS Adventista y que las personas participantes no estén dispuestas a firmar el consentimiento informado y hacer parte de la investigación.

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Estilo de vida

El glosario de promoción de la salud (O.M.S., 1999) define estilo de vida de una persona como aquel compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones. (16)

2.1.2 Conducta protectora

Se definen como aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos de una determinada situación que puede perjudicar la salud y el bienestar. (18)

2.1.3 Conducta de riesgo

Se define como las actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura. (19)

2.1.4 Hipertensión

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. (4)

2.1.5 Diabetes Mellitus

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre (5). El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. Existen principalmente dos tipos de diabetes que son aplicables a esta investigación, son:

Diabetes tipo 1: La diabetes de tipo 1 (también llamada insulino dependiente, juvenil o de inicio en la infancia) se caracteriza por una producción deficiente de insulina y requiere la administración diaria de esta hormona. Se desconoce aún la causa de la diabetes de tipo 1 y no se puede prevenir con el conocimiento actual.

Sus síntomas consisten, entre otros, en excreción excesiva de orina (poliuria), sed (polidipsia), hambre constante (polifagia), pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio. Estos síntomas pueden aparecer de forma súbita.

Diabetes tipo 2: La diabetes de tipo 2 (también llamada no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta) se debe a una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo representa el 90% de los casos mundiales y se debe en gran medida a un peso corporal excesivo y a la inactividad física.

Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad puede diagnosticarse solo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones.

Hasta hace poco, este tipo de diabetes solo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños. (5)

2.1.6 Dislipidemias

Se conoce con el nombre de dislipidemias a un conjunto de patologías que se caracterizan por alteraciones de los lípidos sanguíneos y que implican riesgo para la condición de salud, especialmente cardiovascular. Las alteraciones se refieren en especial a colesterol, triglicéridos y las proteínas transportadoras que son las lipoproteínas de alta densidad o HDL, de baja densidad LDL y de muy baja densidad VLDL. (20)

2.1.7 Adulto mayor

La OMS considera como adultos mayores a quienes tienen edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen unos y otros países. (21)

2.1.8 Variables antropométricas

La antropometría proviene del griego antropos (humano) y métricos (medida), es la disciplina que describe las diferencias cuantitativas de las medidas del cuerpo humano y estudia las dimensiones considerando como referencia las estructuras anatómicas, esto es, que nos ayuda a describir las características físicas de una persona o grupo de personas, y sirve de herramienta a la ergonomía con la finalidad de adaptar el entorno a las personas. (22) Dentro de estas entran peso, talla, perímetro abdominal.

2.1.9 Variables bioquímicas

Existen algunos valores enzimáticos y del suero sanguíneo que pueden alterarse bioquímicamente de manera característica para cada adicción, convirtiéndose en un marcador bioquímico que pudiera ser utilizado para complementar las herramientas de diagnóstico existentes. (23)

2.1.10 Variables socio- demográficas

Es cualquier evento o circunstancias o cosa que puede adoptar diferentes valores. En demografía, las variables pueden optar valores distintos a lo largo del tiempo, ya que es una ciencia temporal. Igualmente tienen distintos valores en lugares diferentes del espacio, debido a que también es una ciencia espacial.

Demografía estática: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas en un momento de tiempo determinado desde un punto de vista de dimensión, territorio, estructura y características estructurales.

Demografía dinámica: Es la parte de la demografía que estudia las poblaciones humanas desde el punto de vista de la evolución en el transcurso del tiempo y los mecanismos por los que se modifica la dimensión, estructura y distribución geográfica de las poblaciones. Ejemplos de tales mecanismos son la natalidad, la nupcialidad, la familia, la fecundidad, el sexo, la edad, la educación, el divorcio, el envejecimiento, la mortalidad, la migración, el trabajo, la emigración y la inmigración. (24)

2.2 MARCO REFERENCIAL

Las enfermedades crónicas no transmisibles han sido de interés y repercusión para la sociedad mundial, por ello mucho se ha hablado y se ha escrito sobre algunos de sus factores de riesgos, las consecuencias y posibles complicaciones, además se han establecido diversas acciones con el fin de mitigar su impacto, pero a pesar de que se ha logrado amortiguar un poco, aún hace falta esfuerzos y estrategias para detener su aumento.

En Uruguay para el año 2004 se realizó un estudio sobre las conductas de riesgo cardiovascular donde se resalta que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo y en este país y estableció que las principales conductas de riesgo son el tabaquismo con un 45% de la población encuestada, el sedentarismo con un 28%, la obesidad y sobrepeso con un 53% y la hipertensión con un 22%, llegando a la conclusión de la necesidad inherente de prevenir estos riesgos particularmente trabajando a la actividad física y el control adecuados para cada patología. (25)

De igual manera en un estudio de metaanálisis que se realizó sobre los factores de riesgo cardiovascular en una población Española, se encontró que los factores de riesgo que el sexo predominante fue el femenino y los factores predominantes fueron la hipertensión, el exceso de peso, el tabaquismo, el colesterol elevado y la diabetes Mellitus, lo cual llevó a concluir que frente al notorio aumento del riesgo cardiovascular es importante la monitorización de estos factores y la toma de medidas preventivas y asistenciales para disminuir el impacto. (26)

En Colombia se realizó un estudio para mirar el conocimiento y prevalencia de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se encontró igual que en los estudios mencionados anteriormente que predomina en la población de riesgo el sexo femenino y que el porcentaje de dislipidemias fue de 25.1%, diabetes Mellitus 11.8%, obesidad del 21%, angina 10.1%, infarto agudo del miocardio 1.4%, falla cardíaca 7%, fumadores 5.4%, estrés 24.2% y sedentarismo 37.4%. Todo lo anterior para evidenciar la necesidad de modificar los estilos de vida y así disminuir los factores de riesgo para presentar enfermedad cardiovascular. (27)

En la Encuesta nacional que se realizó en Argentina en el 2005 se reafirmó lo visto anteriormente, los principales factores de riesgo para enfermedad cardiovascular son la poca actividad física con un 46.2% de la población entrevistada, tabaco con 33.4%, hipertensión con 34.4%, poco consumo de frutas y verduras 35.5%, sobrepeso- obesidad 49.1%, diabetes Mellitus 11.9%, colesterol elevado en 27.8% y consumo de alcohol en el

9.6%. Además en este estudio la población refirió en un 19.9% tener calidad de salud regular o mala lo que afecta su calidad de vida. En conclusión, este estudio permite conocer la necesidad de crear estrategias para la prevención de enfermedades crónicas y abre paso para que se siga trabajando en el tema de la prevención de enfermedades cardiovasculares. (28)

En común los estudios ya mencionados sugieren altos datos de la hipertensión como factor de riesgo cardiovascular, en vista de esto un estudio realizado en Cuba quiso ver el comportamiento de la prevalencia de hipertensión y los factores de riesgo asociados a esta, para lo cual se hizo un estudio de casos y controles donde se concluyó que la mayor parte de la población fueron hombres y que los factores de riesgo que predominan para padecer hipertensión son los antecedentes familiares de hipertensión, el alto consumo de sal y la obesidad. (29)

No ajenos a esto hay que tener en cuenta que la población que mas padece enfermedades crónicas es una población adulta y que estas enfermedades generan complicaciones que pueden dejar sin número de secuelas en la población, llevándola a incapacidad, disminución de la independencia y deterioro de la calidad de vida.

Como evidencia de lo ya mencionado se realizo un estudio que pretendía medir la dependencia funcional de adultos que padecían enfermedades crónicas y encontró que el 24% de los adultos con enfermedad crónica presentaba dependencia para el desarrollo de las actividades básicas de la vida cotidiana y el 23% presento dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, todos ellos posterior a haber presentado accidentes cerebrovasculares, enfermedad articular, deterioro cognitivo y depresión, donde el factor desencadenante en un 43% fue la hipertensión. (30)

Finalmente se encontró un estudio que realizo una asociación entre los factores de riesgo cardiovasculares y la enfermedad cardiovascular el cual a partir del análisis de historias clínicas concluyo que en el grupo poblacional que predomina el riesgo es en las mujeres y

que los factores de riesgo mayormente asociados a enfermedades cardiovasculares son el tabaquismo, hipertensión, el aumento del colesterol y los triglicéridos, la obesidad y la diabetes Mellitus y que la mejor manera de prevenir la aparición de estas enfermedades son actividades de promoción de la salud incluyendo el estilo de vida como herramienta de prevención primaria. (31)

Los estudios ya vistos nos permiten confirmar que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte y una de las principales causas de enfermedad e invalidez en los países desarrollados y en gran parte de los países en vía de desarrollo, todo esto nos permite contar con suficiente información para identificar cuáles son los factores de riesgo más importantes y de esta forma poder intervenirlos de forma preventiva ya que contamos con evidencia sólida y confiable de que la modificación de los factores de riesgo principalmente el estilo de vida es de beneficio para estos pacientes desde el punto de vista de la morbi-mortalidad y mejora de la calidad de salud y calidad de vida.

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

2.3.1 CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA DE COLOMBIA

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Colovenio”, con el fin de atender las necesidades educativas de la iglesia adventista del séptimo día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “instituto colombo–venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la república define el sistema de educación superior y tal definición obligó al “instituto colombo–venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la corporación universitaria adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería jurídica no. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el ministerio de educación nacional.

En el proceso de su desarrollo académico ha organizado cinco facultades desde las cuales se ofrecen los programas de pregrado: facultad de educación, facultad de teología, facultad de salud, facultad de ciencias administrativas y contables, facultad de ingenierías; y una división de investigaciones y posgrados que es la encargada de liderar los programas de posgrado que ofrece la institución.

La UNAC ha trabajado con mira a formar profesionales muy competitivos y de alta calidad, morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la acreditación otorgada por la agencia acreditadora adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la educación superior que promueve el ministerio de educación nacional; el registro calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la etapa previa antes de ingresar a los procesos de acreditación de alta calidad tanto para los programas como para la institución en sí. (32)

2.3.2 IPS Adventista

La investigación se desarrolló en la IPS fundación Hospitalaria Universitaria Adventista de la ciudad de Medellín. Ubicada en: Carrera. 84 No. 33AA- 159 Medellín- Colombia.

La IPS Fundación Hospitalaria Universitaria Adventista (IPSUA) institución prestadora de servicios de salud ambulatorios, de primer nivel de atención, es una entidad sin ánimo de lucro, de naturaleza privada, constituida por Escritura Publica el 03 de Marzo de 2010, con Personería Jurídica expedida por la Dirección Seccional de Salud de Antioquia mediante Resolución 099251 del 08 de Julio de 2010 e inscrita como IPS a partir del 01 de Marzo de 2011 por esta misma entidad.

Misión: La Fundación Hospitalaria IPS Universitaria Adventista, institución sin ánimo de lucro que pertenece a la Iglesia Adventista del Séptimo Día, declara como su misión:

Contribuir a restaurar en el ser humano la imagen de su Creador, por medio de la prestación de servicios integrales de salud con énfasis en la promoción de la salud y el cuidado de la vida.

La misión se desarrollará a través de un equipo humano con alto compromiso social, profesional y ético; apoyado en evidencia científica y en capacidad tecnológica, enfocado en la eficiencia y el mejoramiento continuo, con el propósito de mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios en el marco cristiano de los principios de salud.

Visión: Para el 2016 ser reconocida como la IPS con mejor oportunidad en la atención de consulta externa de primero y segundo nivel, pionera en la región en aplicar un modelo de salud integral intra- extramural y líderes en la calidad de la atención pre hospitalaria, traslado asistencial y hospitalización en casa, mostrando nuestra responsabilidad social en cumplimiento de la misión de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Principios institucionales

Respeto a la dignidad humana: como hijos de Dios tenemos valor ilimitado, somos únicos e irremplazables, dotados de identidad propia y capaces de elegir; por tanto, en nuestra IPS garantizamos los derechos de la persona y la comunidad en toda acción e intención, en todo fin y medio, reconociendo que todos merecemos ser tratados con respeto incondicionado y absoluto, en condiciones de libertad e igualdad. Incluye la disposición para comprender al otro, tolerarlo y conciliar las diferencias.

Promoción de un estilo de vida saludable: la salud es un derecho esencial que debe protegerse, prolongar la vida y los años libres de enfermedad, es nuestro cometido como IPS. Promovemos el autocuidado y el autocontrol como medios para lograr una vida plena, longeva y llena de salud, previniendo los riesgos de perderla. Aplicar en nuestra vida los verdaderos remedios como el agua, aire, sol, ejercicio, descanso, alimentación saludable, temperancia y confianza en el poder divino, es nuestra propuesta como Adventistas del Séptimo Día.

Compromiso con la calidad y el servicio al prójimo: el usuario es nuestra razón de ser y satisfacer sus necesidades en salud anticipándonos a sus expectativas, nuestro objetivo; por tanto, merecen recibir lo mejor de nosotros, demostrando con hechos que el amor de Dios mora en nuestro corazón y es nuestra principal motivación para el trabajo.

Valores institucionales

Integridad: comportamiento recto, probo e intachable en el desempeño de las funciones.

Excelencia: lograr resultados con la calidad esperada como consecuencia de hacer las cosas bien con altos estándares de desempeño.

Esperanza: plena confianza en el presente y una expectativa firme y clara en el futuro.

Compromiso: ejercitar al máximo las capacidades para llevar a cabo todo aquello que se ha confiado, conociendo y aceptando de antemano sus condiciones y obligaciones. El compromiso que se hace de corazón va más allá de la firma de un documento o un contrato y significa cumplir con lo prometido aunque las circunstancias se muestren adversas.

Abnegación: acción libre y voluntaria de renuncia a los deseos propios para asistir y servir a quien lo necesite.

2.4 MARCO LEGAL

Resolución 412 del 2000: En la presente resolución se establecen los parámetros, normas técnicas, procedimientos y actividades para realizar demanda inducida en las entidades de salud, además se plantean las guías técnicas donde se establecen los criterios diagnósticos, el manejo y toda la evidencia científica sobre las enfermedades de interés en salud pública. Para fines de este trabajo son de interés la guía de Hipertensión arterial y diabetes en jóvenes y adultos. A través de ellas se establecen definición, clasificación, ayudas diagnósticas, tratamiento y complicaciones de no atender las recomendaciones para cada patología. (33)

Decreto 2771 de 2008: En este decreto se establece que debe conformar un comité de actividad física que estará encargado de promover los estilos de vida saludable con el fin de prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles. (34)

Ley 1122 de 2007: Esta ley dispone ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Además a partir del artículo 32 establece que la salud pública son un conjunto de políticas que buscan la integridad en salud tanto de manera individual como colectiva, afectando positivamente la calidad de vida y el desarrollo de la población. (35)

Ley 266 de 1996: Esta ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, además en el artículo 3° refiere que la enfermería es una liberal y de carácter social, cuyo objetivo es la persona, la familia y la comunidad. También refiere que el objetivo del profesional es promover la salud, prevenir la enfermedad e intervenir en el tratamiento y rehabilitación. Es deber del profesional de enfermería ayudar al desarrollo máximo de los potenciales individuales y colectivos y promover el estilo de vida saludable para optimizar el estado de bienestar y salud. (36)

Ley 1355 de 2009: Por la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad en salud pública. Refiere también que la obesidad es una enfermedad crónica que causa enfermedades directas como enfermedades cardíacas, circulatorias, dislipidemias, estrés, depresión, hipertensión, diabetes, entre otras aumentando las causas de mortalidad en la población. (37)

Ley 1438 de 2011: Por medio de esta ley se reforma el sistema de seguridad social en salud enmarcada en la política de atención primaria en salud. Además a partir de su artículo 6° habla sobre salud pública, prevención y promoción y establece la necesidad de un plan decenal de salud pública (PDSP) que debe proponer políticas para mejorar el estado de salud de la población. (38)

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP): El PDSP busca lograr la equidad en salud y el desarrollo humano, este fin busca realizarse desde diferentes dimensiones ocho prioritarias dos transversales, dentro de las ochos prioritarias se encuentra vida saludable y enfermedades no transmisibles, seguridad alimentaria y nutricional y dentro de las transversales la gestión diferencial a las poblaciones vulnerables, dimensiones resaltables que aportan a este proyecto. (39)

Guía de alimentación saludable: Que refiere que las enfermedades no transmisibles son la principal causa de enfermedad y muerte en el mundo y en Colombia y están estrechamente relacionadas con las conductas alimentarias de la población. (40)

2.5 MARCO DISCIPLINAR

En concordancia con la definición dada en la histórica Carta de Ottawa de 1986 en una conferencia internacional sobre Atención Primaria en Salud , se dice que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es entendida entonces como el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa son: construir políticas públicas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, desarrollar habilidades personales, reforzar la acción comunitaria, reorientar los servicios de salud. (OMS). (41) (42)

Por lo anterior podríamos decir que la prevención en el ámbito de la salud es una tarea fundamentalmente educativa y formativa lo cual permite obtener y proponer cambios de conductas en las personas, anticipar e identificar las acciones de riesgo, así como, reconocer los ambientes peligrosos y poner en marcha las acciones preventivas. La enfermería es una profesión que tiene como base la atención al hombre con un enfoque holístico, lo que conlleva la realización del saber científico y de la práctica, considerando

siempre la relación del hombre con su entorno, de manera que lo pueda comprender en su total integridad lo cual ayudara a orientar la práctica comunitaria en función de transformar la salud más que explicarla, realizar más intervenciones de prevención y promoción.

El presente proyecto está enfocado desde la perspectiva de la teoría de promoción de la salud de Nola Pender es el modelo que mejor aplica y se adapta al contenido del proyecto, ya que esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud nos permite identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”.

