



**UNIVERSIDAD PERUANA DE CIENCIAS APLICADAS  
ESCUELA DE POSTGRADO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN GESTIÓN Y DOCENCIA EN  
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

**“ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y SU  
RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL EN  
PROFESIONALES DE LA SALUD”**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Lita Palomares Estrada**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER EN  
GESTIÓN Y DOCENCIA EN ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

**Lima, 2014.**

# *Dedicatoria*

*A mis amados padres, Alejandro Palomares  
Pró y Felícita Estrada Rodríguez, por creer en mí, por enseñarme  
a soñar, por su amor y apoyo incondicional en cada momento de  
mi vida.*

# *Agradecimientos*

*A Dios por bendecirme e iluminar siempre mi vida.*

*A mis padres por sus valiosas enseñanzas y ejemplos de vida.*

*A Saby Mauricio Alza por su gran apoyo en esta etapa.*

*A mi querida amiga Elsa García Munte por apoyarme en la recolección de datos de esta investigación.*

*A todos los profesionales de la salud que con su participación permitieron la realización de este estudio.*

## RESUMEN EJECUTIVO

**Introducción:** En la actualidad, las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, que a curarla de una enfermedad. Cualquier profesional de la salud debe y puede intervenir, intentando aumentar la concientización de la persona hacia estilos de vida saludables y motivándola para el cambio. Pero qué sucede cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados, y es frecuente encontrar profesionales de la salud fumadores, bebedores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos no es un problema recomendar hábitos de vida saludables que ellos mismos no ponen en práctica.

**Objetivos:** Analizar si existe una correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del MINSA, Lima - 2014. **Diseño:** Estudio observacional, analítico, correlacional, de corte transversal y prospectivo. **Resultados:** Los resultados de este estudio corresponden a 106 profesionales de la salud evaluados en un hospital del MINSA en el periodo de agosto y octubre del 2014, de los cuales 79 son mujeres y 27 son varones, y la edad promedio es de 45.5 años. Según la correlación de Spearman se encontró una asociación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional representado por los valores antropométricos de

Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cintura y grasa visceral ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.0773$ ); ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.582$ ); ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.352$ ) respectivamente. La correlación de las dimensiones del instrumento Estilos de Vida Saludables (EVS), definió a los “Hábitos Alimenticios” con una correlación negativa con el IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral, ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.671$ ); ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.458$ ); ( $p= 0.002$ ;  $r$  (rho)=  $-0.3$ ) respectivamente. La aplicación del instrumento EVS permitió diagnosticar que el 72.6% de los profesionales de la salud tienen un Estilo de Vida “Poco saludable”, el 24.5% tiene un Estilo de Vida “Saludable” y un 2.8% “Muy saludable”. Los resultados antropométricos indican según IMC, que el 68% de los profesionales de la salud tienen sobrepeso y obesidad. Respecto a la circunferencia de cintura el 70.7 % está entre “Alto Riesgo Cardiometabólico” y “Muy Alto Riesgo Cardiometabólico”. En cuanto a grasa visceral el 34% está en un nivel “Alto”. La grasa corporal en los niveles “Alto” y “Muy Alto” suman 88.7%.

**Conclusiones:** Existe una correlación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional (valorado por IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral) entre los profesionales de la salud de un hospital del MINSA.

## EXECUTIVE SUMMARY

**Introduction:** Currently, the leading causes of death are no longer infectious diseases, but those from lifestyles and unhealthy behaviors. It is easier and less costly to help a person stay healthy than to cure a disease. Any health professional can and should intervene, try to raise awareness of the person towards healthy lifestyles and motivate for change. But what happens when they are the same health professionals who exhibit inappropriate lifestyles and often find health professionals smokers, drinkers, sedentary, obese, etc. Apparently, for some of them, it is not a problem recommending healthy lifestyles that they do not practice themselves. **Objectives:** To analyze the correlation between healthy lifestyles and nutritional status in health professionals at MINSA hospital, Lima – 2014. **Design:** Observational, analytic, correlational, cross-sectional and prospective study. **Results:** The results of this study are 106 health professionals evaluated in a MINSA hospital in the period from August to October 2014, of which 79 are women and 27 are men. The average population is 45.5 years. According to the Spearman correlation there is a negative association between healthy lifestyles and nutritional status represented by anthropometric values of BMI, waist circumference and visceral fat was found ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.0773$ ); ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.0582$ ); ( $p = 0.000$ ;  $r$  (rho) =  $-0.0352$ ) respectively. The correlation between the dimensions of healthy lifestyles instrument defined the "Eating Habits"

with a negative correlation with BMI, waist circumference and visceral fat ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)= -0671); ( $p = 0.000$ ;  $r$  (rho)= -0458); ( $p= 0.002$ ;  $r$  (rho)= - 0.3) respectively. The application of healthy lifestyles instrument allowed defining 72.6% of the study population has an "Unhealthy" lifestyle, 24.5% have a "Healthy" lifestyle and 2.8% "Very healthy" lifestyle. Anthropometric results indicate that according to BMI, 68% of health professionals are overweight and obese. Waist circumference in 70.7% of the population is between "High" and "Very High" of cardiometabolic risk. Visceral fat measurement, 34% are in the "High" level. Body fat levels "High" and "Very High" account 88.7 %.

**Conclusions:** There is a negative correlation between healthy lifestyles and nutritional status (BMI, waist circumference and visceral fat) among health professionals at MINSAs hospital.

## ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
EXECUTIVE SUMMARY.....	3
ÍNDICE.....	5
ÍNDICE DE CUADROS O GRÁFICOS.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1. Antecedentes Bibliográficos.....	11
1.2. Problema General y Específicos.....	18
1.2.1. Problema General.....	18
1.2.2. Problemas Específicos.....	18
1.3. Objetivos.....	19
1.3.1. Objetivo General.....	19
1.3.2. Objetivos Específicos.....	19
1.4. Justificación.....	20
1.5. Hipótesis.....	22
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	23
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS.....	36
3.1. Tipo y Diseño de investigación.....	36
3.2. Población y muestra.....	36
3.3. Variables de estudio.....	38
3.4. Procedimiento de recolección de datos.....	38
3.5. Análisis de datos.....	44

3.6. Aspectos éticos.....	44
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	46
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	57
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	71