Metaparadigma:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

Nola J. Pender, Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad. El modelo de promoción de la salud es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida.

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como: “el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra”.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la

conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud. Concluiremos afirmando que el modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud. (43)

2.6 MARCO TEÓRICO

En el marco de la OMS se define estilo de vida como “una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales” (44) el estilo de vida de una persona o una sociedad se ve influenciado y afectado por múltiples variables de diversos tipos, como: socioculturales, económicas, biológicas, familiares, que determinaran si el estilo de vida es saludable o no.

Es importante tener en cuenta que el estilo de vida es modificable y permite al individuo hacer cambios positivos o negativos para su salud, está estrechamente relacionado con los hábitos adquiridos a lo largo de la vida, saludables y no saludables y puede afectar considerablemente la salud de una persona y una comunidad. Gracias a los cambios tecnológicos y a la globalización mundial cada vez las personas tienen la oportunidad de hacer todo de manera más sistematizada sin tener que moverse de sus hogares esto está llevando a que se aumenten los problemas de sedentarismo, obesidad y poca realización de actividad física.

Hay diversos factores que se relacionan con el estilo de vida, para fines de este trabajo se tendrán en cuenta los que tienen relación con el test fantástico: Familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol, sueño/estrés, personalidad, introspección, conducción/trabajo y drogas/hábitos.

2.6.1 Actividad física

La actividad física está estrechamente relacionada con el estilo de vida de las personas, desde niños se debería inculcar la actividad física como un estilo de vida, pero como no es una costumbre al llegar a la vida adulta se tiene gran tendencia al sedentarismo, factor de riesgo directo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, además de esto es de reconocer que el aumento del uso de herramientas tecnológicas, la falta de tiempo y hasta la economía se convierten en factores que aumentan el riesgo de una vida sedentaria. (44)

La OMS frente a la actividad física recomienda que se realicen 150 minutos de actividad física moderada a la semana o 75 de actividad física intensa esto con el fin de mejorar las funciones respiratorias y musculares y prevenir la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. (45) La actividad física tiene grandes beneficios para las personas, beneficios desde la parte cardiovascular hasta la parte social y psicológica, algunos de esos beneficios se mencionaran a continuación.

Beneficios cardiovasculares:

Neovascularización y aumento de la densidad capilar.

Incremento del gasto cardiaco.

Disminución de las resistencias periféricas.

Disminución de la frecuencia cardiaca en condiciones basales.

Mayor resistencia a la hipoxia.

Mejora los procesos oxidativos.

Reducción de la presión arterial en personas hipertensas.

Estabilización eléctrica de las membranas.

Disminuye el riesgo de sufrir cardiopatías, hipertensión arterial y muerte prematura.

Beneficios metabólicos:

Aumenta el HDL.

Disminuye los triglicéridos.

Estimula la fibrinólisis.

Reduce el riesgo de trombosis aguda.

Mejora la tolerancia a la glucosa.

Aumenta la sensibilidad a la insulina.

Disminuye el riesgo de sufrir diabetes.

Disminuye la grasa corporal.

Beneficios pulmonares:

Mejora la función respiratoria.

Incrementa la capacidad vital y el consumo máximo de oxígeno.

Beneficios musculo- esqueléticos:

Mayor activación del metabolismo del calcio y fósforo en el hueso.

Mayor resistencia ósea.

Mejor amortiguación del cartílago.

Aumenta la fuerza tensil de ligamentos.

Incremento de la resistencia al estrés y a la carga.

Aumenta el número y tamaño de mitocondrias.

Aumenta la reserva de glucógeno, triglicéridos y ATP.

Beneficios psicológicos y sociales:

Autoestima, autoconocimiento.

Autoconcepto positivo de la persona.

Aumento de la sensación de bienestar.

Aumento del rendimiento en el trabajo, estudio y demás actividades.

Aceptación social.

Mejores relaciones interpersonales. (44)

2.6.2 Nutrición

Con el cambio de las épocas, la facilidad de ha traído la tecnología y la disminución del tiempo por las diversas ocupaciones, además de los estereotipos creados por la moda han surgido también cambios en los hábitos alimentarios, cada vez es más común encontrar desde temprana edad niños y niñas con desordenes alimenticios sean de obesidad o de bajo peso.

La obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública que afecta cada vez más a la población desde etapas tempranas del desarrollo como la niñez, la OMS considera la obesidad una epidemia global. En la infancia y adolescencia constituye el trastorno metabólico más frecuente, así como la principal enfermedad no declarable. (46) Según la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2010, en la población de 5-17 años de edad la prevalencia de sobrepeso y obesidad es del 17,5% en todo el país, con mayor prevalencia en Bogotá con un 21%. (44)

Las consecuencias que trae la obesidad son muchas y afectan desde la parte estética y emocional de una persona hasta la parte metabólica poniendo en riesgo la salud y

disminuyendo la calidad de vida de la población. La obesidad y su relación con el riesgo cardiovascular está más que demostrada, junto con su relación con la hipertensión arterial, la diabetes Mellitus, la dislipidemias, el cáncer y la mortalidad. (46)

2.6.3 Alcohol y tabaco

En el Estudio Nacional de Consumo de Sustancia Psicoactivas realizado en el 2013 en Colombia a una población de 32605 se evidencio que el 42.1% de las personas encuestadas declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (53.6% de los hombres y 31.2% de las mujeres). Sin embargo, sólo el 12.9% ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (18.8% de los hombres y 7.4% de las mujeres) y se consideran consumidores actuales. Esta cifra equivale a un poco más de tres millones de fumadores en el país.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, 87% de los encuestados declara haber consumido alguna vez en la vida, y 35.8% manifiesta haber consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 8,3 millones de personas). Se observan claras diferencias por sexo: mientras el 46.2% de los hombres manifiesta haber consumido alcohol en el último mes, entre las mujeres la cifra es del 25.9% y el consumo actual de bebidas alcohólicas es mayor conforme aumenta el nivel socioeconómico de la población, pasando del 32% en el estrato más bajo al 42% en el estrato más alto. (47)

El consumo del alcohol y el tabaco cada vez son más graves y las cifras más altas como lo vimos anteriormente, el consumo de alcohol se ha convertido en una situación de tipo social, no puede faltar en las reuniones familiares y es socialmente aceptado al igual que el uso de tabaco, en Colombia para determinar si una persona es dependiente del alcohol o de tabaco se usas el test de CAGE para el alcohol que permite determinar en la persona el abuso del alcohol y el test de Glover- Nilson para el tabaquismo que valora la dependencia psicológica y social del individuo.

2.6.4 Estrés

Según la OMS se define estrés como “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” y se ve influenciado por factores laborales, familiares, sociales y personales. Estos factores pueden ser positivos o negativos al momento del individuo enfrentarlos y ser los causantes de los efectos directos de diversos problemas de salud relacionados con el estrés.

La respuesta que manifiesta la persona afectada por el estrés proviene de un origen particular. Para poder manejar los problemas de salud que se derivan del estrés continuo es de vital importancia la raíz o causa de dichas tensiones. El estímulo externo que induce el estado de estrés se conoce como estresantes. Estos son demandas que ponen presión en el individuo.

Hay dos tipos de estrés, el eustrés que es aquel que genera en el individuo una reacción positiva, lo lleva a ser creativo y explotar sus capacidades, genera placer, alegría, bienestar, equilibrio y también está el distrés que se refiere al estrés negativo o aquel que es perjudicial o desagradable produciendo un desequilibrio fisiológico y psicológico que altera las funciones y capacidades del individuo llevándolo a disminuir su productividad, aparición de enfermedades y envejecimiento acelerados, todo esto generando una sensación desagradable, de angustia, acelerada.

El estrés está estrechamente relacionado con la personalidad del individuo. Dos radiólogos estudiaron la relación de la personalidad con la aparición de enfermedades cardiovasculares y llegaron a la conclusión de que hay dos tipos de personalidades, personalidad A que se refiere a las personas impacientes, irritables, urgentes, que todo lo quieren al momento, no se toman nada con calma, todo lo hacen con afán y son más propensas a padecer un ataque cardíaco y la personalidad tipo B que son personas pacientes, tranquilas, seguras, que se toman su tiempo y viven mejor.

El estrés tienen grandes consecuencias para el individuo y para la salud puede representar problemas gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, también puede llevar a desarrollar trastornos psicológicos y deterioro de las relaciones familiares, interpersonales y labores. Es de suma importancia que cada persona pueda identificar los factores estresantes para sí mismos y aprenda a controlarlos. (48)

De acuerdo al estilo de vida como se menciona anteriormente se pueden desarrollar o predisponer para padecer enfermedades crónicas dentro de estas enfermedades encontramos tres que son de suma importancia y relevancia para la salud cardiovascular. La hipertensión, la diabetes Mellitus y las dislipidemias.

2.6.5 Hipertensión arterial

La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear. (4) La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. (49) Además de esto es una enfermedad crónica que debe ser tratada y controlada con el fin de evitar complicaciones a largo plazo.

Según la guía contenida por la resolución 412 “La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular y, a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes Mellitus e inactividad física (sedentarismo)”.

Etiológicamente existen dos clasificaciones de la presión arterial:

Hipertensión arterial primaria o esencial: Es la hipertensión idiopática que tiene factor genético, por tanto, suele existir antecedentes en la historia familiar.

Hipertensión arterial secundaria: Es la hipertensión cuyo origen está correlacionado con una causa específica como: renovascular, coartación de aorta, feocromocitoma.

Igualmente podemos encontrar diferentes clasificaciones de la hipertensión, como lo son:
 Hipertensión arterial sistólica (HAS): Se refiere a cifras sistólicas superiores a 140 mm Hg con cifras diastólicas normales, se conoce como HTA sistólica aislada y es más común en ancianos.

Hipertensión arterial diastólica (HAD): Cifras diastólicas superiores a 90 mm Hg con cifras sistólicas normales.

La hipertensión arterial también se clasifica en grados dependiendo de las cifras que se obtengan como lo muestra la tabla a continuación.

Tabla 1. Clasificación presión arterial

CLASIFICACIÓN DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS SEGÚN OMSBHS-ESH-ESC.		
CATEGORÍA	PAS mmHg	PAD mmHg
Optima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119

Fuente: Britihls Hipertensión Society (BHS), European Society Hipertensión (ESH), European Society Cardiology (ESC), Sociedad Española de Hipertensión (SEH)

Hay diferentes factores que se asocian a la aparición de la hipertensión, y pueden ser factores asociados a la genética como también asociados a estilos de vida por ejemplo el sedentarismo, el tabaquismo, alcoholismo y las conductas alimentarias inadecuadas, de igual manera también puede estar asociada a patologías de base como la enfermedad renal. La hipertensión arterial es un factor de importancia para el aumento del riesgo cardiovascular como se menciona anteriormente, lo que enfatiza la importancia de intervenir oportunamente en su control y mejora como instrumento vital para disminuir el riesgo de ocurrencia de enfermedades cardiovasculares.

También según la guía de hipertensión de la resolución 412 de 2000, establece que el diagnóstico de la hipertensión debe hacerse así:

- Toma de presión arterial: El paciente debe estar tranquilo, debe hacerse con el equipo adecuado para la edad y contextura del paciente, no haber realizado ejercicio previamente y no haber fumado cigarrillo en la media hora previa a la toma de presión, debe hacerse también con la técnica adecuada.
- Evaluación clínica del paciente: Incluye la historia clínica completa con el fin de identificar factores de riesgo cardiovascular, estilo de vida, posibles causas de la hipertensión y hacer seguimiento para verificar si la hipertensión es persistente.
- Evaluación por el laboratorio: Se recomienda hacer hemograma, glicemia basal, creatinina, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, potasio y EKG.

En cuanto al tratamiento de la hipertensión esta la terapia farmacológica que es dada por medicamentos propios para el paciente y que se definirán en cada caso particular y tratamiento no farmacológico que está relacionado con el estilo de vida.

Modificación del estilo de vida: dejar de fumar, moderación en la ingesta de sodio, modificación de la dieta rica en verduras, frutas y baja en grasas, manejo del estrés, bajar de peso en pacientes con este problema, aumento de la ingesta de potasio, disminución del consumo de alcohol y realizar actividad física.

Las complicaciones más relevantes que acompañan la hipertensión son enfermedades cardiovasculares como la enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, enfermedades como el accidente cerebrovascular, retinopatías y alteración renal. (50)

2.6.6 Diabetes Mellitus

Se entiende por Diabetes Mellitus a un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglicemia crónica, con alteración del metabolismo de los

carbohidratos, grasas y proteínas que resultan como consecuencia del defecto en la secreción o en la acción de la insulina.

En La etiología de la Diabetes tipo 2 juegan papel primordial dos defectos: La resistencia a la insulina y el déficit en su secreción. Cualquiera de estos dos defectos puede llevar al desarrollo de la enfermedad pero sin lugar a dudas, el más frecuente es la resistencia a la insulina que desencadena una serie de eventos que finalmente llevan a la aparición de la diabetes. La resistencia a la insulina sostenida y suficiente induce una mayor secreción de ésta por parte de las célula beta pancreática, con el fin mantener la euglicemia y compensar de esta manera su déficit relativo como consecuencia de esta resistencia; las células beta continúan respondiendo progresivamente hasta que fallan, falla que parece determinada genéticamente e inician una serie de alteraciones metabólicas representadas inicialmente por hiperglicemia de ayuno (HA) e intolerancia a los hidratos de carbono (IHC), que finalmente llevan al desarrollo de una diabetes manifiesta la cual puede ser controlada inicialmente con cambios en los hábitos de vida, en especial en el comportamiento alimentario y aumento de la actividad física, con la ingesta de diversos antidiabéticos orales y posteriormente la administración de insulina para su control.

Se definen como factores de riesgo para la Diabetes tipo 2:

- Personas mayores de 40 años
- Obesidad
- Antecedentes de Diabetes Mellitus en familiares de primer grado de consanguinidad
- Mujeres con antecedentes de hijos macrosómicos (más de 4Kg ó 9 libras)
- Menores de 50 años portadores de enfermedad coronaria
- Dislipidémicos
- Pacientes con hipertensión arterial

El diagnóstico de la diabetes se realiza fácilmente a través de la toma de glicemia que parte de tres criterios:

Glucemia plasmática en ayunas igual o mayor de 126mg/dl (>7 mmol/L) en más de dos ocasiones.

Glucemia 2 horas postprandial igual o mayor de 200mg/dl (11.1mmol/L) durante una prueba de tolerancia a la glucosa oral. La prueba deberá practicarse según los criterios de la OMS usando una carga de glucosa equivalente a 75gr o 1.75 gramos x kg de peso de glucosa anhidra disuelta en agua.

Glucemia > de 200 mg\dl (11.1mmol/l) a cualquier hora del día con presencia o ausencia de síntomas clásicos de la enfermedad como poliurea, polidipsia, pérdida de peso. e define como cualquier hora del día la glucemia realizada sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última comida.

Es importante tener en cuenta además la historia clínica del paciente para analizar riesgos y posibles causas, realizar exámenes complementarios como hemograma, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, creatinina plasmática, orina completa, proteinuria de 24 horas y Electrocardiograma.

El tratamiento inicial de todo paciente diabético está dirigido a la obtención de un óptimo nivel educativo que le permita tener los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo un buen control metabólico de la enfermedad dirigido a la prevención de las complicaciones agudas y crónicas dentro de los mejores parámetros de calidad de vida posibles. Esto acompañado del tratamiento farmacológico y el tratamiento no farmacológico que consiste en la modificación del estilo de vida. (51)

2.6.7 Dislipidemias

La dislipidemia aparece cuando se acumulan demasiadas grasas (o lípidos) en la sangre. Estas grasas incluyen el colesterol y los triglicéridos, los cuales son importantes para el correcto funcionamiento del cuerpo. Sin embargo, cuando los niveles son muy altos, pueden poner a las personas en riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca o un derrame cerebral. El cuerpo tiene tres clases de lípidos:

- Lipoproteína de baja densidad (o colesterol LDL).

- Lipoproteína de alta densidad (o colesterol HDL).
- Triglicéridos.

Un exceso de LDL —colesterol “malo”— se puede acumular en las arterias (los vasos sanguíneos que transportan la sangre a través de todo el cuerpo) y con el pasar del tiempo, puede causar una obstrucción de las arterias de las piernas, el corazón (arterias coronarias) o los vasos que llevan la sangre al cerebro. Si por el contrario, el cuerpo tiene un exceso de HDL —colesterol “bueno”—, este protege al corazón, porque ayuda a eliminar el LDL acumulado en las arterias. Un nivel bajo de HDL y triglicéridos elevados también pueden aumentar la acumulación de grasa en las arterias y causar enfermedades cardíacas, especialmente en las personas obesas o diabéticas.

Factores que influyen son la obesidad, la falta de ejercicio y una dieta con muchas grasas y colesterol, y con pocas frutas, legumbres y alimentos fibrosos. También puede ocurrir por otras razones, como enfermedades genéticas, hormonales o debido a ciertos medicamentos.

Su diagnóstico se realiza mediante la clínica, ocasionalmente se presenta dolor de cabeza y sensación de mareo. El diagnóstico se determina por medio de un examen de sangre sencillo que mide los niveles de colesterol y los triglicéridos, denominado perfil lipídico.

Todos los pacientes con dislipidemia deben hacer cambios en el estilo de vida. Sin embargo, en muchas ocasiones los cambios en el estilo de vida no son suficientes y se deberá adicionar manejo con medicamentos. El tipo y la dosis de los medicamentos varían según la clase específica de grasa en la sangre que se encuentra elevada (colesterol LDL y/o triglicéridos) y de si la persona sufre de enfermedad cardíaca, diabetes u otros factores que la ponen a riesgo para enfermedades asociadas con la acumulación de grasa en las arterias. Los medicamentos que más frecuentemente se formulan para manejar la dislipidemia son las estatinas, que son los más efectivos en la mayoría de pacientes.