Anexo 1: Formato de consentimiento informado

Anexo 2: Cuestionario Validado de Estilos de Vida Saludables

Anexo 3: Ficha de recolección de datos

Anexo 4: Operacionalización de variables

Anexo 5: Propuesta de Intervención

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla N°01:</b>	
Características de la muestra.....	47
<b>Tabla N°02:</b>	
Estilo de Vida Saludable según profesionales de la salud.....	48
<b>Tabla N°03:</b>	
Estilo de Vida Saludable según grupo de edad.....	48
<b>Tabla N°04:</b>	
Estilo de Vida Saludable según tiempo laborando en hospital.....	49
<b>Tabla N°05:</b>	
IMC según profesionales de la salud.....	50
<b>Tabla N°06:</b>	
IMC según grupo de edad.....	50
<b>Tabla N°07:</b>	
IMC según tiempo laborando en hospital.....	51
<b>Tabla N°08:</b>	
Circunferencia de cintura según profesionales de la salud.....	52
<b>Tabla N°09:</b>	
Porcentaje de Grasa corporal según profesionales de la salud .....	53
<b>Tabla N°10:</b>	
Grasa visceral según profesionales de la salud .....	54

**Tabla N°11:**

Correlación de Spearman del estilo de vida saludable y estado  
nutricional.....55

**Tabla N°12:**

Correlación de Spearman para las dimensiones del estilo de vida  
saludable y estado nutricional.....56

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables que conllevan al sobrepeso, obesidad y otras enfermedades crónicas no transmisibles. Cabe resaltar que la obesidad es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la población adulta, constituyendo un grave problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) existen más de 300 millones de adultos con obesidad en todo el mundo y la prevalencia de la obesidad en todo el mundo casi se ha duplicado entre 1980 y 2008, si no se toman medidas será una epidemia en el año 2030 <sup>(1, 2)</sup>.

De este modo, es más fácil y menos costoso ayudar a que una persona se mantenga saludable, a curarla de una enfermedad. La detección temprana de factores de riesgo (presión sanguínea elevada, nivel alto de colesterol), junto con la promoción de estilos de vida saludables (no fumar, una buena nutrición, hacer ejercicios) optimiza la prevención, sin lugar a dudas, la relación costo-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud <sup>(3)</sup>.

En ese sentido los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la promoción de la salud. Cualquier profesional de la

salud debe y puede intervenir, intentando aumentar la concientización de la persona hacia estilos de vida saludables y motivándola para el cambio <sup>(4, 5)</sup>.

Pero qué sucede cuando son los mismos profesionales de la salud quienes presentan estilos de vida inadecuados. Se puede suponer que al tener pleno conocimiento de la relación entre comportamiento y salud, etiología de las enfermedades y su tratamiento, se trataría de personas que evitarían conductas que atentan contra la salud. Sin embargo no siempre es así, siendo frecuente encontrar profesionales de la salud fumadores, bebedores, sedentarios, obesos, etc. Al parecer, para algunos de ellos no es un problema recomendar hábitos saludables que ellos mismos no ponen en práctica <sup>(6)</sup>.

Pero el problema no termina con el reconocimiento de esta incoherencia y por el contrario tiene sus consecuencias. De este modo, Frank ha aportado evidencias empíricas que demuestran que los médicos que cuidan su salud y practican estilos de vida saludables, tienen mayor probabilidad de recomendar y de inducir en sus pacientes hábitos igualmente saludables y de tener mayor éxito en el seguimiento de sus recomendaciones, contrario a aquellos de hábitos no saludables, que tienden a practicar una medicina curativa en lugar de preventiva y que probablemente son poco escuchados por sus

pacientes cuando les recomiendan comportamientos que evidentemente ellos tampoco practican <sup>(7, 8)</sup>.

Por lo tanto, investigar sobre estilos de vida saludables resulta fundamental en la medida que se ha encontrado que esta variable, si no se practica, contribuye a la aparición de sobrepeso y obesidad, lo que constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica y el cáncer <sup>(9)</sup>.

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Antecedentes Bibliográficos

En México, en el 2013; Córdova D y cols., en su estudio “Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal”, evaluaron 404 estudiantes, el estado nutricional fue determinado con el índice de masa corporal, IMC, y a través del cuestionario FANTASTIC valoraron el estilo de vida en 10 diferentes aspectos, y encontraron que 88,1% de los estudiantes tiene un estilo de vida saludable y 65% fue clasificado como normal de acuerdo al IMC. Según los coeficientes de correlación lineal de Pearson ( $p < 0,05$ ) ( $r=0,141$ ) demostraron que sí existe una correlación significativa de 99% entre el estado de nutrición y estilo de vida. Sin embargo, esta correlación es débil porque al ser el estilo de vida un comportamiento en el que intervienen diferentes variables, se infiere que cada una de ellas aporta cierto nivel de importancia, pero no puede atribuírsele únicamente a una de ellas un impacto altamente significativo <sup>(10)</sup>.

En Perú, en el 2013; Orellana y Urrutia, en su tesis de investigación evaluaron la relación existente entre el Estilo de Vida, medido por el nivel de actividad física y la conducta sedentaria, y el

Estado Nutricional valorado mediante una evaluación antropométrica de los estudiantes de medicina de la UPC, concluyeron que más del 50% presentan sobrepeso y obesidad, un considerable porcentaje de la población presenta bajos niveles de actividad física, el sexo femenino obtuvo mayor riesgo cardiovascular según el perímetro de cintura y el índice cintura-cadera <sup>(11)</sup>.

Asimismo, en el 2012; Susana Cárdenas, en su tesis “Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte, Lima” demostró que la gran mayoría padece de obesidad grado I y mantienen un estilo de vida no saludable, prefieren consumir productos envasados y altos en calorías, presentan sedentarismo, no asisten a sus controles médicos, consumen alcohol y duermen menos de 6 horas al día <sup>(12)</sup>.

En San Salvador, en el 2012; Hurtado y Morales, en su tesis de postgrado “Correlacion entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate”, evaluaron 50 médicos y hallaron que los médicos en su gran mayoría tienen hábitos de salud pocos saludables, el 90% son sedentarios, el 80% poseen hábitos alimenticios poco saludables, consumiendo grandes cantidades de carbohidratos y comida rápida. Algunos médicos consumen alcohol y tabaco, y no existe un compromiso por parte de

ellos mismos que contribuya al autocuidado de su salud. Además se evidenció que más del 50% de los médicos presentan sobrepeso y obesidad <sup>(13)</sup>.

En Valladolid – España, en el 2011; Ledo Varela T y cols., en su investigación “Características nutricionales y estilo de vida en universitarios”, evaluaron a 111 estudiantes y encontraron que un 6,4% de mujeres tenían un peso inferior al saludable (ningún hombre se encontraba en este grupo), mientras que un 27,8% hombres y un 6,5% mujeres estaban en rango de sobrepeso. Un 15,3% de casos presentó un perímetro de cintura excesivo. La masa grasa fue superior en las mujeres. Por otro lado, un 67% de universitarios declararon realizar ejercicio físico habitualmente, un 16,7% se declararon fumadores, y un 55,6% declararon consumo de alcohol de alta graduación <sup>(14)</sup>.