La complicación más grave de la dislipidemia será la aterosclerosis que llevara a obstrucción de los vasos sanguíneos disminuyendo la irrigación de órganos importantes como el corazón y podrá llevar al paciente a un infarto. (52)

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población objeto de este estudio está conformada por las personas mayores de 45 años que asisten al control de hipertensión arterial y diabetes de la IPS Adventista en el último semestre de 2015.

3.2 ENFOQUE

Se realizará un estudio con enfoque cuantitativo que identificará y describirá las características de los usuarios del programa de hipertensión arterial y diabetes de la IPS Adventista. Este se hará por medio de la aplicación de un instrumento donde se indagará por condiciones Sociodemográficas, perfil metabólico, medidas antropométricas y estilo de vida en el último trimestre de 2015.

3.3 TIPO

Se realizará un estudio descriptivo de corte transversal toda vez que se realizará en una sola medición (exposición y evento) y sin intervención. La información se recolectará de los usuarios que asisten al control de hipertensión arterial y diabetes de la IPS adventista en el último trimestre de 2015.

3.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Según la revista epidemiológica preventiva una muestra no probabilística a conveniencia es aquella que “consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características sean similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la

“representatividad” la determina el investigador”. Es también de anotar que es usada para estudios en los cuales se pretende una primera prospección de la población. (53)

La muestra de este estudio se obtendrá por medio de un muestreo a conveniencia, (no probabilístico) en una población donde no se ha realizado antes este tipo de estudio, los pacientes serán seleccionados de una manera sencilla tanto para las investigadoras como para la Institución de salud, teniendo todos las mismas posibilidades de participar mientras cumplan con los criterios de inclusión.

3.4.1 Tamaño de la muestra

Dado que la muestra fue obtenida por conveniencia, se incluyeron 65 pacientes del programa de hipertensión y diabetes de la IPS Adventista que asistieron en el último trimestre de 2015.

3.4.2 Criterios de inclusión:

- Todas aquellas personas que asistan regularmente al programa de Hipertensión y Diabetes.
- Todas las personas mayores de 45 años que participen del programa de hipertensión y diabetes de la IPS Adventista.
- Todas las personas que se les aplique la encuesta de caracterización del riesgo.
- Todas las personas que se les aplique la encuesta de estilo de vida saludable, “fantástica”.
- Todas las personas que acepten participar en la investigación.

3.4.3 Criterios de exclusión:

- Personas que no asistan al control de Hipertensión y Diabetes
- Personas menores de 45 años que asistan al programa de hipertensión y diabetes.

- Todas las personas que no acepten llenar la encuesta de caracterización de riesgo.
- Usuarios que neurológicamente tengan deficiencia para que puedan responder la encuesta correctamente.

3.4.4 Criterios de eliminación

- Personas que ingresan al programa y no tienen exámenes de laboratorio.
- Personas que no firmen el consentimiento informado.

3.5 INSTRUMENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información se recolectara de fuente primaria por medio de una encuesta autodiligenciable donde se realizaran preguntas de tipo sociodemográficos, perfil metabólico, medidas antropométricas y estilo de vida para poder dar respuesta a los objetivos trazados en este estudio. (Anexo 1)

3.6 ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La encuesta “FANTASTICA” que será empleada para la recolección de los datos de estilos de vida esta validada en Colombia a través de un estudio que se realizo en la ciudad de Cali, el estudio consistió en entrevistar a 550 personas y se encontró que el test supera el α de cronbach propuesto de 0.50 y 0.73 respectivamente y se concluyo que es un instrumento que se puede usar en atención primaria y epidemiologia para medir el estilo de vida de la población. (54)

3.7 ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recolectada se analizará en software tales como Excel y en el paquete estadístico SPSS, el cual se hará un análisis univariado, con medida de tendencia central y de dispersión para dar respuesta a los objetivos del estudio.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Atendiendo a la declaración de Helsinki donde se establecen los criterios éticos para la investigación con seres humanos, que refiere que la investigación en los mismos se hace con el fin de entender las causas, evolución y efectos de la enfermedad y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, esta investigación se hace con el fin de medir los estilos de vida y generar bases para el tratamiento preventivo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Teniendo en cuenta como principios el proteger la vida, la salud y la dignidad de la persona no se hará nada en contra de la voluntad del paciente, ni se asumirá ningún riesgo que supere el beneficio. Además tomando en cuenta la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación se firmara un consentimiento informado (Anexo 2) donde el individuo manifiesta que participara de manera libre, sin recibir ninguna remuneración económica ni proporcionarla, que puede retirarse cuando desee de la investigación y donde constata que la información brindada será de manejo confidencial únicamente con fines académicos. (55)

De acuerdo a lo consagrado en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud, el presente estudio se clasifica como de riesgo mínimo ya que no realiza ninguna intervención directa sobre la población objeto de estudio que modifique sus características originales; los datos del estudio son obtenidos a través de procedimientos comunes como exámenes físicos rutinarios, y mediante documentos previamente existentes.

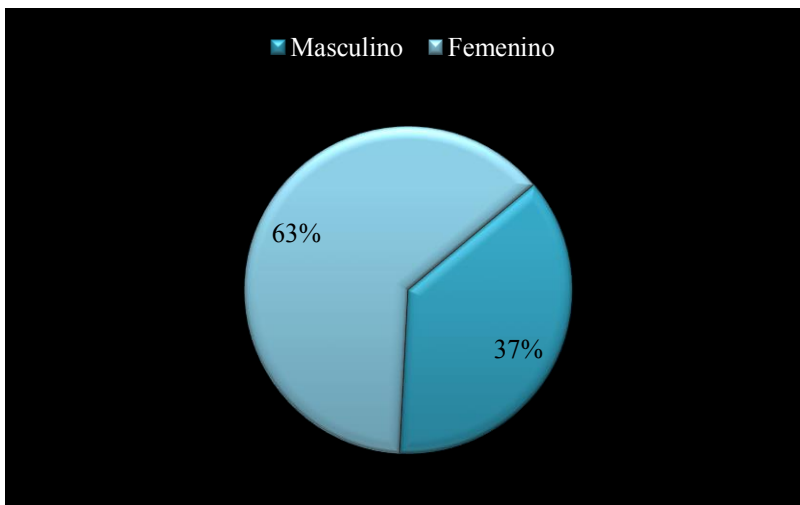
3.9 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN MARZO 2015- MAYO 2016															
ACTIVIDADES	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Formulación del proyecto, capítulo 1	■	■	■												
Marco teórico, capítulo 2.				■	■	■									
Metodología, capítulo 3.							■	■	■						
Aplicación del instrumento.										■	■				
Análisis de resultados y formulación final del proyecto												■	■	■	■
Presentación del proyecto.															■

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA.

Gráfico N° 1. Población total encuestada



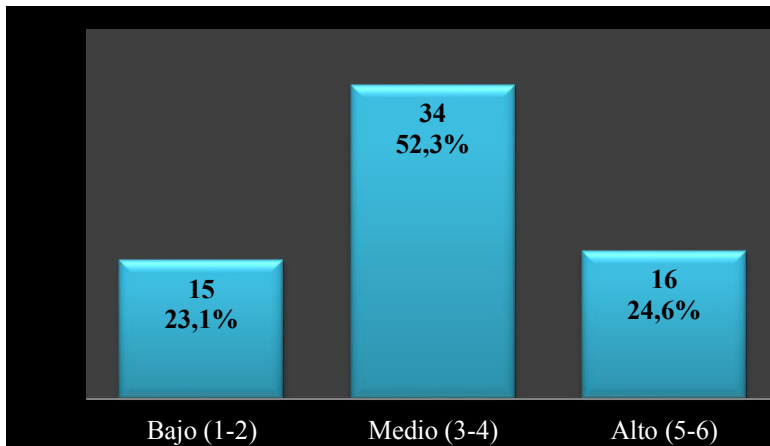
De lo anterior se deduce que del total de la muestra, la mayor parte de los usuarios del programa de Hipertensión y Diabetes de la IPS Adventista en el último trimestre del año 2015 son mujeres con un 63%. Con respecto a los porcentajes arrojados en la gráfica se puede decir que guarda estrecha relación con lo mencionado por el Instituto Nacional de salud de los Estados Unidos (NIH) donde refiere que la enfermedad cardiovascular afecta a más mujeres que hombres. (56)

Tabla N° 2. Edad de los encuestados

Edad de la muestra					
	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media
Edad	65	41	48	89	63,55
N válido (según lista)	65				

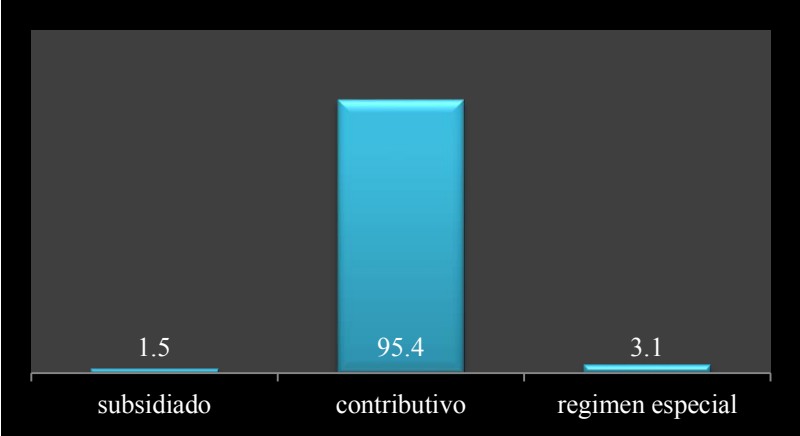
Para esta población, en la variable edad, se aprecia que en promedio la edad es de 63,5. El número de edad de la persona que más tiene es de 89 años; y la persona más joven tiene 48 años. La persona edad que más se repite en estos usuarios es 53 años, el 75% de los asistentes al programa de hipertensión y diabetes, tienen 71 años o menos.

Gráfico N° 2. Estrato socioeconómico de los encuestados



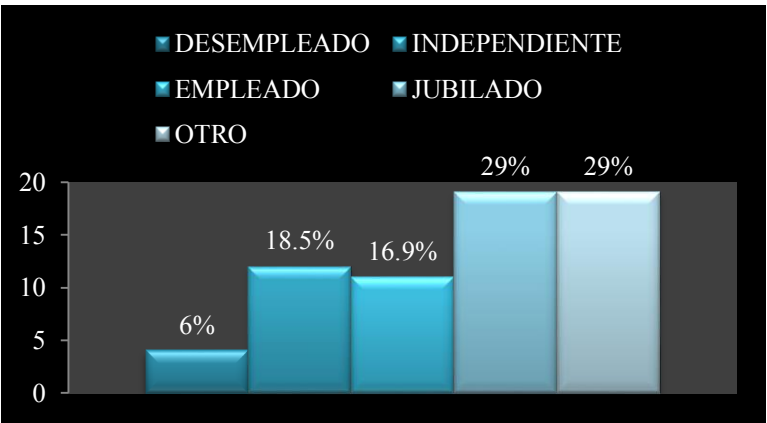
Según lo correspondiente al estrato socioeconómico de los usuarios del programa de hipertensión y diabetes de IPS Adventista, se recategorizó la variables así: 1 y 2 (bajo), 3 y 4 (Medio), 4 y 5 (Alto); observándose que el 52,3% de los pacientes pertenecen a un nivel socioeconómico medio o están ubicados en los estratos 3 y 4.

Gráfico N°3. Distribución porcentual de los usuarios de la IPS según afiliación en salud.



Según la encuesta realizada a los usuarios del programa de Hipertensión y Diabetes de la IPS Adventista se evidencia que la concentración mayor de afiliados a la seguridad social en salud es el régimen contributivo con un 95,4%, los demás regímenes en menor cobertura.

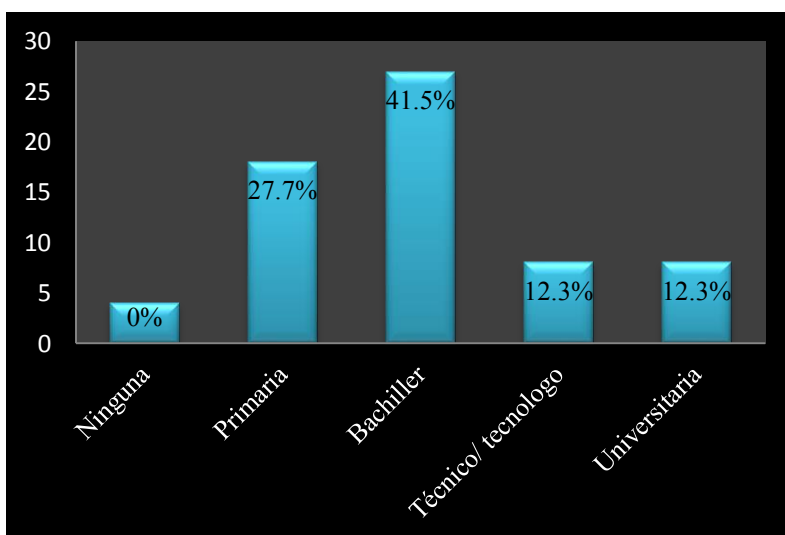
Grafica N° 4. Distribución porcentual de los usuarios de la IPS según ocupación.



Con respecto a la ocupación de los usuarios del programa de Hipertensión y Diabetes de la IPS adventista, el 29,2% son jubilados y otro porcentaje igual tienen otras ocupaciones,

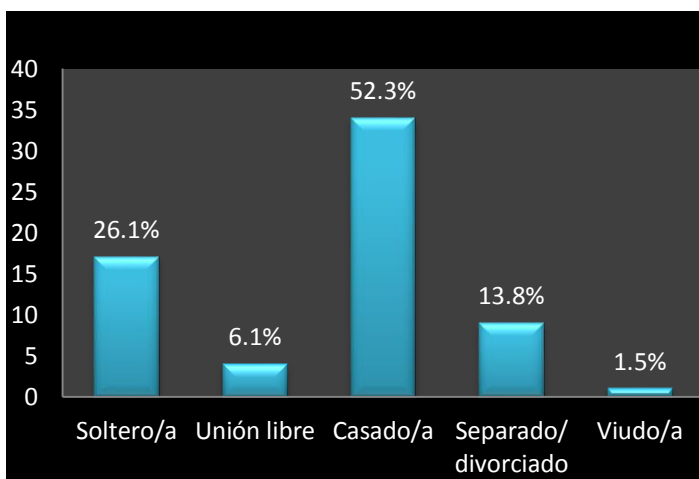
seguido de los usuarios que son trabajadores independientes en un 18,5%, empleados un 16,9% y desempleados un 6,2%.

Gráfico N° 5. Distribución porcentual de los usuarios de la IPS según escolaridad.



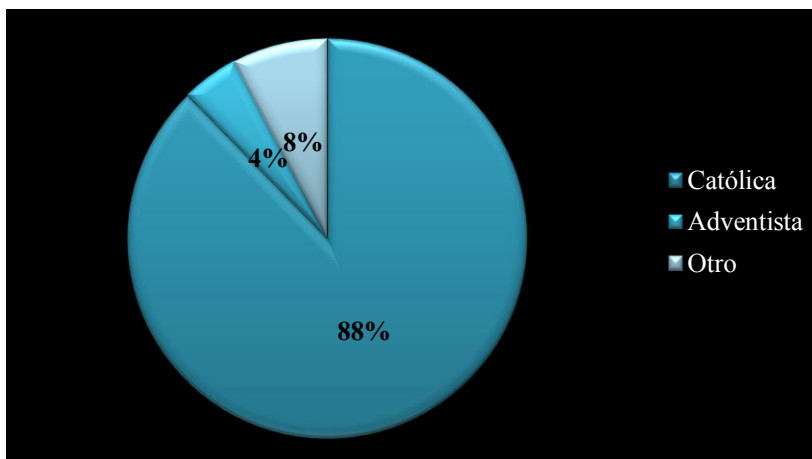
Es relevante el porcentaje que arroja el análisis de los datos en que un 41,5% de los usuarios son bachilleres, seguido de haber cursado primaria en un 27,7% y en un 12,3% técnico/tecnólogo y carrera universitaria respectivamente. Se puede deducir que un 16% de los encuestados accedieron a un nivel superior de educación.

Gráfico N° 6. Estado civil de los pacientes encuestados de la IPS Adventista



Como se observa en el gráfico anterior, el estado civil se interpreta de la siguiente manera: casado es el que más prevalece y el que menos es viudo con un 52,3% y 1,5% respectivamente de los usuarios del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista.

Gráfico N° 7. Religión de los pacientes que pertenecen al programa de HTA y DM



Con respecto a la religión es marcada la tendencia con un 87,7% de los usuarios del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista que dicen profesar la religión católica.

4.2 VARIABLES BIOQUÍMICAS DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA.

Tabla N°3 Frecuencia de la Presión Arterial Sistólica

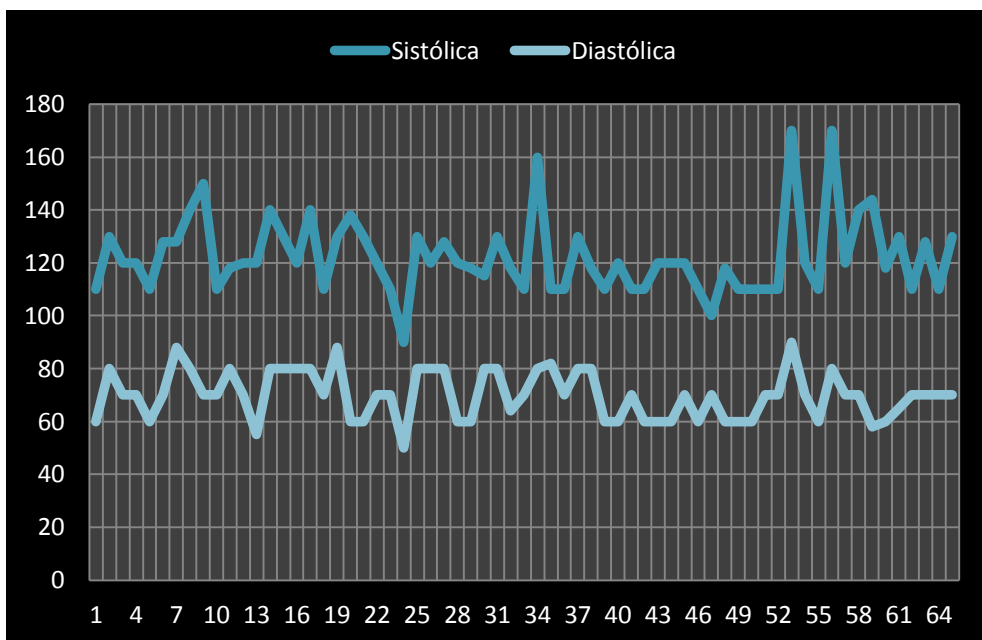
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	90	1	1,5	1,5
	100	1	1,5	3,1
	110	19	29,2	32,3
	115	1	1,5	33,8
	118	6	9,2	43,1
	120	14	21,5	64,6
	128	4	6,2	70,8
	130	9	13,8	84,6
	138	1	1,5	86,2
	140	4	6,2	92,3
	144	1	1,5	93,8
	150	1	1,5	95,4
	160	1	1,5	96,9
	170	2	3,1	100,0
	Total		65	100,0

Tabla N° 4. Frecuencia de la Presión Arterial Diastólica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	50,00	1	1,5	1,5
	55,00	1	1,5	3,1
	58,00	1	1,5	4,6
	60,00	17	26,2	30,8
	64,00	1	1,5	32,3
	65,00	1	1,5	33,8
	70,00	23	35,4	69,2
	80,00	16	24,6	93,8
	82,00	1	1,5	95,4

	88,00	2	3,1	98,5
	90,00	1	1,5	100,0
	Total	65	100,0	

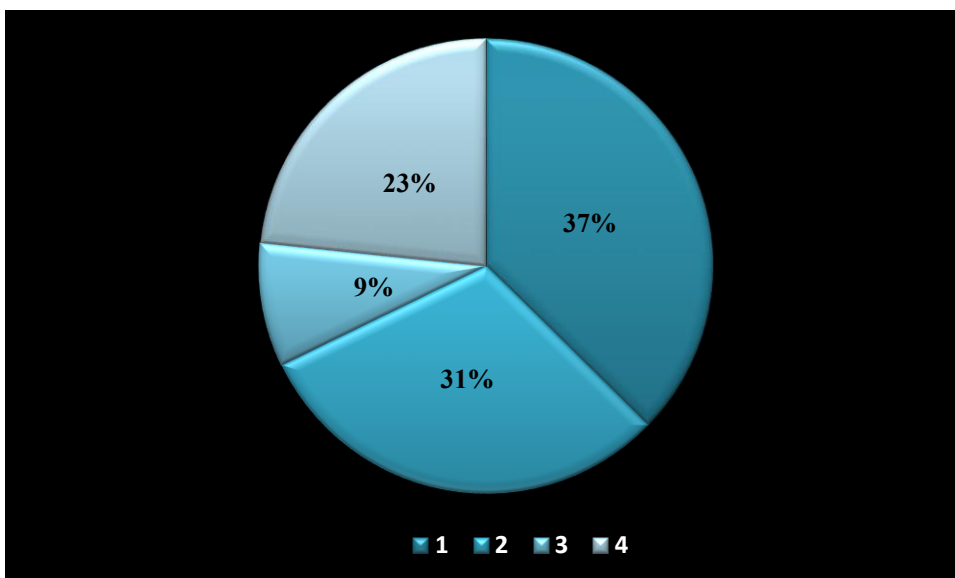
Gráfico N° 8. Comportamiento de la Presión Arterial Sistólica y Diastólica



Para la presión arterial sistólica, el promedio de los usuarios del programa es de 122,4 mmHg; la presión sistólica que más se repite en esta población es de 110 mmHg; el 25% de los usuarios presentaron una presión arterial sistólica de 110,0 mmHg o menos; y el mínimo de presión sistólica que presentaron los participantes es de 90 mmHg y el máximo de 170 mmHg.

Con respecto a la presión arterial diastólica, el promedio de los usuarios del programa es de 70,0 mmHg, la presión diastólica que más se repite en esta población es de 70,0 mmHg; el 50% de los usuarios presentaron una presión arterial diastólica de 70,0 mmHg o menos; y por último es importante mencionar que el mínimo de presión diastólica que presentaron los usuarios es de 50,0 mmHg y el máximo de 90,0 mmHg.

Gráfico N° 9. 1: Colesterol total, 2: Triglicéridos, 3: HDL, 4: LDL



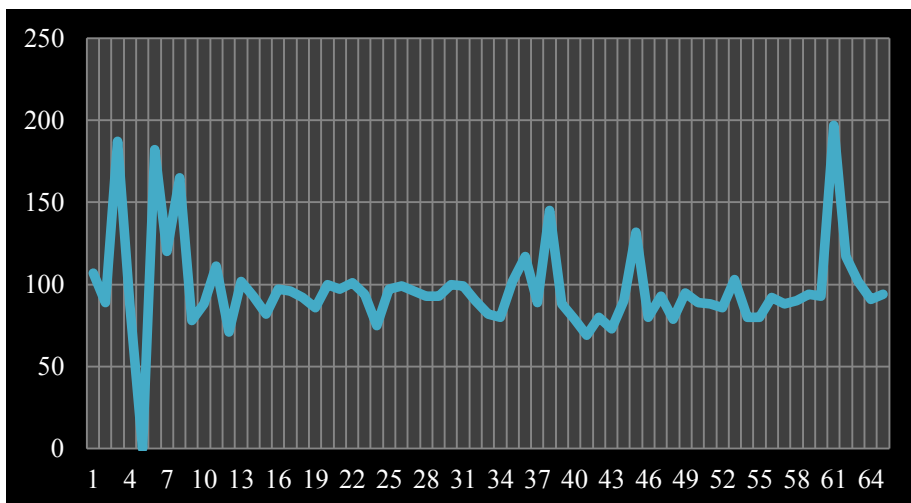
Con relación a la variable de colesterol total, el promedio es de 186,5 mg/dl. El valor de concentraciones de colesterol que más se repite es 150 mg/dl, el 75% de los usuarios del programa tienen concentraciones de colesterol en sangre de 216mg/dl o menos.

Teniendo en cuenta la variable triglicéridos, el promedio es de 152,2 mg/dl. El valor de concentraciones de triglicéridos que más se repite es 79 mg/dl, el 75% de los usuarios del programa tienen concentraciones de triglicéridos en sangre de 190 mg/dl o menos.

En concordancia a la variable de colesterol HDL, el promedio es de 44 mg/dl. El valor de concentraciones de colesterol HDL que más se repite es 34 mg/dl, el 75% de los usuarios del programa tienen concentraciones de colesterol en sangre de 49 mg/dl o menos.

Y para la variable de colesterol LDL, el promedio es de 116,9 mg/dl. El valor de concentraciones de colesterol LDL que más se repite es 103 mg/dl, el 75% de los usuarios del programa tienen concentraciones de colesterol LDL en sangre de 154 mg/dl o menos.

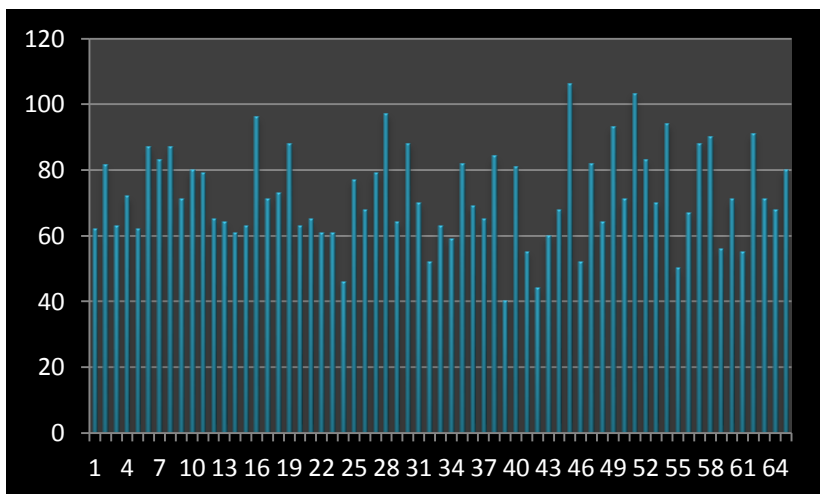
Gráfico N° 10. Glicemia de los usuarios que asisten al programa de HTA y DM



Los asistentes al programa de hipertensión y diabetes, en la variable glicemia se observa que el promedio es de 97,2 mg/dl de concentración de azúcares en sangre, el valor de concentración de glucosa en sangre que más se repite es 80 mg/dl; el 75% de los usuarios del programa tienen concentraciones de azúcares en sangre de 101 mg/dl o menos.

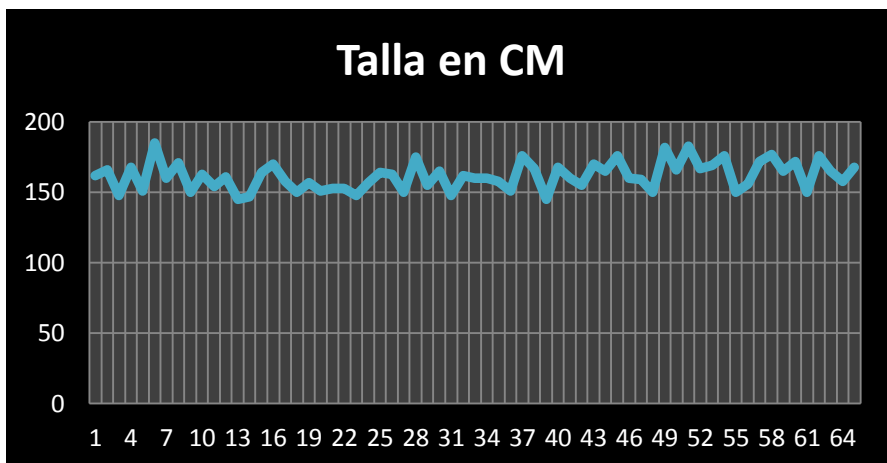
4.3 CARACTERÍSTICAS ANTROPOMÉTRICAS DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA.

Gráfico N° 11. Frecuencia del peso en los usuarios encuestados.



En el gráfico anterior se puede observar que el promedio del peso de los usuarios del programa es de 71,9 kg, el peso que más se repite en esta población es de 71,0 kg; el 50% de los usuarios presentaron un peso de 70 kg o menos; y el mínimo de peso que presentaron los usuarios es de 40,0 kg y el máximo de 106,0 kg.

Gráfico N° 12. Distribución de la talla en cm en los usuarios que asisten al control de HTA y DM

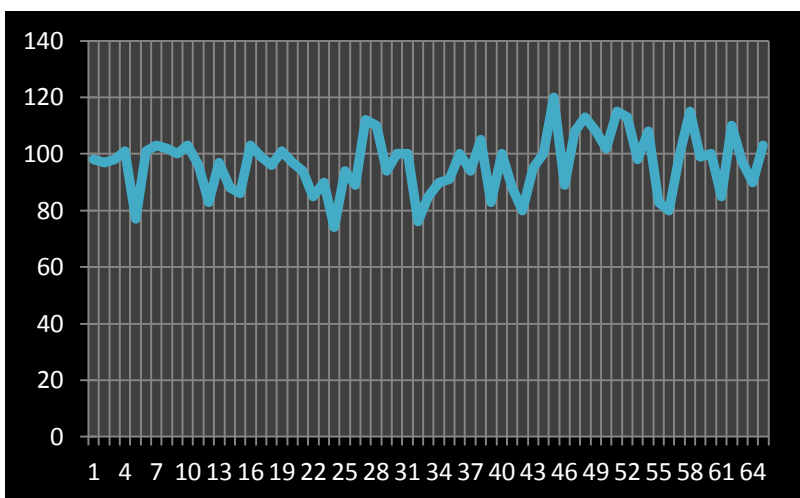


Al observar la talla, el promedio de los usuarios del programa es de 159,0 cm con una, la talla que más se repite en esta población es de 150 cm; el 50% de los usuarios presentaron una talla de 160,0 cm o menos. El promedio que arrojó el análisis de los datos guarda relación con el promedio Nacional de Colombia, donde un estudio reveló que los principales hallazgos se encontró que la talla promedio del hombre colombiano adulto es de 172 cm, y se encuentra en un nivel de normalidad entre los 159 y 186 cm. Mientras, la mujer colombiana promedio debe medir 160, y se considera normal en un rango entre los 148,5 y 171 cm. (57)

Tabla N° 5. Perímetro abdominal

Perímetro abdominal		
N	Válidos	64
	Perdidos	1
Mediana		98,00
Moda		100
Mínimo		74
Máximo		120

Gráfico N° 13. Perímetro abdominal



Se observa en las medidas del perímetro abdominal que el promedio de los usuarios del programa es de 95,2 cm, la medida de perímetro abdominal que más se repite en esta población es de 100 cm; el 75% de los usuarios presentaron un perímetro abdominal de 102,7 cm o menos.

4.4 VARIABLES DEL TEST FANTASTIC DE LOS USUARIOS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN Y DIABETES DE LA IPS ADVENTISTA.

Gráfico N° 14. Variable Familia y Amigos



Gráfico N° 15. Variable de actividad física y Nutrición

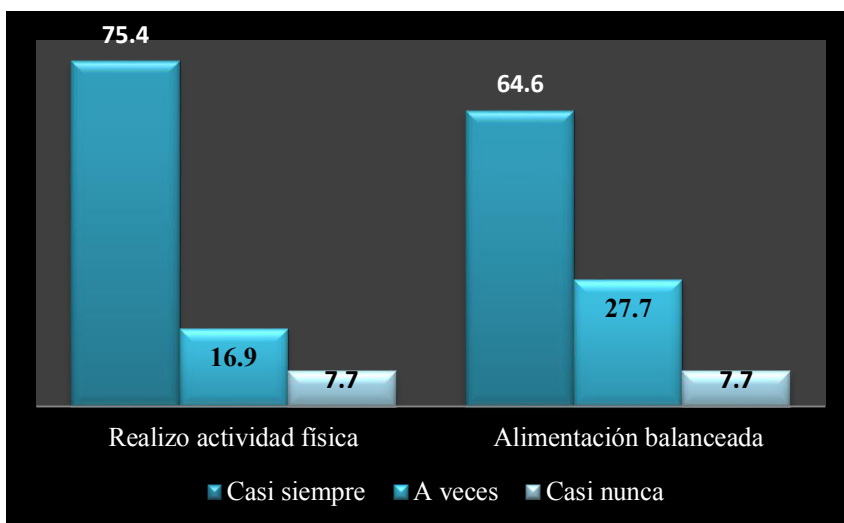


Gráfico N° 16. Variable de actividad física y Nutrición

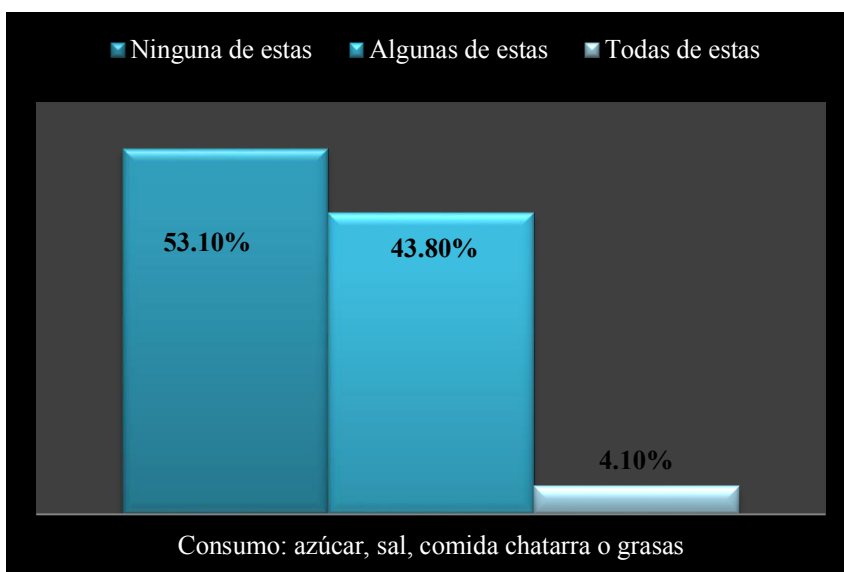


Gráfico N° 17. Variables: sueño, estrés, tipo de personalidad, introspección, del test fantástico.