En nuestro país, en el 2010; Milagros Ponte, en su tesis “Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”, encontró que los estudiantes de todos los años no realizan consultas médicas periódicas, no ven programas educativos sobre salud y no reconocen signos inusuales en su salud, además realizan poca

actividad física. Los estudiantes de primero, segundo, cuarto y quinto año optan hacia lo saludable y consumen alimentos variados, con bajo contenido en grasas y azúcar, a diferencia de los estudiantes de tercer año quienes consumen alimentos hipercalóricos y no ingieren sus alimentos en horarios adecuados <sup>(15)</sup>.

En Cali-Colombia, en el 2009; Triviño LP y cols., en su investigación “Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad”, evaluaron 147 trabajadores, y encontraron un “buen” estilo de vida con 56,5% y 54,9%, seguido de “excelente” con 35,5% y 23,9% en hombres y mujeres, respectivamente,  $p < 0,05$ . Al estratificar por género hallaron correlación negativa a mayor calificación en el dominio de nutrición y menor IMC ( $r = -0,39$ ,  $p = 0,01$ ) en el grupo de mujeres <sup>(16)</sup>.

En Cadiz-España, en el 2009; Rodríguez-Martín A y cols. En su estudio transversal “Estilos de vida asociados con sobrepeso y obesidad en adultos españoles” evaluaron a 2640 adultos, y hallaron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 37% y 17% respectivamente, mayor en varones e incrementándose con la edad. El IMC muestra una relación inversa con el nivel educativo

(RP = 2,3, 1,57-2,38). Los mayores niveles de obesidad se asocian al consumo diario de alcohol (RP = 1,39, 1,29-1,50), mayor consumo de televisión y hábitos sedentarios (RP = 1,5, 1,07-1,24). Las menores cifras de prevalencia de obesidad se observan en los sujetos con una mayor actividad física (10,9% frente a 21,6%), aunque con diferencias entre sexos. Las mujeres dedican más horas que los hombres a actividades pasivas. Seguir dietas de adelgazamientos es más frecuente en sujetos obesos y en mujeres, en hombres es mayor el consumo de alcohol, alimentos con elevado contenido calórico y comer entre horas <sup>(17)</sup>.

Además en ese mismo estudio, la presencia de sobrepeso y la obesidad se asocia con el sexo masculino (OR = 3,35 2,75-4,07), elevado consumo de alcohol (OR = 1,38 1,03-1,86) y televisión (OR = 1,52 1,11- 2,07), y con mayores consumos de alimentos del grupo de cereales y pan (OR = 1,47 1,13-1,91). La actividad física se comporta como factor protector (OR = 0,76 0,63-0,98). Finalmente concluyeron que Los estilos de vida asociados con el sobrepeso y la obesidad presentan diferentes patrones en hombres y mujeres <sup>(17)</sup>.

En Bogotá-Colombia, en el 2007; Sanabria-Ferrand y cols., en su estudio exploratorio “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos”, evaluaron a 606 médicos y enfermeras, y encontraron que una tercera parte presentaba sobrepeso u obesidad (23,3% y 29,4%) y que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras tenían hábitos totalmente saludables, y que sus estilos de vida presentan en general deficiencias, sobre todo en aspectos como la actividad física y el deporte, siendo menos saludable en las enfermeras que en los médicos. Al igual que en otros estudios, esto evidencia que la sola información sobre la enfermedad no es suficiente para producir cambios de conducta que la prevengan <sup>(18)</sup>.

Nuevamente en Perú, en el 2006; Maritza Mendoza en su tesis “Estilos de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos” demostró que los estilos de vida de los estudiantes en su dimensión biológica son desfavorables, relacionado a una inadecuada alimentación, insuficiente descanso y falta de actividad física. En su dimensión social los estilos de vida son en su mayoría favorables, refiriéndose a la participación de los estudiantes en actividades recreativas en su tiempo libre y al no tener conductas adictivas relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco <sup>(19)</sup>.

Del mismo modo, en el 2005; Mirian Grimaldo, en su estudio “Estilos de Vida Saludables en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima” concluyó que los que los estudiantes no practican regularmente actividades lúdicas y dentro de las actividades deportivas prefieren realizar caminatas y aeróbicos; respecto al consumo de alimentos prefieren carbohidratos, frutas, vegetales, carnes, gaseosas y comida rápida. En cuanto a la diferencia según sexo no se observaron diferencias en cada uno de los factores<sup>(20)</sup>.

## **1.2 Problema General y Específicos**

### **1.2.1 Problema General**

- ❖ ¿Existe correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), Lima – 2014?

### **1.2.2 Problemas Específicos**

- ❖ ¿Cuáles son los estilos de vida saludables de los profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), Lima – 2014?
- ❖ ¿Cuál es el estado nutricional de los profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), Lima – 2014?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo General**

- ❖ Analizar si existe una correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), Lima – 2014.

### **1.3.2 Objetivo Específicos**

- ❖ Evaluar los estilos de vida saludables de los profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), Lima – 2014.
- ❖ Evaluar el estado nutricional de los profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), Lima – 2014.

## **1.4 Justificación**

### **a) Justificación Teórica:**

A partir del producto de esta investigación se puede desarrollar programas de sensibilización o concientización, orientados a mejorar los estilos de vida saludable y, por lo tanto, la calidad de vida de la población en general, haciendo hincapié en la población de profesionales de la salud y así sean verdaderos ejemplos de recomendación, influencia y motivación dignos de imitar. Intervenir en los estilos de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

### **b) Justificación Práctica:**

Realizar este estudio es importante porque permitirá analizar la relación entre los estilos de vidas saludables y el estado nutricional de los profesionales de la salud, lo cual tiene un gran impacto porque los profesionales de la salud pueden influir positivamente en los hábitos de salud de los pacientes mediante la consejería sobre prevención y promoción de hábitos saludables. La consejería médica está fuertemente relacionada con las propias prácticas saludables, por lo tanto la

clave para aumentar sustancialmente la consejería en promoción de la salud, es la práctica de hábitos saludables de los mismos profesionales de la salud <sup>(21)</sup>.