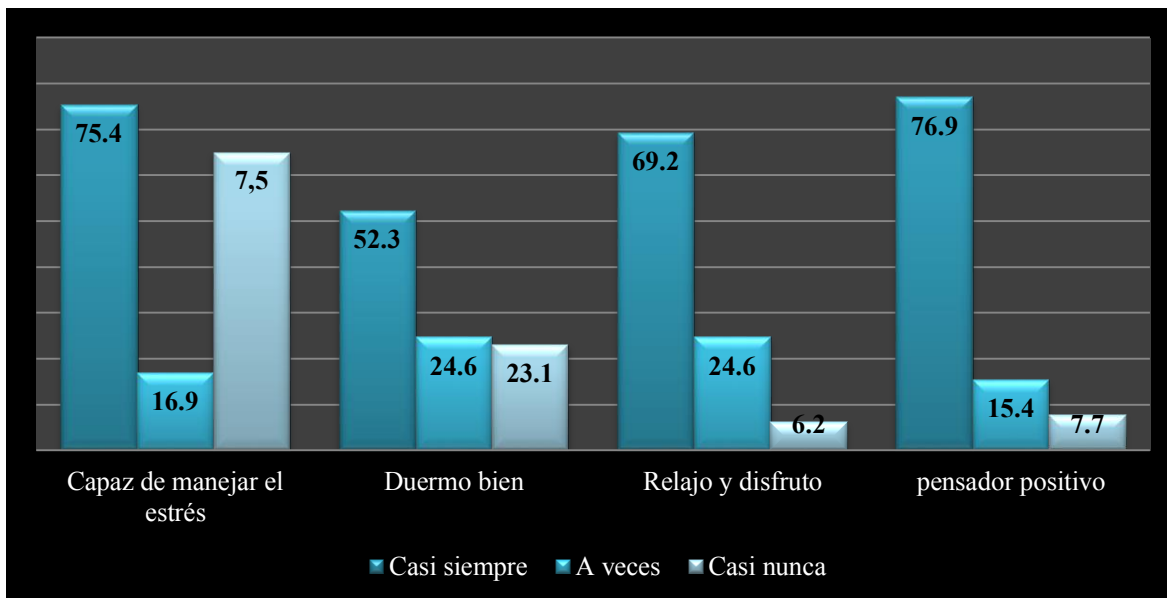
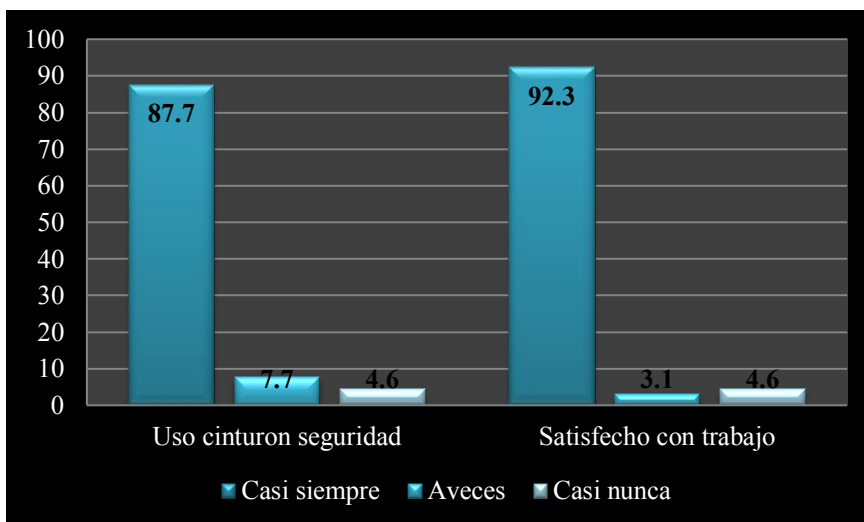


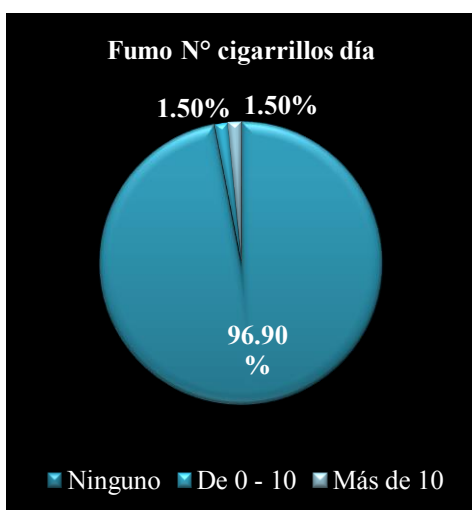
Gráfico N° 18: Variables: conducción, trabajo.



En los gráficos 14, 15, 16 y 17 los cuales referencia las variables de estilo de vida de los usuarios del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista, es de resaltar lo

siguiente: el 23,1% refiere casi nunca puede dormir bien, el 15,4% casi nunca realiza actividad física; el 27,7% dijeron a veces tener una alimentación balanceada. En el grafico N°16 se evidencia que el 53,1% de los encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista refirieron no consumir ninguno de este tipo de alimentos. El 24,6% refirieron sentirse relajados y disfrutar el tiempo libre; el 92,3% dijeron que casi siempre se sienten satisfechos con el trabajo que desempeñan, el 87,7% refirieron que casi siempre usan el cinturón de seguridad y el 83,1% dijeron que casi siempre dan y reciben cariño.

Gráfico N° 19 y 20. Variable tabaco



De los encuestados el 69,9% refirió no fumar cigarrillo al día. Cifras correspondientes a los usuarios del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista.

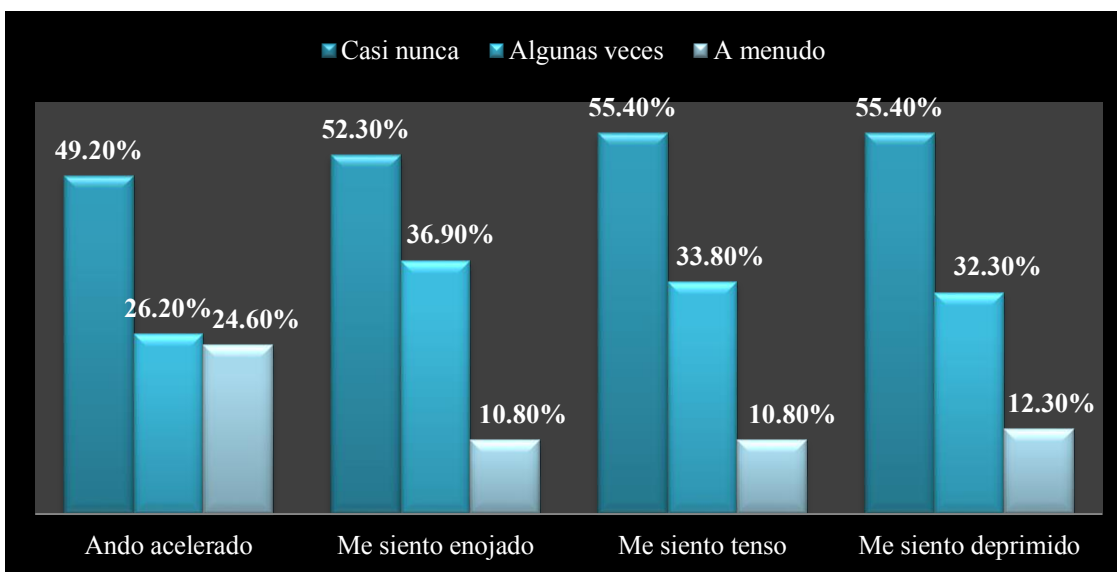
En cuanto al consumo de tabaco el 93,8% de la población asegura no haber fumado durante los últimos cinco años, en donde el 100% afirma no haber consumido tabaco por lo menos durante el último año tal como se muestra en el gráfico N° 20. Información correspondiente a los pacientes encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista.

Gráfico N° 21. Variable alcohol.



Según la encuesta realizada el 98,5% refirió ingerir hasta 7tragos de alcohol por semana, los demás en un muy bajo porcentaje. Cifras correspondientes a los usuarios del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista.

Gráfico N° 22. Variable tipo de personalidad e introspección



En el gráfico N° 21 que comprende variables de estilo de vida, el 24,6% dice sentirse a menudo acelerado; el 36,9% refirió sentirse algunas veces enojado y el 55,4% refiere casi nunca sentirse deprimido y tenso en el mismo porcentaje. Cifras correspondientes a los usuarios del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista.

Variable: Drogas

Refleja que ninguno de los pacientes encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista ha usado drogas, el 86,2% nunca consume licor y el 89,1% nunca ha hecho uso excesivo de medicamentos.

Frente a la pregunta sobre el manejo de automóviles en estado de embriaguez, el 100% de los pacientes encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista, declaró no haber conducido nunca bajo los efectos del alcohol según los datos arrojados en la tabla número

Gráfico N° 23. Variable: Drogas

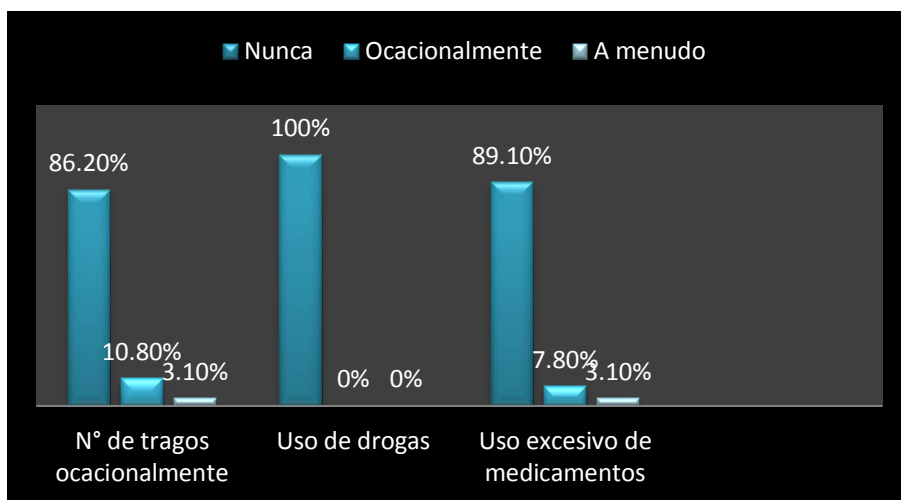
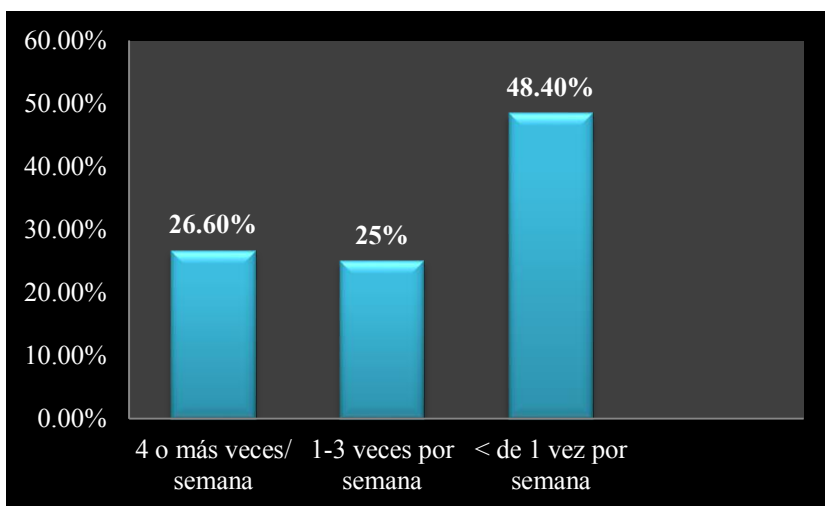
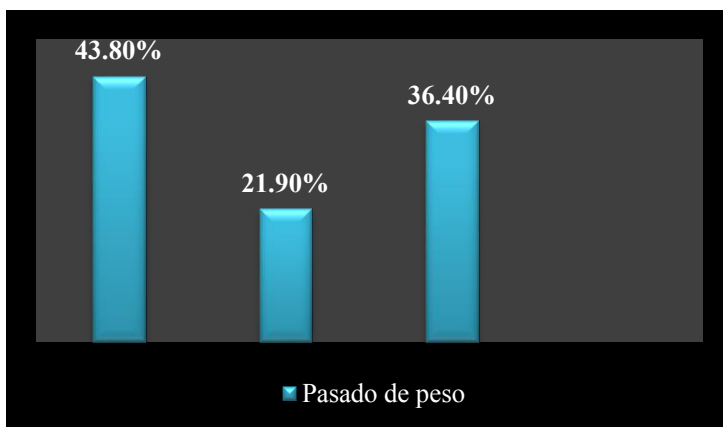


Gráfico N° 24. Variable actividad física



De los pacientes encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista casi el 50% realiza actividad física menos de una vez por semana y solo el 26,6% practica ejercicio activo más de tres veces a la semana; tal como se muestra en el gráfico N° 24

Gráfico N° 25. Peso alto

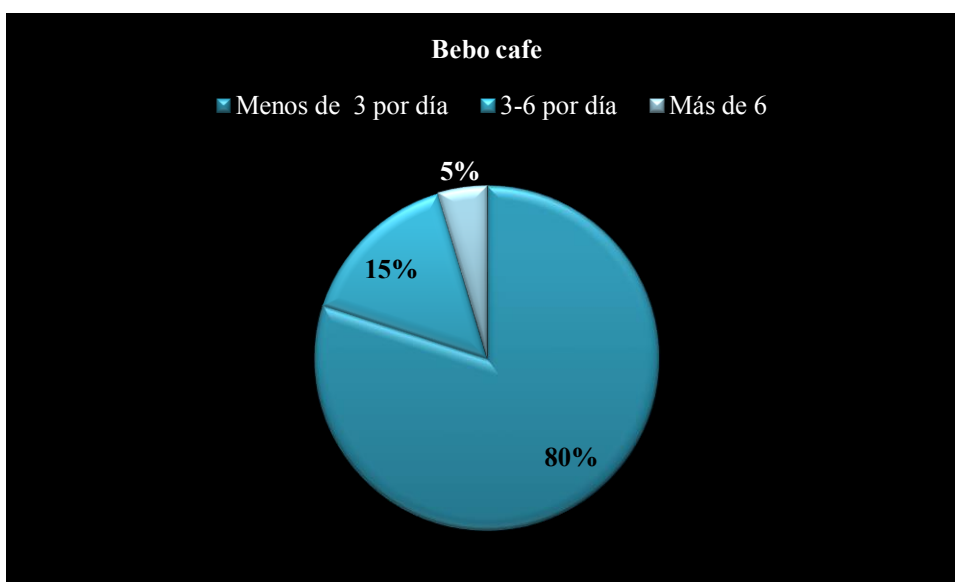


El 36,4% de las personas consideran que exceden en más de 8kg su peso normal y solo el 43,8% afirma presentar un peso normal o superior al normal en máximo 4kg,

simultáneamente al agrupar las variables (de 5 a 8 kg de más) y (más de 8 kg) del gráfico N° 25, se puede evidenciar que el 56,3% de los pacientes presentan un peso superior en 5kg o más a su peso normal; información correspondiente a los pacientes encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista.

Variable otras drogas

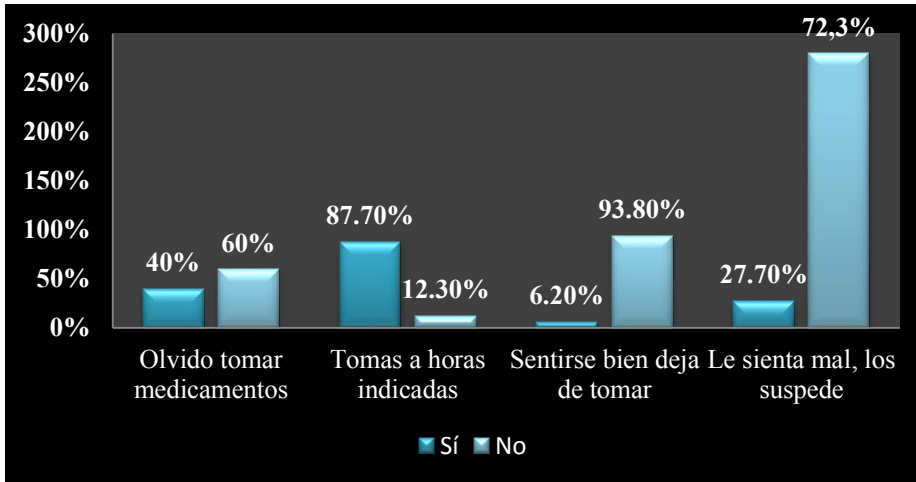
Gráfico N° 26. Consumo de café



En lo referente al consumo de café en el gráfico muestra que el 80% de los pacientes encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista consume menos de tres tazas por de café por día, frente a un 20% que consume más de tres tazas por día.