### **c) Justificación Metodológica:**

El tipo de estudio analítico planteado y diseño de investigación correlacional, servirá para generar estrategias que puedan dar alternativas de solución para mejorar los estilos de vida y estado nutricional del profesional de la salud, para que sea más creíble y motivador al compartir sus propias prácticas saludables con sus pacientes, y al practicar hábitos saludables puedan discutir conductas preventivas relacionadas con sus pacientes. Por lo que las conductas de salud de los profesionales sanitarios parecen afectar las actitudes y la motivación de los pacientes para hacer cambios en su estilo de vida <sup>(7)</sup>.

### **d) Justificación Económica - Social:**

La mayoría de los profesionales de la salud están más propensos a aconsejar a los pacientes y tienen más confianza al hacerlo sobre hábitos saludables que ellos mismo practican con éxito. Además, aproximadamente un tercio de los participantes

informaron tener dificultad en la consejería de prácticas saludables que a ellos mismos les es difícil realizar<sup>(22)</sup>.

Por todo lo expuesto, investigar el tema de estilos de vida saludable resulta de suma importancia cuando se trata de los profesionales de la salud, pues el impacto sobre la salud pública es el doble: además de impactar a un grupo en particular, los estilos de vida de dicho grupo recaen en las acciones de salud de sus pacientes, al convertirse en modelos de vida para ellos<sup>(18)</sup>. Así mismo, es fundamental estudiar el estado nutricional en los profesionales de la salud, siendo este muchas veces el reflejo de conductas poco saludables.

## **1.5 Hipótesis**

Existe correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del Ministerio de Salud (MINSA), Lima – 2014.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Estilos de Vida:

El concepto de estilo de vida apareció formalmente por primera vez en 1939, probablemente en las generaciones anteriores no era un concepto significativo, al ser las sociedades relativamente homogéneas. Pierre Bourdieu, quien fue uno de los sociólogos más importantes de la segunda mitad del siglo XX, centra su teoría en el concepto de habitus, entendido este como esquemas de obrar, pensar y sentir asociados a la posición social. El habitus hace que personas de un entorno social homogéneo tiendan a compartir estilos de vida parecidos <sup>(23)</sup>.

El estilo de vida se conforma a partir de preferencias e inclinaciones básicas del ser humano, fruto de la interacción entre componentes genéticos, neurobiológico, psicológicos, socioculturales, educativos, económicos y medioambientales. Puede generarse en un triángulo de construcción, formado por la familia, la escuela y los amigos, por ejemplo se aprende a tomar licor con los amigos, el aprendizaje de hacer ejercicio ocurre en la escuela, los hábitos alimenticios y la responsabilidad sexual se aprenden en la familia, con influencia de la escuela. La prevalencia

de unos componentes y la escasa manifestación de otros conforman un determinado estilo y modo de vida <sup>(24,25)</sup>.

Así mismo, el estilo de vida es un constructo que se ha usado de manera genérica, como equivalente a la forma en que se entiende el modo y manera de vivir. Algunas áreas de la ciencia utilizan el término con un sentido más específico. En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida, se entiende como un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud <sup>(23)</sup>.

De este modo, los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población <sup>(26)</sup>.

## **2.2 Estilos de Vida Saludables:**

En una conferencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en Canadá en 1986 se adoptó la Carta de Ottawa, un documento que reconoce que la salud no es sencillamente el

producto de trastornos médicos o de otro tipo directamente relacionados con la salud, sino que es un problema integral determinado por un conjunto de factores sociales y ambientales. Los estilos de vida han sido considerados como factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, considera los estilos de vida saludables como componentes importantes de intervención para promover la salud <sup>(27)</sup>.

La OMS define los estilos de vida saludables como una forma de vida que disminuye el riesgo de enfermarse o morir a temprana edad, mejorando la salud y permitiendo disfrutar más aspectos de la vida, porque la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, es también física, mental y bienestar social. La adopción de estilos de vida saludable nos convierte en modelos positivos para la familia, en especial para los niños <sup>(28)</sup>.

Cabe resaltar, que los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no

transmisibles (diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, entre otras) <sup>(26)</sup>.

De esta forma se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser: tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción; mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad; mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender; brindar afecto y mantener la integración social y familiar; tener satisfacción con la vida; una nutrición adecuada; promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación; capacidad de autocuidado; seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes; ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio; comunicación y participación a nivel familiar y social; accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos; seguridad económica; y practicar un sexo seguro.

Específicamente, los estilos de vida saludables incluyen conductas de salud, patrones de conducta, creencias, conocimientos, hábitos y acciones de las personas para mantener, restablecer y/o mejorar su salud. Las creencias sobre la importancia o gravedad de un determinado problema, la vulnerabilidad frente a ese problema, el análisis costo-beneficio y el sentido de autoeficacia, favorecen la conservación y mejoría de la salud, el evitar conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y lo que en general, puede denominarse la adopción de estilos de vida saludables <sup>(29)</sup>.

Por lo tanto, se puede deducir que los estilos de vida saludables son el conjunto de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. Este se va conformando a lo largo de la historia de vida del sujeto, pudiéndose afirmar que se trata de un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación, o por imitación de modelos de patrones familiares, o de grupos formales o informales <sup>(6)</sup>.

### **2.3 Estado Nutricional (Antropométrico):**

La antropometría es una técnica no invasiva, económica, portátil y aplicable en todo el mundo para evaluar el tamaño, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Refleja el estado nutricional y de salud y permite predecir el rendimiento, la salud y la supervivencia. Como tal, es un instrumento valioso actualmente subutilizado en la orientación de las políticas de salud pública y las decisiones clínicas<sup>(30)</sup>.

Así mismo, la antropometría se usa también para evaluar programas de promoción de salud y prevención de enfermedades, en los cuales pueden desempeñar una función importante la prevención y el control del sobrepeso. En las poblaciones adultas el sobrepeso es resultado de una ingesta energética elevada e inactividad física y otros aspectos del estilo de vida, y se asocia con otras anormalidades metabólicas, es importante prestar la debida atención a estos factores<sup>(30)</sup>.

#### **Índice de Masa Corporal (IMC):**

Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en

kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). La definición de la OMS es la siguiente: un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso, un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

De este modo, el IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Puede utilizarse para estimar de forma aproximada la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en una población, así como los riesgos que llevan asociados. En últimos años se han propuesto distintos puntos de corte del IMC respecto del sobrepeso y la obesidad, en particular para la región de Asia y el Pacífico, se consideró que, para conseguir un grado óptimo de salud, la mediana del IMC para la población adulta debería situarse en el intervalo 21-23  $\text{kg}/\text{m}^2$ , mientras que la meta para los individuos debería ser mantener el IMC en el intervalo 18,5-24,9  $\text{kg}/\text{m}^2$  <sup>(31)</sup>.