Test de Morisky- Green

Gráfico N° 27. Test de Morisky- Green

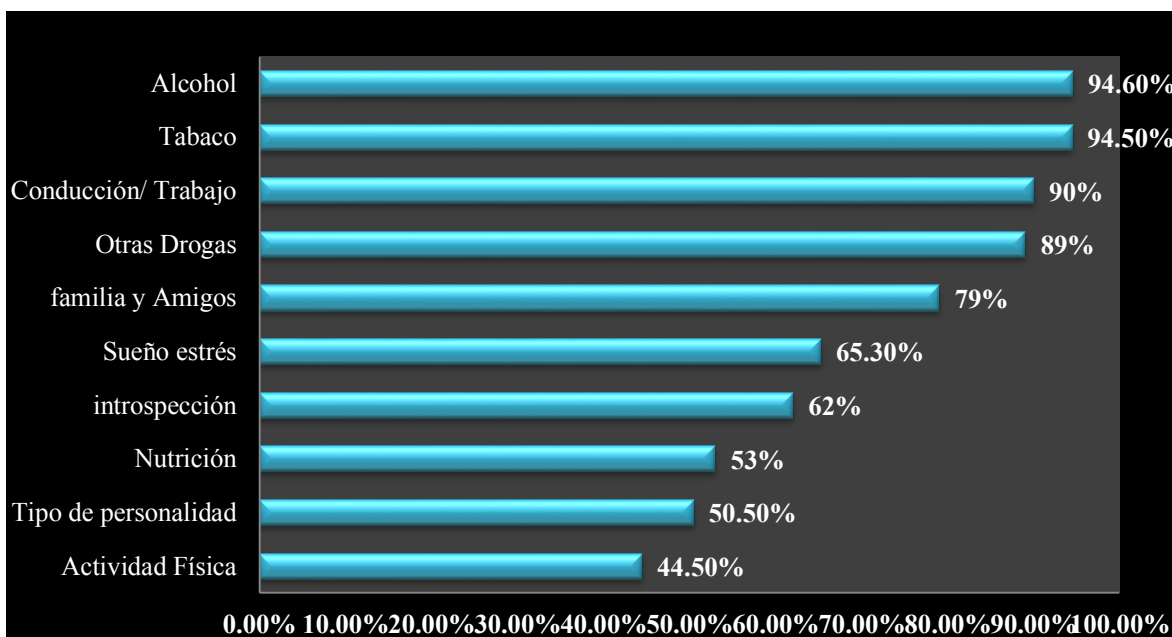


Se evidencia que entre los encuestados del programa de hipertensión y diabetes de la IPS adventista, el 40% ha olvidado tomar sus medicamentos por lo menos una vez, el 12,3% no lo ha tomado en las horas indicadas y el 72,3% afirma no sentirse mal por dejar de tomarlo; situación que refleja comportamientos tendientes a incumplimiento terapéutico en la población evaluada.

Test fantástico

En la grafica se puede observar el comportamiento de las variables del test fantástico, para esta población el bajo consumo de alcohol, de tabaco y las medidas de protección en su trabajo y al conducir son factores protectores. Pero la nutrición no balanceada, el no realizar actividad física y el tipo de personalidad en esta población se comportan como factores de riesgo siendo representativos y necesaria su intervención.

Grafico N° 28. Test fantástico



CAPITULO V. DISCUSIÓN

Como plano de discusión se ha puesto de manifiesto los resultados adquiridos durante el estudio en desarrollo. Basado en lo anterior, se añadirán ciertos estudios y pronósticos que se han elaborado en otros centros asistenciales o círculos de investigación médica.

El estudio realizado de los pacientes con Hipertensión y Diabetes en relación con la proporción de la población según sexo arrojó los siguientes resultados: género masculino 37%, y femenino 63%, siendo ésta la totalidad de la población estudiada. De lo anterior se deduce que las mujeres son más proclives a adquirir este tipo de anomalías fisiológicas. Tal apartado se refleja en los resultados provistos en el Simposio Internacional de Hipertensión Arterial de 2009 auspiciado por la Federación Argentina de Cardiología en donde la tabla poblacional femenina es alto, 74.14%, en comparación con la tasa poblacional masculina, siendo 35.86%. (58) También Rodríguez Acosta de la Universidad de Ciencia Médicas Camagüey en un estudio realizado identificó que “la hipertensión en mujeres aumenta con la edad... en contraste al género masculino, siendo éste el resultado contrario al paralelo”. (59) Tales antecedentes confirman los estudios estadísticos realizados. Graham hace su aporte al sustentar que la tasa poblacional femenina supera al género masculino. (60)

Ahora, la incursión de tal anomalía se da, y por extensión persiste, basado en un mal estilo de vida en cuanto a hábitos se refiere. Según los resultados obtenidos y el análisis cuantitativo proporcionado, el promedio de edad es 63.5 años o menos. Según una Encuesta Nacional de Salud (ENSA) en México, año 2000, se hizo un estudio sobre la Hipertensión Arterial, Diabetes, entre otras, donde se determinó que las personas son más propensas a tales enfermedades después de los 50 años (61). Tales consecuencias, según el postulado, se dieron por cuestiones de tabaquismo y alimentación. Barona reivindica lo anterior cuando aporta que “tales enfermedades aparecen entre los 40 y 60 años”. (62)

También el anterior referente comenta que tales enfermedades aparecen por sobrepeso, elevado nivel de estrés, y presencia de colesterol. Donnelly, comentando sobre los factores

que influyen para que tales enfermedades se presenten (Hipertensión Arterial y Diabetes), agrega: “obesidad, estilo de vida sedentario... tabaquismo, consumo de alcohol, y exceso de sodio dietario”. (63) Tal apreciación sobresale al decir que los hábitos de alimentación son el factor detonante para que existan tales enfermedades, y de ahí las consecuencias de las mismas. Por eso Barrera al finalizar un estudio estadístico concluye que “se debe desarrollar actividades de promoción de la salud en los aspectos de nutrición, ejercicios, manejos de estrés...” (64).

Según estudios hechos por Oxford University, y posteriormente plasmados en *American Journal of Epidemiology*, determinó que la presión arterial es más fuerte para las personas de puntuación alta que las personas que obtuvieron una puntuación baja (65). Adler coordina con el postulado anterior cuando formula que el nivel socioeconómico determinará en cierta forma la calidad de vida de las personas, pero también en consonancia con la mismas emergerán consecuencias sean negativas o positivas según sean utilizados los recursos (66). Lo anterior para decir que las posibilidades de una mejor calidad de vida estriban en la forma en que se utilizan los recursos a disposición, y la utilidad benéfica que éstos puedan proporcionar a la salud de las personas.

Los resultados obtenidos por el estudio en planteamiento en relación con la ocupación de las personas, se obtuvo que el 34.13% posee una ocupación ya sea dependiente o independiente. Tal resultado sugiere que las ocupaciones que desarrollan las personas estudiadas tienen relación directa con los padecimientos contraídos, ya sea Hipertensión, Diabetes, entre otros. Tal afirmación ha sido demostrada en estudios paralelos. Suarez Montes plantea, según un análisis estadístico-clínico, que “ciertas ocupaciones se han descrito como predisponente a la Hipertensión a causa de la naturaleza estresante del trabajo... Por lo tanto las ocupaciones con elevados niveles de tensión pueden ser lo bastante estresantes como para causar el aumento del tono muscular, frecuencia cardiaca rápida, y vasoconstricción” (67). También el estudio de Problemas Cardiovasculares en relación con las Ocupaciones Laborales hecha en Madrid, 2010, demostró que tales problemas de salud se presentan cuando existe sedentarismo laboral (estar sentado la

mayor parte del tiempo), en la cual la actividad física se ve afectada, y por lo tanto estática (68) La discusión se genera al momento de la catalogación de trabajos, y cómo se puede fomentar metodologías en los sitios de trabajo en donde la concentración de estrés y presión existe en demasía. Tales problemas de salud son fomentados al momento de construir un grado de sedentarismo en los laborantes. El entorno del trabajo es un clave determinante para la salud mental.

Basados en el estudio realizado en la IPS Adventista, se pudo constatar que la tasa poblacional de estado civil casado/a es superior a los demás niveles de estado civil. Hart L. analizó un grupo de 40 personas que contenían enfermedades cardiovasculares de la cuales 30 eran casados(as), 3 solteros(as), y 7 viudos(as) (69). Un estudio llevado a cabo en Guatemala, que tuvo por instrumento de investigación la encuesta en la que recayó el énfasis sobre la Diabetes, Hipertensión, y factores de riesgo de enfermedades crónicas, se constató lo siguiente en relación con el estado civil del muestreo: soltero(a), 19.8% ; casado(a), 74.2% ; divorciados(as), 4.6% ; viudo(a), 1.4%. Tal estudio determinó que la preponderancia por estado civil la obtuvo el sector de los casados(as) (70). Según los antecedentes provistos se puede ver identificar claramente un patrón: los(as) casados(as) son más propensos(as) a contraer enfermedades cardiacas, presión arterial alta y diabetes.

Tal consentimiento se puede ver reflejado en la siguiente declaración: “la no resolución de un conflicto familiar a nivel superior crea, en la esfera psíquica, una desregulación del sistema nervioso autónomo que controla nuestras emociones, pero también nuestro ritmo cardiaco, nuestra presión arterial, y la fisiología motriz y secretoria de nuestro aparato digestivo” (71). El patrón consecutivo sugiere que él(la) casado(a) participa de obligaciones más urgente en comparación al soltero, viudo o separado. La dependencia de una familia prepara el plano para que prevalezca el estrés y las preocupaciones, y de ahí se ocasionaría problemas de presión arterial. Lo anterior recibe una reflexión aceptada: las personas casadas están sujetas a conseguir un empleo correspondiente a suplir las necesidades del momento, y de ahí que cuando llegan a la etapa del adulto mayor están enfermos, so pretexto del debilitamiento tramitado en años anteriores para sostener ciertas

responsabilidades como familia, trabajo, y asignaciones. La anterior propuesta es apoyada por Reinberg cuando dice que “las personas solteras puede que tengan menos probabilidades de tomar medidas para la prevención de ataque cardiacos, como, por ejemplo, tomar diariamente una aspirina, estatinas para bajar el colesterol y medicamentos para controlar la hipertensión” (72). La presión se efectúa en el estrés, y de esta forma empiezan las enfermedades que dificultan y atrofian un estilo de vida saludable.

Según el estudio propuesto, y ejecutado en la IPS Adventista, todas las personas partícipes del análisis pertenecen a algún credo religioso. La filantropía le compete a la religión, por lo tanto ésta debe acatar ciertos principios a convocar para que sus adherentes gocen de bienestar, y tengan un estilo de vida digno. Estudios se han hecho sobre la negociación entre enfermedades contraídas y la participación de la religión basados en la premisa de una filosofía humanista, un eje de pensamiento siempre tendente hacia una salud potencial. Badal proporcionó un estudio entre los Adventistas y la Hipertensión, donde se resalta el beneficio de una dieta vegetariana para los problemas de hipertensión (73). Trazada la discusión sobre las repercusiones de la religión en el estilo de salud, Rezende comenta: “La religión como resignificación de la vida es accionada por el alivio de los males, de los sufrimientos, y para la curación de la enfermedad. Esta [la religión] proporciona una revitalización de las energías, una mejor bienestar, comportamientos sanos y cuidados de la salud” (74). Los anteriores antecedentes proponen que la religión puede ser un factor clave para que las personas tengan una mejor vivencia. Las cuestiones de curación y modo de vivir son adyacentes a la religiosidad. Basados en lo anterior, el estudio hecho en la IPS Adventista, y estudios paralelos citados, puede decirse que la religión aporta de manera casi directa en las probabilidades de satisfacción de una persona en cuanto a calidad de vida se refiere.

Según el informe de la IPS Adventista, el promedio de peso de los usuarios del programa HTA y DM es de 71,9 Kg, y el peso que más se repite el 71,0 Kg. La tendencia al sobrepeso es preocupante en relación con los riesgos que se corren. Stamler detecta muy bien el problema cuando prescribe que “el aumento de peso produce un significativo incremento de

la presión arterial, mientras una baja de peso de pacientes obesos reduce las cifras tensiónales” (75). “Hay una asociación significativa entre el exceso de peso y la ocurrencia de pre-hipertensión o hipertensión arterial, lo cual justifica la importancia que tiene identificar dichos factores de riesgo desde edades tempranas para aplicar las medidas de prevención”. (76)

El estilo de vida coherente se ve neutralizado cuando existe el choque no congruente entre la necesidad y la excesividad. La fisionomía se ve agravada cuando no hay un control alimenticio genuino. ¿Cómo pues entonces se puede disminuir la incapacidad de masa corporal adicional? Robles argumenta que se debe practicar ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos. Suspender el uso de tabaco, y reducir alimentos ricos en colesterol (77). Por lo anterior puede decirse que el aumento del IMC sugiere que tan saludable somos, pues allí se verá el valor y uso que se le ha dado al cuerpo. Tal apreciación es concedida por Poletti pues él afirma que “existe una alta prevalencia de hipertensión arterial, sobre-peso y obesidad, acompañada por un predominio de hábitos sedentarios” (78), por tal motivo la prudencia en el comer y en el trabajar debe ser directamente proporcional a un estilo de vida sano.

Asimismo se identificó un status de emocionalidad denominado “test fantastic” de amigos y a familia, en donde la persona elige cualquiera de las 3 opciones propuestas. Allí se pone en evidencia la frecuencia de interacción del usuario. Las cifras arrojadas por el estudio a la IPS Adventista son satisfactorias, pues que el índice de interacción y de confiabilidad entre ellos mismos o con terceros es alto. Tal mecanismo produce viabilidad para tratar el inconveniente de las preocupaciones, pues según el estudio propuesto los usuarios poseen cierto grado de confianza en otras personas, y eso disminuiría un poco las preocupaciones, y por extensión el riesgo de padecer enfermedades como las que se está tramitando. Arias sugiere que entre más se posean relaciones interpersonales menos será el riesgo de padecer ansiedad y preocupación (78), y de ahí se deduce que habría menos propensión a enfermedades.

La variable de Actividad física y Nutrición dio como resultado que el 16,9% de las personas no realizan actividad física, y el 27,7 no tiene una alimentación balanceada. La

variable de Nutrición está seccionada en 3: consumo de azúcar, 53,19%; 43,80%, sal; 4,10% comida chatarra o grasas. Tal estadística tiene implicaciones fuertes a nivel de salud. Paffenbarger afirma que entre menos actividad física más es el promedio de hipertensos, siendo la inestabilidad física una de las razones para contraer tales enfermedades cardiovasculares (79). Guedes Martin no es ajeno a la discusión apoyando el referente anterior cuando postula que “el sedentarismo ha sido identificado como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Estudios anteriores constataron que el 76,9% de las personas que sufrieron infarto y el 81,2% de los portadores de Hipertensión no realizaban ningún tipo de actividad” (80).

De lo anterior se deduce que la inactividad física proporciona el terreno para que las personas contraigan enfermedades hipertensas y diabetes. He ahí la necesidad de hacer ejercicio en ambientes libres; se brindará una mejor calidad de vida a las personas que no poseen una vida sedentaria. Con respecto a la nutrición, se puso observar, según el estudio, que el azúcar está por encima de cualquier elemento a digerir en contraste con la sal y la comida altamente grasosa. Según estudio llevados el azúcar produce Obesidad, reducción de HDL, Hiperuricemia (81). Allende a esto, la epidemia actual de obesidad se acompaña de una clara disminución del ejercicio físico, con estrés como elementos patogénicos pivotaes y una alimentación más desequilibrada. Lagomarsino haciendo referencia al consumo de sal comenta que “aquellos que consumen grandes cantidades de sal tienen un aumento consistente de los valores PA con la edad... El alto consumo de sal produce aumento de la masa ventricular izquierda y mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares” (82).

El no hacer ejercicio y consumir azúcar y sal en mayores proporciones dificulta la formación de un estilo de vida genuino, pues la tendencia a la excesividad de éstos promueve un declive en cuanto a salud se refiere pues incursionan enfermedades. En el estudio a la IPS Adventista se establecen unas variables de sueño y estrés que son factores determinantes para la producción de éstas enfermedades: la incapacidad para manejar el estrés y el no dormir bien son los factores sobresalientes en el estudio en cuestión.

Romagosa en este respecto afirma que “el predominio de pacientes hipertensos con niveles moderados de distimia depresiva y estrés... se caracterizan por ser portadores de enfermedades cardiovasculares” (83). A este estudio se suma la variable de tabaco. Se desarrolló un estudio de 347 personas, en el cual se demostró que el 55% eran fumadores(as) pasivos(as), el cual se arribó a la conclusión que existe una relación profunda entre la Hipertensión y el tabaquismo (84).

Hergueta hace alusión al problema existente entre el tabaquismo y la hipertensión, y comenta que “el abandono del tabaco es probablemente la modificación del estilo de vida de mayor trascendencia, ya que es otro factor de riesgo independiente” (85). Tanto la actividad física como el consumo moderado de azúcar, sal y comidas grasosas ayudarán a garantizar un mejor estilo de vida. La ambientación para la satisfacción de las necesidades depende de lo que se introduzca en el cuerpo, por lo tanto cuestiones como el tabaco, y consumo excesivo de cosas no benéficas para el desarrollo integral del sistema natural dañan y desvirtúan el propósito esencial de la vida. También se introdujo en el estudio IPS Adventista la variable de drogas.

Según el estudio pactado ninguno de los usuarios ha sido partícipe del consumo de drogas, el 86,2% no consume licor, y el 89,1% nunca ha hecho uso excesivo de medicamentos. Tal cifra es apacible, pues garantiza calidad de vida en contraposición a las personas que consumen drogas, y bebidas no benéficas como el alcohol y otras. Con respecto al consumo del alcohol, el consumo de cerveza y alcohol se asocia mejor con un mayor riesgo de hipertensión (86), y se ha llegado a la conclusión que la hipertensión arterial y consumo de alcohol es una asociación real y frecuente (87). A su vez el estudio IPS Adventista determinó que el 80% de los pacientes consumen menos de tres tazas de café por día, frente a un 20% que consumen tres tazas de café por día. Se ha reportado que “el efecto de la cafeína en la elevación de la presión sistólica independientemente de la edad ha sido ampliamente estudiado y reportado” (88). Se hizo un estudio con 945 personas en relación con el consumo del café, y cómo éste afecta directamente la salud. Los resultados fueron los siguientes: las personas menores de 65 años que consuman una taza de café al día

presentaron un 43% menor de riesgo de mortalidad coronaria en contraste con las personas que consumen tres tazas al día, las cuales la probabilidad de contraer tales enfermedades es de 75,6% (89). Tal pronóstico da evidencia de la fragilidad en cuanto efecto benéfico sobre el estado de salud que tiene el café.

El estudio que ha proporcionado la IPS Adventista en comparación a los estudios paralelos que se han efectuado guarda gran correspondencia. El mal uso de alimentos, la no ejercitación física, el estrés, y el consumo de cosas perjudiciales ayuda a generar el riesgo de padecer enfermedades tales como las que se han tramitado a lo largo de este estudio.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El análisis de la información recolectada de los usuarios que asistieron al programa de hipertensión y diabetes de la IPS Adventista se constituye en un insumo valioso para la Universidad en el aspecto académico y para la IPS en el aspecto de educación para la salud y fortalece las bases disciplinares de la enfermería a través de la investigación. De dicha información se ha llegado a la conclusión que:

- En la población objeto de estudio de acuerdo a las variables sociodemográficas se puede afirmar que la predominancia fue del sexo femenino con un 63% haciendo a este grupo mas susceptible para desarrollar enfermedades crónicas no trasmisibles, la edad promedio es de 63 años guardando estrecha relación con las tasas de envejecimiento poblacional del país.

En cuanto a la afiliación en salud el 95.4% de los usuarios están afiliados al régimen contributivo convirtiéndose en un factor protector para esta comunidad garantizando el acceso a la salud. También se evidencio que el 75.4% de la población encuestada no tuvo acceso a la educación superior y el 27.7% solo realizo la primaria, variable que puede constituirse en un factor de riesgo.

- Por otro lado de acuerdo a las variables bioquímicas se concluye que el 86,1% de la población encuestada presenta un adecuado control de la presión arterial, un 95,4% no tuvo cifras de glicemia alterada, por lo cual se puede afirmar que estas variables se comportan positivamente para la prevención de las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo cabe destacar que no ocurre de la misma manera con las dislipidemias ya que el 87,6% de la población tiene alguna alteración de los marcadores del perfil lipídico siendo un factor de riesgo evidente y relacionándose de manera directa con el perímetro abdominal que se encuentra alterado para el 95,3% de la población.

- Analizando también la adherencia al tratamiento con el test de Morisky Green se infiere según los resultados obtenidos que el 98,4% no tienen adherencia al tratamiento y el 93,8% de la población deja de tomar los medicamentos cuando se siente bien, variable que asociada a las patologías crónicas no transmisibles se convierte en un factor de riesgo.
- De acuerdo al estilo de vida según el test fantástico el 40% de la población tiene un estilo de vida fantástico, el 46,1% un buen estilo de vida y el 12,3% un estilo de vida adecuado propenso a ser bajo, teniendo en cuenta los estilos de vida asociados las demás variables es de suma importancia realizar intervenciones principalmente de educación y sensibilización para que la población pueda potenciar el estilo de vida fantástico y pueda modificar los estilos de vida inadecuados.

RECOMENDACIONES

Según lo analizado se sugiere:

Plantear programas de educación que permitan sensibilizar a la población sobre la importancia de la promoción de la salud y los estilos de vida, potenciar los estilos de vida saludables que se practican en la población. Realizar estudios de intervención que permitan una visión más amplia del riesgo cardiovascular y los estilos de vida. Que los profesionales de la salud estén capacitados sobre prevención y promoción de las enfermedades crónicas no transmisibles para que sean medio de divulgación entre las personas que asisten al programa de hipertensión y diabetes. Promover la adherencia al tratamiento como método para tratar y prevenir el avance y complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. GOMEZ QUIROGA DA, RUDINE ARANA P, MORATAYA LEMUS CL, NDOVAL VARGAS MA, BRAN POZUELOS BE, LEONARDO HEREDIA RH, et al. BIBLIOTECA CENTRAL UNIVERSITARIA DE SAN CARLOS GUATEMALA. [Online].; 2010. Available from: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8712.pdf.
2. VELASQUEZ MONROY O, ROSAS PERALTA M, LARA ESQUEDA A, PASTELIN HERNANDEZ G, SANCHEZ CASTILLO C, ATTIE F, et al. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. ARCHIVOS DE CARDIOLOGIA EN MEXICO. 2003 ENERO- MARZO; 73(1).
3. BENITEZ ROLANDI G, PAIVA T, ORTELLADO J, GONZALEZ G, SANCHEZ C. MANUAL DE MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES. 2nd ed. ASUNCION; 2015.
4. salud OMdl. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. 2015..
5. Salud OMdl. Diabetes. 2015. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
6. CANALIZO MIRANDA E, FAVELA PEREZ EA, SALAS ANAYA JA, GOMEZ DIAZ R, JARA ESPINO R, TORRES ARREOLA LDP, et al. Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013 NOVIEMBRE- DICIEMBRE; 51(6).
7. SALUD OND. Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Discapacidad en Colombia. Bogota., Bogota; 2015. Report No.: ISSN: 2346-3325.
8. Salud OMdl. World Health Organization. [Online].; 2010 [cited 2015. Available from: <http://www.who.int/features/qa/72/es/>.
9. Social MdSYP. MINSALUD. [Online].; 2013 [cited 2015 ABRIL. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Envejecimiento%20poblacional.pdf>.
- 10 LIBRE GUERRA JC, GUERRA HERNANDEZ M, PERERA MINIET E.

- . Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL. 2008 OCTUBRE- DICIEMBRE; 24(4).
- 11 Salud OMdl. Información general sobre la hipertensión en el Mundo. Informe de la . OMS. , Ginebra; 2013.
- 12 Salud OMdl. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>]; 2015.
- . .
- 13 Salud OMdl. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>]; 2015.
- . .
- 14 Social MdSyp. Analisis de Situación de Salud. Informe del Ministerio de Salud. . Bogota:, Bogota; 2014.
- 15 Ruiz Gomez F, Arenas Mantilla JR, Rodriguez Garcia J, Peñaloza Quintero E, Gomez . Serrano LC, Botiva Gutierrez YY. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ENS 2007. Encuesta nacional de salud. Bogota: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas, Bogota; 2007. Report No.: ISBN 978-958-716-194-6.
- 16 Salud OMdl. Psicoantropologia. [Online].; 2015 [cited 2015 Noviembre. Available . from: <http://psicoantropologia2015.blogspot.com.co/2015/10/tema-9-estilo-y-calidad-de-vida.html>].
- 17 Holguin L, Correa D, Arrivillaga M, Caceres D, Varela M. ADHERENCIA AL . TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL: EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BIOPSIICOSOCIAL. Universitas Psychologica. 2006 Octubre- Diciembre; 5(3).
- 18 Lopez ND.
. [http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/docencia/psicologia_salud/paginas/pagina01/Tema3.html].
- 19 CORNELLA CANALS J, LLUSENT GULLAMET A.
. [<http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/adoelscencianevo.htm>].
- 20 Diaz J. Facultad de Medicina Universidad de Chile. [Online]. [cited 2015. Available

- . from:
http://www.basesmedicina.cl/nutricion/606_dislipidemias/66_nutricion_dislipidemias.pdf.
- 21 TORRES OLMEDO AE. COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLOGICO DEL ADULTO MAYOR SEGÚN SU TIPOLOGIA FAMILIAR. TESIS ESPECIALIZACIÓN. UNIVERSIDAD DE COLIMA, COLIMA; 2003.
- 22 Industrial FdI. Facultad de Ingenieria. [Online]. [cited 2015. Available from: http://www.escuelaing.edu.co/uploads/laboratorios/2956_antropometria.pdf.
- 23 Saul A. Adicciones. [Online]. [cited 2015. Available from: <http://www.adicciones.org/diagnostico/marcadores.html>.
- 24 Puglisi A. VARIABLES CUALITATIVAS, CUANTITATIVAS, DEMOGRÁFICAS. TIPOS DE DATOS. 2013. <http://puglisialejandro.blogspot.com.co/2013/05/variables-cualitativas-cuantitativas.html>.
- 25 CURTO S, PRATS O, AYESTARAN R. Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular Uruguay. REVISTA MEDICA URUGUA. 2004; 20(61).
- 26 MEDRANO J, CERRATO E, BOIX R, DELGADO RODRIGUEZ M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. MEDICINA CLINICA. 2005 ABRIL; 124(16).
- 27 MANZUR F, ARRIETA C, COLABORADORES Y. Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana (Estudio Caribe). CARDIOLOGIA DEL ADULTO. 2005 SEPTIEMBRE- OCTUBRE; 12(3).
- 28 FERRANTE D, VIRGOLINI M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. REVISTA ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. 2007 ENERO- FEBRERO; 75(1).
- 29 Hernandez Cisneros F, Mena Lima A, Rivero Sanchez M, Serrano Gonzalez A. Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo.

- Revisata Cubana de Medicina General Integral. 1996 Marzo- Abril; 12(2).
- 30 BARRENTES MONGE M, GARCIA MAYO EJ, GUTIERREZ ROBLEDO LM, JAIMES AM. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. SALUD PUBLICA DE MEXICO. 2007 ENERO; 49(4).
- 31 BAENA DIEZ JM, ALVAREZ PEREZ B, PIÑOL FORCADELL P, MARTIN PEÑACOB A R, NICOLAU SABATE M, ALTES BORONAT A. ASOCIACIÓN ENTRE LA AGRUPACIÓN (CLUSTERING) DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR. REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA. 2002 ENERO- FEBRERO; 76(1).
- 32 Adventista CU. Reseña Historica. De donde se toma el marco institucional.
- 33 Ministerio dS. Resolución 412 de 2000. 2000 Febrero. Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio.
- 34 Nacional C. Decreto 2771de 2008. 2008. Decreto que establece la comisión para promocionar estilos de vida.
- 35 Colombia ECd. Ley 1122 de 2007. 2007. Ley que establece el sistema general de seguridad social en salud.
- 36 Colombia ECd. Ley 266 de 1996. 1996. Ley que establece los principios de la profesión de enfermería en Colombia.
- 37 Republica Cdl. Ley 1355 de 2009. 2009. Ley sobre la obesidad y la enfermedades crónicas no transmisibles.
- 38 Colombia ECd. Ley 1438 de 2011. 2011. Reforma de sistema general de seguridad social.
- 39 social MdSyp. Plan Decenal de Salud Publica 2012- 2021: Cometa; 2014.
- 40 Vera Rey AM, Hernandez B. Documento Guía Alimentación Saludable. Guia de alimentación. , Cali; 2013.
- 41 SALUD OMDL. QUINTA CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCION DE LA

- . SALUD. PROMOCION DE LA SALUD: HACIA UNA MAYOR EQUIDAD. In Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; 2000; MEXICO. p. 50.
- 42 OSCAR OS. PROMOCION DE LA SALUD. 2014. . <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/promocion.html>.
- 43 MEIRIÑO JL, VASQUEZ MENDEZ M, SIMONETTI C, PALACIO MM. EL CUIDADO. 2012. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/nolapender.html>.
- 44 GARCIA LAGUNA DG, GARCIA SALAMANCA GP, TAPIERO PAIPA YT, RAMOS DM. DETERMINANTES DE LOS ESTILOS DE VIDA Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD DE JÓVENES UNIVERSITARIOS. REVISTA HACIA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. 2012 JULIO- DICIEMBRE; 17(2).
- 45 Salud OMdl. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. . http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/.
- 46 QUIRANTES MORENO AJ, LOPEZ RAMIREZ M, HERNANDEZ MELENDEZ E, PEREZ SANCHEZ A. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. REVISTA CUBANA DE SALUD PUBLICA. 2009 SEPTIEMBRE; 35(3).
- 47 Colombia MdJydDOdDd. ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA - 2013. Informe Nacional. , Bogota D.C; 2013.
- 48 estado. Idsysdltd. [<http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/prevencion-riesgos-trabajo/Guia-para-el-Estres.pdf>].
- 49 CASTELL BESCOS E, BOSCA CRESPO A, GARCIA ARIAS C, SANCHEZ CHAPARRO MA. HIPERTENSION ARTERIAL. TESIS..
- 50 social MdIp. Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública: Guia de hipertensió arterial. 2000. Resolución 412 del 2000.
- 51 Colombia MdSd. GUIA DE ATENCION DE LA DIABETES TIPO II. Guia para manejo de la diabetes.
- 52 CINETS CNdIeEyTeS. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18

- años. 2014. Guía del ministerio de la protección social.
- 53 CASAL J, MATEU E. TIPOS DE MUESTREO. REVISTA EPIDEMIOLOGICA . MEDICA. 2003; 1.
- 54 RAMIREZ VELEZ R, AGREDO R. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos Colombianos. REVISTA DE SALUD PÚBLICA. 2012 ABRIL; 14(2).
- 55 DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MEDICA MUNDIAL . Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. INFORME DE LA DECLARACION DE HELSINKI ASAMBLEAS GENERALES DEL MUNDO. ; 2008.
- 56 CARDIOVASCULAR CDI. TEXAS HEART INSTITUTE. [Online].; 2015 [cited . 2016. Available from: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/women_sp.cfm.
- 57 HOY RVD. EL TIEMPO. [Online].; 2013 [cited 2016. Available from: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-13128617>.
- 58 ESCUDERO E, PINILLA O, ENNIS I. Riesgo Cardiovascular en Jóvenes: Estudio de la Prevalencia de Hipertensión Arterial e Hipertrofia Ventricular Izquierda. 2009. SEXTO CONGRESO DE INTERNACIONAL DE CARDIOLOGIA <http://www.fac.org.ar/6cvc/llave/c057/escuderoe.php>.
- 59 RODRIGUEZ ACOSTA R, GUTIERREZ BAEZ Y, RIVERO FERNANDEZ T, RODRIGUEZ HERNANDEZ JC. Hipertensión arterial en mujeres. REVISTA AMC. 2000; 4(1).
- 60 JACKSON G. HYPERTENSION IN WOMEN. 1996. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/highbloodpressure.html>.
- 61 VELASQUEZ MONROY O, ROSAS PERALTA M, LARA ESQUEDA A, PASTELIN HERNANDEZ G, TAPIA CONYER R. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. ARCHIVOS DE CARDIOLOGIA DE MEXICO. 2000 ENERO- MARZO; 72(1).
- 62 CANAVAL GE, CASTIILLO E, OSORIO A. Enfermería, Universidad del Valle, Cali:

- . 65 años a la vanguardia; aportes, logros y perspectivas. COLOMBIA MEDICA. 2011; 42(2).
- 63 WALSH T, DONELLY T, LYONS D. Impaired Endothelial Nitric Oxide . Bioavailability: A Common Link Between Aging, Hypertension, and Atherogenesis? Journal of the American Geriatrics Society. 2009; 57(1).
- 64 BARRERA E, CERON N, ARIZA MC. CONOCIMIENTOS Y FACTORES DE . RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. COLOMBIA MEDICA. 2000; 31(1).
- 65 JAMES S, STROGATZ D, WING S, RAMSEY D. Socioeconomic status, John . Henryism, and hypertension in blacks and whites. AMERICAN JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY. 1987 OCTUBRE; 126(4).
- 66 ADLER N, OSTROVE J. Socioeconomic Status and Health: What We Know and What . We Don't. UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA. 2014 JUNIO.
- 67 SUAREZ MONTES M. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN . PACIENTES DE 40 A 65 AÑOS, EN EL SUBCENTRO DE SALUD REYNA DEL QUINCHE PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008. TESIS MAESTRIA. GUAYAQUIL: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, GUAYAQUIL; 2012.
- 68 ZIMMERMANN VERDEJO M, GONZALEZ GOMEZ MF, GALAN LABACA I. . Perfiles de exposición de riesgo cardiovascular según la ocupación laboral en la Comunidad de Madrid. REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PUBLICA. 2010 MAYO-JUNIO; 84(3).
- 69 MCCAUL K. REGIMEN ADHERENCE: A PROBLEMATIC CONSTRUC IN . DIABETES. DIABETES CARE. 1985 MAYO- JUNIO; 8(3).
- 70 SALUD OPDL. ENCUESTA DE DIABETES, HIPERTENSIÓN Y FACTORES DE . RIESGO DE ENFERMEDADES CRONICAS. WASHINGTON D.C.; 2010. Report No.: ISBN 978-92-75-13098-8.
- 71 BLACK M. LA HIPERTENSION ARTERIAL: COMO PREVENIRLA Y CURARLA:

- . HISPANO EUROPEA; 2009.
- 72 REINBERG S. RATSER.COM. [Online].; 2012 [cited 2016. Available from:
. <http://www.ratser.com/el-matrimonio-podria-reducir-el-riesgo-de-ataque-cardiaco-de-ambos-conyuges/>.
- 73 SHERMA J, CHARLEMAGNE B. Intrinsic Religiosity and Hypertension Among Older
. North American Seventh-Day Adventists. Journal of Religion and Health. 2015
SEPTIEMBRE; 55(2).
- 74 COHELO LEITE FAVA SM, VELLUDO VEIGA E, GARCIA RESENDE E,
. REZENDE DAZIO EM. La religiosidad en la curación de la persona con hipertensión
arterial sistémica. INDEX DE ENFERMERIA. 2015 OCTUBRE- DICIEMBRE; 24(4).
- 75 Health CoDa, Sciences CoL, Studies DoEaL, Council NR. Diet and Health Implications
. for Reducing Chronic Disease Risk WASHINGTON; 1989.
- 76 ALVARES GOMEZ JL, ONDINA TERRERO E, DIAZ NOVAS J, FERRER
. ARROCHA M. Exceso de peso corporal e hipertensión arterial en adolescentes de
secundaria básica. REVISTA CUBANA DE MEDICINA INTEGRAL. 2010 ENERO-
MARZO ; 26(1).
- 77 HUERTA ROBLES B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. REVISTA DE
. CARDIOLOGIA DE MEXICO. 2001 ENERO- MARZO; 71(1).
- 78 ARIAS J, ANGELES ALLER M, ARIAS JI, ALDAMENDI I. ENFERMERIA
. MEDICO- QUIRURICA II: TEBAR.
- 79 PAFFENBARGER R, WING A, HYDE R, JUNG D. Physical activity and incidence of
. hypertension in college alumni. SCHOOL OF MEDICINE. 2015; 117(3).
- 80 GUEDES MARTINS LC, GOMEZ GUEDES N, TEIXERA IX, DE OLIVERA LOPES
. MV, LEITE DE ARAUJO T. Nivel de actividad física en portadores de hipertensión
arterial. REVISTA LATINO- AMERICANA DE ENFERMAGEN. 2009 JULIO-
AGOSTO; 17(4).
- 81 GOMEZ MORALES L, BELTRAN ROMERO LM, GARCIA PUIG J. Azúcar y
. enfermedades cardiovasculares. nutricion hospitalaria. 2013 Julio; 28(4).