### **Circunferencia de la Cintura (CC):**

Es una medida cómoda y sencilla, independiente de la talla, que está muy correlacionada con el IMC y con la relación cintura/cadera, y constituye un índice aproximado de la masa de grasa intra-abdominal y de la grasa corporal total. Además, las diferencias en la circunferencia de la cintura reflejan las diferencias en los factores

de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y otras afecciones crónicas, aunque los riesgos parecen variar en distintas poblaciones. Según la OMS hay un mayor riesgo de complicaciones metabólicas en los varones con una circunferencia de cintura >102 cm y en las mujeres con una circunferencia de cintura >88 cm <sup>(31)</sup>.

La medición de la circunferencia de cintura se debe tomar al final de una espiración normal, con los brazos relajados a cada lado, a la altura de la mitad de la axila, en el punto que se encuentra entre la parte inferior de la última costilla y la parte más alta de la cadera.

La Obesidad Abdominal es la muestra externa de una acumulación de tejido adiposo alrededor de las vísceras. Dicha acumulación se llama adiposidad (grasa) intra-abdominal, y su exceso se relaciona con un aumento de la posibilidad de desarrollar diabetes tipo 2, infarto, ictus y otras enfermedades cardiovasculares, lo que se conoce como riesgo cardiometabólico <sup>(32)</sup>. La manera más sencilla de diagnosticar la obesidad abdominal es midiendo el perímetro o circunferencia de cintura. Las últimas recomendaciones internacionales propuestas por la Federación Internacional de Diabetes y la Asociación Americana del Corazón para determinar la presencia de obesidad abdominal según el tipo de población, para el caso de Sudamérica y Centroamérica los

valores oscilan entre  $\geq 90$ cm para varones y  $\geq 80$  cm para mujeres <sup>(32)</sup>.

Al analizar los datos del IMC y la CC es importante prestar atención a los factores determinantes del peso como la dieta, la actividad física, el hábito de fumar y el consumo de alcohol.

### **Grasa Corporal:**

La grasa es un componente del cuerpo humano que se acumula en forma de tejido graso o adiposo. El análisis de la composición corporal resulta más complejo pero es especialmente útil, sobre todo en pesquisas de la obesidad, ya que permite conocer si el exceso ponderal se debe al tejido magro o graso del organismo <sup>(33)</sup>.

El tejido graso es el más estrechamente asociado al riesgo coronario y a otras patologías metabólicas a lo largo de todas las fases de la ontogenia. Por ello, la estimación de la adiposidad corporal añade precisión diagnóstica <sup>(33)</sup>.

### **Grasa Visceral:**

La grasa visceral está contenida en la parte interna de las cavidades corporales, envolviendo órganos, sobre todo

abdominales y está compuesta por la grasa mesentérica y la grasa de los epiplones. Los depósitos de grasa visceral representan cerca del 20% del total de grasa corporal en el hombre y aproximadamente el 6% en la mujer <sup>(34)</sup>.

La asociación del incremento de la grasa visceral con componentes mórbidos como la resistencia a la insulina, con alteraciones en metabolismo intermediario y con hipertensión arterial, en un síndrome clínico, plurimetabólico, está más allá de la mera correlación estadística. Se han señalado alternativas de explicación fisiopatológica suficientes para establecer la relación causa-efecto, sin embargo, la descripción de alteraciones genéticas específicas de la grasa visceral, que originan clínica similar a la descrita, determina la posibilidad de que, una vez más, como sucede con otras alteraciones crónico-degenerativas, el incremento de grasa visceral y el síndrome metabólico sean la consecuencia de interacciones entre genética y medio ambiente <sup>(34)</sup>.

Se considera que el exceso de grasa visceral está estrechamente vinculado con el aumento de los niveles de grasa en el flujo sanguíneo, lo que puede provocar condiciones comunes como, por ejemplo, colesterol alto, enfermedades cardiovasculares y diabetes. Para prevenir o mejorar las condiciones provocadas por

estas enfermedades comunes, es importante tratar de reducir los niveles de grasa visceral a un nivel aceptable.

### **Profesionales de la Salud:**

La promoción de los estilos de vida saludables implica el desarrollo de acciones en dos frentes: la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Cada año, decenas de millones de personas cambian sus hábitos sanitarios y otros aspectos de su forma de vida. Muchos programas de salud desarrollados en gran número de países demuestran la clara verosimilitud y el éxito de los programas de prevención. La promoción de la salud comprende tanto la transformación de los comportamientos individuales y familiares como la ejecución de políticas de salud pública dirigidas a la comunidad, con el fin de proteger a las personas frente a numerosas amenazas a la salud y despertar un sentimiento general de responsabilidad personal <sup>(35)</sup>.

Los profesionales de la salud actúan como facilitadores de la promoción de la salud. No obstante los profesionales de la salud pueden ser agentes promotores de salud o ser agentes retardatarios del proceso. La diferencia está dada por cuánto asuman esta estrategia como válida para el desarrollo de las comunidades <sup>(4)</sup>. Sanabria y cols., señalan que los profesionales de

la salud que no tienen un estilo de vida saludable tendrán una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorecerá la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y de este modo una medicina más curativa que preventiva <sup>(6)</sup>.

Por lo tanto, cualquier profesional de la salud debe y puede intervenir, intentando aumentar la concientización de la persona hacia estilos de vida saludables y motivándola para el cambio <sup>(5)</sup>.

## **2.4 Estudios Correlacionales**

Este tipo de estudios tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio relaciones entre tres variables, y otras veces relaciones múltiples <sup>(36)</sup>.

Los estudios correlacionales miden el grado de asociación entre esas dos o más variables (cuantifican relaciones). Es decir miden cada variable presuntamente relacionada y, después, miden y analizan la correlación <sup>(36)</sup>.

La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir, intenta predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que posees en la o las variables relacionadas <sup>(36)</sup>.

La correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva, significa que sujetos con valores altos en una variable tenderán también a mostrar valores elevados en la otra variable. Si es negativa, significa que sujetos con valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra variable. Si no hay correlación entre las variables, ello nos indica que estas fluctúan sin seguir un patrón sistemático entre sí <sup>(36)</sup>.

## CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODOS

### 3.1 Tipo y Diseño de investigación

Estudio correlacional, de corte transversal y prospectivo.

### 3.2 Población, muestra y muestreo

**Población:** Profesionales de la salud que laboran en un Hospital del Ministerio de Salud (MINSA) del distrito de Pueblo Libre.

**Muestra:** 106 profesionales de la salud que laboran en un Hospital del Ministerio de Salud (MINSA) del distrito de Pueblo Libre que decidieron participar y que cumplieron con los criterios de inclusión.

#### **Criterio de Inclusión**

- ✓ Todos aquellos profesionales de la salud que atienden y tienen contacto directo con los pacientes.
  
- ✓ Todos aquellos profesionales que acepten participar en la investigación, por medio del consentimiento informado.

### **Criterio de Exclusión**

- ✓ Todos aquellos profesionales de la salud que sólo se dedican a labores administrativas y/o no atienden ni tienen contacto con los pacientes.
  
- ✓ Todos aquellos profesionales de la salud que se niegan a participar de la investigación o firmar el consentimiento informado.

### **Muestreo:**

No probabilístico, por conveniencia del investigador. Se utilizó este tipo de muestreo porque la población a investigar son profesionales de la salud, y este grupo de trabajadores en particular tienen horarios laborales muy recargados, por lo tanto al ser el muestreo por conveniencia permitió la recolección de datos de aquellas personas disponibles a ser evaluadas. Además cabe resaltar que este tipo de muestreo tiene la ventaja de ser rápido, económico y sobre todo permite trabajar con sujetos accesibles.

### **3.3 Variables de estudio**

- **Variable Independiente:**

Estilos de vida saludables.

- **Variable Dependiente:**

Estado Nutricional

- **Variables Intervinientes:**

Carrera profesional, edad y sexo.

### **3.4 Procedimiento de recolección de datos**

Se coordinó con el director del hospital donde se realizó la investigación, se conversó con los profesionales de la salud de dicha institución y se explicó el propósito del estudio y el instrumento a utilizar, se solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo 1), donde queda claro el respeto, la confidencialidad y la privacidad de la información recolectada.

## **Instrumento de recolección de datos para evaluar los Estilos de Vida Saludables:**

Se adaptó el cuestionario validado sobre Estilos de Vida Saludables tomado de Salazar y Arrivillaga, después de la adaptación el instrumento fue validado por juicio de expertos, que fueron 3 en total. (Anexo 2).

El cuestionario adaptado sobre Estilos de Vida Saludables consta de un total de 48 preguntas, y está dividido en 6 dimensiones: Condición, Actividad Física y Deporte (4 preguntas), Recreación y Manejo del Tiempo Libre (6 preguntas), Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas (6 preguntas), Sueño (6 preguntas), Hábitos Alimenticios (18 preguntas), Autocuidado y Cuidado Médico (8 preguntas): Todas las escalas de respuestas corresponden a una escala Likert (Nunca: 0, Algunas Veces: 1, Frecuentemente: 2 y Siempre: 3).

La calificación considerada para evaluar los estilos de vida saludables fue:

- No saludable: 0 - 36 puntos
- Poco saludable: 37 - 72 puntos
- Saludable: 73 - 108 puntos
- Muy saludable: 109 - 144 puntos

## **Recolección de medidas antropométricas para evaluar el estado nutricional**

Los datos antropométricos de peso, talla, IMC, circunferencia de cintura, % de grasa corporal y % de grasa visceral fueron recolectados en la ficha de recolección de datos para evaluar el estado nutricional (Anexo 3)

### **Talla:**

La talla se midió utilizando el Tallímetro Seca para adultos (mide hasta 2.10m). El participante debía estar descalzo, sin accesorios en la cabeza, y el plano del cuerpo tocaba en cuatro partes el plano del medidor (talones, nalgas, hombros y cabeza) y la pieza tope deslizante se baja hasta el vértice de la cabeza.

### **Peso, % Grasa Corporal y Grasa Visceral:**

Para las mediciones de peso, % de grasa corporal y grasa visceral se utilizó el MONITOR OMRON HBF 500 INT de Composición Corporal con Balanza Digital. Las medidas se tomaron estando los participantes con la menor ropa posible, descalzos y sin metales. Se le solicitó a cada uno que se pararan sobre la plataforma del monitor.

El monitor muestra el valor calculado del porcentaje de grasa corporal, índice de masa corporal (IMC) y nivel de grasa visceral utilizando el Método de Impedancia Bioeléctrica (IB). Además del valor digital del peso.

Los puntos de corte considerados son:

**IMC (18 a 59 años):**

18,5 a 24,9 Normal, < 18,5 Delgadez,  $\geq 25$  Sobrepeso,  $\geq 30$  Obesidad I,  $\geq 35$  Obesidad II

**IMC (> 60años):**

23,1 a 27,9 Normal,  $\leq 23$  Desnutrición I,  $\geq 28$  Sobrepeso,  $\geq 32$  Obesidad I

**% Grasa Corporal:**

**Mujer:**

20 a 39 años: < 21 Bajo, 21- 32.9 Normal, 33 - 38.9 Alto,  $\geq 39$  Muy Alto.

40 a 59 años: < 23 Bajo, 23 - 33.9 Normal, 34 – 39.9 Alto,  $\geq 40$  Muy Alto

60 a 79 años: < 24 Bajo, 24 - 35.9 Normal, 36 a 41,9 Alto,  $\geq 42$  Muy Alto

**Varón:**

20 a 39 años: < 8 Bajo, 8 – 19.9 Normal, 20 – 24.9 Alto, ≥ 25

Muy Alto.

40 a 59 años: < 11 Bajo, 11 – 21.9 Normal, 22 – 27.9 Alto, ≥ 28

Muy Alto

60 a 79 años: < 13 Bajo, 13 – 24.9 Normal, 25 – 29.9 Alto, ≥ 30

Muy Alto

**Grasa Visceral:**

≤ 9 Normal, ≥ 10 Alto

**Circunferencia de cintura:**

La circunferencia de la cintura (CC) se midió en el momento de vacío entre el final de la espiración y el comienzo de la inspiración de una respiración normal, en el punto medio entre el margen costal inferior (borde inferior de la décima costilla) y la cresta ilíaca (espina ilíaca antero superior), con una cinta métrica ergonómica SECA para medir perímetros, con precisión de 1 mm.

Según la **Guía Técnica para Valoración Nutricional Antropométrica de la Persona Adulta (MINSA)**, los puntos de corte considerados para circunferencia de la cintura son:

**Mujer:**

<80 cm Bajo Riesgo Cardiometabólico, ≥80 cm Alto Riesgo Cardiometabólico, ≥88 cm Muy Alto Riesgo Cardiometabólico.

**Varón:**

<94cm Bajo Riesgo Cardiometabólico, ≥94 cm Alto Riesgo Cardiometabólico, ≥102 cm Muy Alto Riesgo Cardiometabólico.