- 82 SAIIEH C, LAGOMARSINO E. Hipertensión arterial y consumo de sal en pediatría.
. REVISTA CHILENA DE PEDIATRIA. 2009 FEB; 80(1).
- 83 PEREZ MOLERO O, GARCIA ROMAGOSA G. Influencia del estrés y las emociones
. en la hipertensión arterial esencial. REVISTA CUBANA DE MEDICINA. 2004
ABRIL- JUNIO; 43(2-3).
- 84 FERRER AROCHA M, RODRIGUEZ FERNANDEZ C, GONZALEZ PEDROSO MT,
. DIAZ DEHESA MB, NUÑEZ GARCIA M. Obesidad, hipertensión y tabaquismo:
señales ateroscleróticas tempranas en adolescentes de la secundaria básica "Guido
Fuentes". REVISTA CUBANA DE INVESTIGACIONES MEDICAS. 2009 ABRIL-
JUNIO; 28(2).
- 85 HERGUETA GARCIA G. HIPERTENSION ARTERIAL. 1st ed. EDICIONES C,
. editor.: NORMA CAPITEL; 2002.
- 86 NUÑEZ CORDOBA J, MARTINEZ GONZALES M, BES RASTROLLO M,
. TOLEDO E, BEUNZA J, ALONSO A. Consumo de alcohol e incidencia de
hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. REVISTA ESPAÑOLA DE
CARDIOLOGIA. 2009 JUNIO; 62(6).
- 87 arterial CNTAdPdH. HIPERTENSION ARTERIAL GUIA PARA LA PREVENCIÓN,
. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. HABANA:, HABANA; 2008.
- 88 ZAPATA PAULINI J, GUARNIZO POMA M, MANRIQUE AE, CANESSA D,
. REBAZA DELGADO G. Efecto agudo del café y té en la presión y pulso postprandial
de adultos y ancianos con o sin hipertensión. REVISTA DE SOCIEDAD PERUANA
DE MEDICINA INTERNA. 2003; 16(3).
- 89 SOTO PRIETO M, CARRASCO P, SORLI J, GUILLEN M, GUILLEN SAIZ P,
. CORELLA D. Consumo de café y té en población mediterránea de alto riesgo
cardiovascular. NUTRICION HOSPITALARIA. 2010 MAYO- JUNIO; 25(3).

ANEXO 1. INSTRUMENTO

INSTRUMENTO DE RIESGO CARDIOVASCULAR N° de Ficha: _____

OBJETIVO:

Este cuestionario está dividido en dos secciones: datos sociodemográficos, que nos permite caracterizar a la población en estudio y datos específicos con variables fisiológicas, marcadores bioquímicos, prácticas saludables y control de conductas de riesgo que se refieren a la medición de los estilos de vida en el adulto.

- No existen respuestas malas o buenas por lo que le agradeceré responder todas ellas de acuerdo a su percepción personal.
- Responda todas las preguntas y solo una opción, utilice lapicero para contestar el cuestionario.
- Sus respuestas son anónimas y absolutamente confidenciales.

DATOS GENERALES

Marque con una X sobre los círculos en blanco o complete según corresponda a su realidad.

<p>1) Sexo: <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2 Femenino</p> <p>2) Estado Civil : <input type="radio"/> 1 Soltero <input type="radio"/> 4 Separado/divorciado <input type="radio"/> 2 Unión Libre <input type="radio"/> 5 Viudo <input type="radio"/> 3 Casado</p> <p>3) Estrato económico : <input type="radio"/> 1 Uno <input type="radio"/> 4 Cuatro <input type="radio"/> 2 Dos <input type="radio"/> 5 Cinco <input type="radio"/> 3 Tres <input type="radio"/> 6 Seis</p> <p>4) Tipo de afiliación: <input type="radio"/> 1 No asegurado <input type="radio"/> 2 Subsidiado <input type="radio"/> 3 Contributivo <input type="radio"/> 4 Regímenes especiales</p>	<p>5) Ocupación: <input type="radio"/> 1 Desempleado <input type="radio"/> 4 Jubilado <input type="radio"/> 2 Independiente <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 3 Empleado</p> <p>6) Grado de Escolaridad: <input type="radio"/> 1 Ninguna <input type="radio"/> 5 Universitaria <input type="radio"/> 2 Primaria <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 3 Bachiller <input type="radio"/> 4 Técnica/ Tecnóloga</p> <p>7) Religión: <input type="radio"/> 1 Católico <input type="radio"/> 2 Adventista 7° día <input type="radio"/> 3 Testigo de Jehová <input type="radio"/> 4 Pentecostal <input type="radio"/> 5 Otro</p>
---	---

	8. Edad: _____
--	-----------------------

II.DATOS ESPECIFICOS:

Marque con X debajo de cada número, solo uno por enunciado, el que mejor refleje su concepto, tenga en cuenta el valor de cada número, relacionado en el cuadro siguiente:

VARIABLES BIOQUÍMICAS Y ANTROPOMÉTRICAS

<p>9. Peso: _____ Kg. 10. Talla: _____ Cm.</p> <p>11. Perímetro Abdominal: _____ Cm.</p> <p>12. Tensión Arterial: _____ mmHg.</p> <p>13. Glicemia: _____ mg/dL</p> <p>14. Colesterol total _____ mg/Dl</p> <p>15. Triglicéridos _____ mg/dL</p> <p>16. HDL _____ mg/dL</p> <p>17. LDL _____ mg/dL</p>
--

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

<p>18. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 1Si__ 2No__ _____</p> <p>19. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 1Si__ 2No__</p> <p>20. Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación? 1Si__ 2No__</p> <p>21. Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla? 1Si__ 2No__</p>

TEST DE EVALUACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA. FANTASTICO

XI. En esta sección Usted deberá contestar basado en los últimos 7 días

Puntaje

F Familia y Amigos	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo doy y recibo cariño Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	
A Actividad Física	Yo realizo actividad física (caminar, subir escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín) Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido) 4 o más veces por semana <input type="checkbox"/> 2 1 a 3 veces por semana <input type="checkbox"/> 1 Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 0	
N Nutrición	Mi alimentación es balanceada Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa Ninguna de estas <input type="checkbox"/> 2 Alguna de estas <input type="checkbox"/> 1 Todas estas <input type="checkbox"/> 0	Estoy pasado a mi peso ideal en __ Kg. Normal o hasta 4 kg de más <input type="checkbox"/> 2 5 a 8 kg de más <input type="checkbox"/> 1 Más de 8 kg <input type="checkbox"/> 0
T Tabaco	Yo fumo cigarrillos No, en los últimos 5 años <input type="checkbox"/> 2 No, en el último año <input type="checkbox"/> 1 He fumado en este año <input type="checkbox"/> 0	Generalmente fumo __ cigarrillos por día Ninguno <input type="checkbox"/> 2 0 a 10 <input type="checkbox"/> 1 Más de 10 <input type="checkbox"/> 0	
A Alcohol	Mi número promedio de tragos por semana es de __. 0 a 7 tragos <input type="checkbox"/> 2 8 a 12 tragos <input type="checkbox"/> 1 Más de 12 tragos <input type="checkbox"/> 0	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión Nunca <input type="checkbox"/> 2 Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	Manejo el auto después de beber alcohol. Nunca <input type="checkbox"/> 2 Solo rara vez <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0
S Sueño Estrés	Duerdo bien y me siento descansado Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0
T Tipo de personalidad	Parece que ando acelerado Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	Me siento enojado o agresivo Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	
I Introspección	Yo soy un pensador positivo u optimista Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo me siento tenso o apretado Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	Yo me siento deprimido o triste Casi nunca <input type="checkbox"/> 2 Algunas veces <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0
C Conducción Trabajo	Uso siempre el cinturón de seguridad Siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades Casi siempre <input type="checkbox"/> 2 A veces <input type="checkbox"/> 1 Casi nunca <input type="checkbox"/> 0	
O Otras drogas	Uso drogas como marihuana o cocaína Nunca <input type="checkbox"/> 2 Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta médica. Nunca <input type="checkbox"/> 2 Ocasionalmente <input type="checkbox"/> 1 A menudo <input type="checkbox"/> 0	Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína Menos de 3 por día <input type="checkbox"/> 2 3 a 6 por día <input type="checkbox"/> 1 Más de 6 por día <input type="checkbox"/> 0

*Multiplicar el resultado por 2

Fiabilidad y validez del instrumento "Fantástico" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Ramírez-Vélez R, et al. Rev. Salud Pública. 2012;14 (2): 226-237.

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente consentimiento, autorizo a las estudiantes de enfermería de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia, la recolección de la información a través de una encuesta y la revisión de la historia clínica, para obtener información pertinente de mi estado de salud con el objeto de identificar cuáles son las conductas de riesgo y estilos de vida de los pacientes que asisten al programa de Hipertensión Arterial y Diabetes del Centro Médico Adventista, 2015.

La participación en este estudio es voluntaria, sin recibir remuneración económica alguna, la información que se recoja será confidencial y no se usará con ningún otro propósito diferente a los descritos en la investigación.

Al firmar este documento reconozco que lo he leído o que me ha sido leído y explicado, es comprendido perfectamente; se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y todas las preguntas que he formulado han sido explicadas de forma satisfactoria.

Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en alguna forma.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO a que esta encuesta tenga lugar y sea utilizada para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Firma _____ Día ____ Mes _____ Año _____

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL.

CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

Estamos solicitando permiso para realizar la investigación: Conductas de riesgo y estilos de vida de los pacientes que asisten al programa de Hipertensión Arterial y Diabetes de la IPS Universitaria Adventista, 2015, asesorada por Edgardo Ramos Caballero docente de la UNAC, y las estudiantes de enfermería Yeniffer Castellanos y Kenly Pérez, cuyo objetivo es analizar la relación que existe entre las conductas que conllevan al riesgo cardiovascular y los estilos de vida saludable en los usuarios que pertenecen al programa de la institución mencionada con anterioridad. Mediante la aplicación de un instrumento que mide las conductas de riesgo y el estilo de vida de la población objeto del estudio, además de la revisión de la historia clínica del paciente, con el fin de extraer los datos de exámenes de laboratorio y otros datos que nos permitan confirmar la evolución del paciente, a medida que ha ingresado en el programa, cabe resaltar que a cada paciente que participe voluntariamente en el estudio se le realiza consentimiento informado por escrito para salvaguardar la responsabilidades legales.

Por otro lado es estudio no implica riesgo físico ni psicológico, teniendo en cuenta la Declaración de Helsinki. De igual manera no implica ninguna remuneración económica y la información obtenida será utilizada únicamente con fines investigativos.

Se realizará de manera voluntaria, en base a los principios éticos como los son: beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto, con alto grado de confidencialidad aplicada a las investigaciones en seres humanos.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación y estoy de acuerdo que se realice en la institución.

Autoriza la investigación:

Nombre: _____

Firma _____ Día ____ Mes _____ Año _____

ANEXO 4. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

variables	N o	Rotulo	Nombre de la variable	Nivel de dimensión	valores
Sociodemográficas	1	sexo	Sexo	Nominal	1: Femenino 2: Masculino
	2	ecivil	Estado civil	Nominal	1: soltero 2: casado 3: unión libre 4: separado 5: viudo
	3	Esocio	Estrato socioeconómico	Ordinal	1: uno 2: dos 3: tres 4: cuatro 5: cinco 6: seis
	4	afil	Tipo de afiliación	Nominal	1: No asegurado 2: Subsidiado 3: Contributivo 4: Regímenes especiales
	5	ocupa	Ocupación	Nominal	1: Desempleado 2: Independiente 3: Empleado 3: Jubilado 5: Otro
	6	gesco	Grado de escolaridad	Nominal	1: Ninguno 2: Primaria 3: Bachiller 4: Técnica/ Tecnóloga

					5: Universitaria
					6: Posgrado
	7	relig	Religión	Nominal	1: Católico 2: Adventista del séptimo día 3: Testigo de Jehová 4: Pentecostal 5: Otro
	8	edad	Edad	Escala	Valor numérico > 45 años
Antropométricas	9	peso	Peso	Escala	Sera tomada bajo la escala de Kg
	10	talla	talla	Escala	Sera tomada bajo la escala de cm
	11	pabd	Perímetro abdominal	Escala	Sera tomada bajo la escala de cm
Bioquímicas	12	presa	Presión Arterial	Escala	Sera tomada bajo la escala de milímetros de mercurio tanto la sistólica como la diastólica
	13	glicem	Glicemia	Escala	Sera tomada bajo la escala de mg/dL
	14	ctotal	Colesterol total.	Escala	Sera tomada bajo la escala de mg/dL
	15	triglic	Triglicéridos	Escala	Sera tomada bajo la escala de mg/dL

	16	hdl	HDL	Escala	Sera tomada bajo la escala de mg/dL
	17	ldl	LDL	Escala	Sera tomada bajo la escala de mg/dL
Adherencia al tratamiento farmacológico	18	otmed	¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Nominal	1: Si 2: No
	19	hmed	Toma los medicamentos a las horas indicadas	Nominal	1: Si 2: No
	20	dtra	Cuando se encuentra bien ¿Deja de tomar la medicación?	Nominal	1: Si 2: No
	21	smdtra	Si alguna vez le sienta mal ¿Deja usted de tomarla?	Nominal	1: Si 2: No
Familia y amigos	22	tenhab	Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mí.	Nominal	0: casi nunca 1: a veces 2: casi siempre
	23	doyre	Yo doy y recibo cariño	Nominal	0: casi nunca 1: a veces 2: casi siempre

Actividad física	24	yreafi	Yo realizo actividad física (Caminar, subir escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín)	Nominal	0: casi nunca 1: a veces 2: casi siempre
	25	yhaeje	Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (Correr, andar en bicicleta, caminar rápido)	Nominal	0: menos de 1 vez por semana 1: 1 a 3 veces por semana 2: 4 o más veces por semana
Nutrición	26	abalan	Mi alimentación es balanceada	Nominal	0: casi nunca 1: a veces 2: casi siempre
	27	acazu	A menudo consumo mucha azúcar o sal, o comida chatarra o con mucha grasa	Nominal	0: Todas estas 1: Alguna de estas 2: Ninguna de estas
	28	papes	Estoy pasado de mi peso ideal en	Ordinal	0: Mas de 8 kilos 1: 5 a 8 kilos de mas 2: normal o hasta 4 kilos o mas

Tabaco	29	yfuci	Yo fumo cigarrillos	Nominal	0: He fumado este año 1: No en el último año 2: No en los últimos 5 años
	30	gfcpd	Generalmente fumo __ Cigarrillos por día	Ordinal	0: Mas de 10 1: 0 a 10 2: Ninguno
Alcohol	31	trasem	Mi número promedio de tragos por semana es	Ordinal	0: Más de 12 tragos 1: 8 a 12 tragos 2: 0 a 7 tragos
	32	cuauna	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión	Nominal	0: A menudo 1: Ocasionalmente 2: Nunca
	33	manbe	Manejo el auto después de beber alcohol	Nominal	0: A menudo 1: Solo una vez 2: Nunca
Sueño- Estrés	34	dudes	Duermo bien y me siento descansado/a	Nominal	0: casi nunca 1: a veces 2: casi siempre
	35	manest	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida	Nominal	0: casi nunca 1: a veces 2: casi siempre
	36	distie	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre	Nominal	0: casi nunca 1: a veces 2: casi siempre

Tipo de personalidad	37	andace	Parece que ando acelerado	Nominal	0: A menudo 1: Algunas veces 2: Casi nunca
	38	enoagre	Me siento enojado/a- Agresivo/a	Nominal	0: A menudo 1: Algunas veces 2: Casi nunca
Introspección	39	penpos	Yo soy un pensador positivo u optimista	Nominal	0: Casi nunca 1: A veces 2: Casi siempre
	40	ymsten	Yo me siento tenso/a o apretado/a	Nominal	0: A menudo 1: Algunas veces 2: Casi nunca
	41	ymsdep	Yo me siento deprimido/a o triste	Nominal	0: A menudo 1: Algunas veces 2: Casi nunca
Conducción/ trabajo	42	uscins	Uso siempre el cinturón de seguridad	Nominal	0: Casi nunca 1: A veces 2: Siempre
	43	satrab	Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades	Nominal	0: Casi nunca 1: A veces 2: Siempre
Otras drogas	44	usdro	Uso drogas como cocaína, marihuana o pasta base	Nominal	0: A menudo 1: Ocasionalmente 2: Nunca
	45	excrem	Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar	Nominal	0: Casi nunca 1: A veces 2: Siempre

			sin receta		
	46	becatc	Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína	Ordinal	0: Mas de 6 por día 1: 3 a 6 por día 2: Menos de 3 por día