### **3.5 Análisis de datos**

Después de recolectar los datos de las evaluaciones antropométricas (peso, talla, IMC, circunferencia de cintura, % de grasa corporal y % de grasa visceral) para evaluar el estado nutricional, y los cuestionarios sobre estilos de vida saludables. Toda la información fue ingresada a una base de datos utilizando software Microsoft Excel XP versión 2010.

Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 20. Los resultados han sido presentados en tablas. La correlación usada fue la Correlación de Spearman.

### **3.6 Aspectos éticos**

Se solicitó a los participantes un consentimiento informado para su participación, previamente se les explicó acerca del estudio, sobre la confidencialidad de la información obtenida y que no se haría ningún proceso invasivo.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Los resultados de este estudio corresponden a 106 profesionales de la salud evaluados en un hospital del MINSA en el periodo de Septiembre y Octubre del 2014. De los cuales 79 son mujeres y 27 son varones. La muestra estuvo conformada por 39 enfermeras, 37 médicos (16 mujeres y 21 varones), 18 obstetrices, 6 nutricionistas (4 mujeres y 2 varones) y 6 tecnólogos médicos (2 mujeres y 4 varones).

Los profesionales de la salud del presente estudio en promedio tienen 45.5 años. La media del peso es de 47 kg, y el máximo es de 108.1 kg. Con respecto al IMC el promedio es de 27.3 correspondiendo a la clasificación de sobrepeso. En cuanto a la circunferencia de cintura la media es de 88 cm, y el máximo es de 124 cm que corresponde a la clasificación de muy alto riesgo cardiometabólico. Referente al porcentaje de grasa corporal el promedio es de 37.5% correspondiendo a un nivel alto, y el máximo es de 53.2% que representa un nivel muy alto. En relación a la grasa visceral la media es de 9 correspondiendo al límite superior de lo normal, y el máximo es 27 que representa un nivel alto. (Tabla N°01).

Tabla N°01: Características de la muestra

VARIABLES	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	27,0	68,0	45,5	10,6
Peso	47,0	108,1	68,5	12,2
Talla	1,4	1,8	1,6	0,1
IMC	20,7	37,8	27,3	3,6
CC	71,0	124,0	88,1	10,3
% Grasa Corporal	18,9	53,2	37,5	7,5
Grasa Visceral	3,0	24,0	9,0	3,7

Fuente: Elaboración propia

De los profesionales de la salud evaluados el 72.6% presentan un Estilo de vida “Poco saludable”, el 24.5% “Saludable” y el 2.8% “Muy saludable”. Según profesiones el 74.4% de enfermeras, 75.7% de médicos, 77.8% de obstetricas y 100% de tecnólogos médicos presentan un Estilo de vida “Poco saludable”. Ningún médico ni obstetriz presentan un Estilo de vida “Muy saludable”. Los nutricionistas es el único grupo que no muestra un Estilo de vida “Poco saludable”, y el total del porcentaje de los nutricionistas tienen un Estilo de vida “Saludable” y “Muy saludable”, pero es importante recalcar que los nutricionistas evaluados fueron seis. (Tabla N°02).

Tabla N°02: Estilos de vida saludables según profesionales de la salud

Estilos de Vida Saludables	Profesionales de la Salud					Total
	Enfermera	Médico	Nutricionista	Obstetriz	Tecnólogo Médico	
	n (%)					
<b>Poco saludable</b>	29 (74.4)	28 (75.7)	0	14 (77.8)	6 (100)	77 (72.6)
<b>Saludable</b>	8(20.5)	9 (24.3)	5 (83.3)	4 (22.2)	0	26 (24.5)
<b>Muy saludable</b>	2 (5.1)	0	1 (16.7)	0	0	3 (2.8)
<i>Recuento total</i>	39	37	6	18	6	106
<i>% del total</i>	36,8%	34,9%	5,7%	17,0%	5,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según grupo de edad, el 77.4% de los profesionales evaluados se encuentran en el rango de 25 a 54 años, y en este grupo el 72% presentan un Estilo de vida “Poco saludable”. (Tabla N°03).

Tabla N°03: Estilos de vida saludables según grupo de edad

Grupo de edad (años)	Muy Saludable	Poco Saludable	Saludable	Total
n (%)				
<b>25 a 54</b>	2 (2.4)	59 (72.0)	21 (25.6)	82 (77.4)
<b>55 a 59</b>	1 (7.7)	12 (92.3)	0 (0.0)	13 (12.3)
<b>60 a más</b>	0 (0.0)	6 (54.5)	5 (45.5)	11 (10.4)
<b>Total General</b>	3 (2.8)	77 (72.6)	26 (24.5)	106 (100)

Según tiempo laborando en hospital, el 33.7% de los profesionales evaluados se encuentran en el rango de 1 a 5 años, y en este grupo el 60% presentan un Estilo de vida “Poco saludable”. (Tabla N°04).

Tabla N°04: Estilos de vida saludables según tiempo laborando en hospital

Tiempo Laborando (años)	Muy Saludable	Poco Saludable	Saludable	Total
	n (%)			
1 a 5	1 (2.5)	24(60.0)	15 (37.5)	40 (37.7)
6 a 19	1 (2.9)	28(82.4)	5 (14.7)	34 (32.1)
20 a más	1 (3.1)	25(78.1)	6 (18.8)	32 (30.2)
<b>Total General</b>	3 (2.8)	77(72.6)	26 (24.5)	106 (100)

Con respecto al Índice de Masa Corporal (IMC) de los profesionales de salud evaluados, el 45.3% presenta sobrepeso, 20.8% obesidad I, 1.9% obesidad II, 29.2% está dentro de lo normal y el 2.8% presenta delgadez. Según profesiones el 53.8% de enfermeras, 35.1% de médicos, 61.1% de obstetricas y 50% de tecnólogos médicos presentan sobrepeso. El 17.9% de enfermeras, 29.7% de médicos, 11.1% de obstetricas, 33.3% de tecnólogos médicos presentan obesidad tipo I. Sólo el grupo de enfermeras presentaron delgadez (7.7%) Los médicos es el único grupo que presentan obesidad tipo II, y el 100% de nutricionistas está dentro de un estado normal según IMC. (Tabla N°05).

Tabla N°05: IMC según profesionales de la salud

IMC	Profesionales de la Salud					Total
	Enfermera	Médico	Nutricionista	Obstetriz	Tecnólogo Médico	
	n(%)					
<i>Delgadez</i>	3 (7.7)	0	0	0	0	3 (2.8)
<i>Normal</i>	8 (20.5)	11(29.7)	6 (100)	5 (27.8)	1 (16.7)	31 (29.2)
<i>Sobrepeso</i>	21 (53.8)	13 (35.1)	0	11 (61.1)	3 (50)	48 (45.3)
<i>Obesidad I</i>	7 (17.9)	11 (29.7)	0	2 (11.1)	2 (33.3)	22 (20.8)
<i>Obesidad II</i>	0	2 (5.4)	0	0	0	2 (1.9)
<i>Recuento total</i>	39	37	6	18	6	106
<i>% del total</i>	36,8%	34,9%	5,7%	17,0%	5,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según grupo de edad, en el rango de 25 a 54 años, 46.3% de los profesionales de la salud evaluados presentan sobrepeso y 20.7% obesidad I. (Tabla N°06).

Tabla N°06: IMC según grupo de edad

Grupo de edad (años)	Delgadez	Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Total
	n (%)					
<b>25 a 54</b>	0 (0.0)	27 (32.9)	38 (46.3)	17 (20.7)	0 (0.0)	82 (77.4)
<b>55 a 59</b>	0 (0.0)	1 (7.7)	6 (46.2)	4 (30.8)	2 (15.4)	13 (12.3)
<b>60 a más</b>	3 (27.3)	3 (27.3)	4 (36.4)	1 (9.1)	0 (0.0)	11 (10.4)
<b>Total General</b>	3 (2.8)	31 (29.2)	48 (45.3)	22 (20.8)	2 (1.9)	106 (100)

Según tiempo laborando en hospital, en el rango de 1 a 5 años, el 35% de profesionales de la salud evaluados presenta sobrepeso y 22.5% obesidad I. En el rango de 6 a 19 años, el 52.9% presenta sobrepeso. (Tabla N°07).

Tabla N°07: IMC según tiempo laborando en hospital

Tiempo Laborando (años)	Delgadez	Normal	Sobrepeso	Obesidad I	Obesidad II	Total
	n (%)					
1 a 5	0 (0.0)	17 (42.5)	14 (35.0)	9 (22.5)	0 (0.0)	40 (37.7)
6 a 19	0 (0.0)	8 (23.5)	18 (52.9)	7 (20.6)	1 (2.9)	34 (32.1)
20 a más	3 (9.4)	6 (18.8)	16 (50.0)	6 (18.8)	1 (3.1)	32 (30.2)
<b>Total General</b>	3 (2.8)	31 (29.2)	48 (45.3)	22 (20.8)	2 (1.9)	106 (100)

De los profesionales de la salud evaluados en relación a la circunferencia de cintura, el 39.6% presentan alto riesgo cardiometabólico, el 31.1% en muy alto riesgo cardiometabólico y el 29.2% en bajo riesgo cardiometabólico. Según profesiones, el 33.3% de enfermeras, 43.2% de médicos, 55.6% de obstetricas y 50% de tecnólogos médicos presentan alto riesgo cardiometabólico. El 43.6% de enfermeras, 27% de médicos, 22.2% de obstetricas y 33.3% de tecnólogos médicos presentan muy alto riesgo cardiometabólico. Sólo en el grupo de nutricionistas el 100% presentan bajo riesgo cardiometabólico. (Tabla N°08).

Tabla N°08: Circunferencia de cintura según profesionales de la salud

Circunferencia de Cintura	Profesionales de la Salud					Total
	Enfermera	Médico	Nutricionista	Obstetriz	Tecnólogo Médico	
	n(%)					
<b>Bajo Riesgo Cardiometaabólico</b>	9 (23.1)	11(29.7)	6 (100)	4 (22.2)	1 (16.7)	31 (29.2)
<b>Alto Riesgo Cardiometaabólico</b>	13 (33.3)	16(43.2)	0	10 (55.6)	3 (50)	42 (39.6)
<b>Muy Alto Riesgo Cardiometaabólico</b>	17 (43.6)	10 (27)	0	4 (22.2)	2 (33.3)	33 (31.1)
<i>Recuento</i>	39	37	6	18	6	106
<i>% del total</i>	36,8%	34,9%	5,7%	17,0%	5,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al porcentaje de grasa corporal de los profesionales de la salud evaluados, el 58.5% presenta un nivel muy alto, 30.2% alto, 10.4% normal, y sólo una persona presentó un nivel bajo. Según profesiones, el 59% de enfermeras, 67.6% de médicos, 61.1% de obstetricas y 50% de tecnólogos médicos presentan un nivel muy alto. El 28.2% de enfermeras, 21.6% de médicos, 50% de nutricionistas, 38.9% de obstetricas y 50% de tecnólogos médicos presentan un nivel alto. Ninguna obstetriz ni tecnólogo médico presenta un nivel normal de porcentaje de grasa. (Tabla N°09).

Tabla N°09: Porcentaje de grasa corporal según profesionales de la salud

Grasa Corporal	Profesiones					Total
	Enfermera	Médico	Nutricionista	Obstetriz	Tecnólogo Médico	
	n (%)					
<b>Bajo</b>	1 (2.6)	0	0	0	0	1 (0.9)
<b>Normal</b>	4 (10.3)	4 (10.8)	3 (50)	0	0	11 (10.4)
<b>Alto</b>	11 (28.2)	8 (21.6)	3 (50)	7 (38.9)	3 (50)	32 (30.2)
<b>Muy Alto</b>	23 (59)	25 (67.6)	0	11 (61.1)	3 (50)	62 (58.5)
<i>Recuento Total</i>	39	37	6	18	6	106
<i>% del total</i>	36,8%	34,9%	5,7%	17,0%	5,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

De los profesionales de la salud evaluados en relación a la grasa visceral, el 34% presenta un nivel alto. Según profesiones, el 23.1% de enfermeras, 54.1% de médicos, 22.2% de obstetrices y 50% de tecnólogos médicos presentan un nivel alto. El 76.9% de enfermeras, 45.9% de médicos, 77.8% de obstetrices y 50% de tecnólogos médicos presentan un nivel normal. En el grupo de nutricionistas el 100% presentan un nivel normal. (Tabla N°10).

Tabla N°10: Grasa Visceral según profesionales de la salud

	Profesiones					Total
	Enfermera	Médico	Nutricionista	Obstetriz	Tecnólogo Médico	
	n (%)					
<b>Normal</b>	30 (76.9)	17 (45.9)	6 (100)	14 (77.8)	3 (50)	70 (66)
<b>Alto</b>	9 (23.1)	20 (54.1)	0	4 (22.2)	3 (50)	36 (34)
<i>Recuento Total</i>	39	37	6	18	6	106
<i>% del total</i>	36,8%	34,9%	5,7%	17,0%	5,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Según la correlación de Spearman para los cruces de estilos de vidas saludables y estado nutricional, se muestra que la asociación es significativa con IMC, circunferencia de cintura y con grasa visceral ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.0773$ ); ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.582$ ); ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)=  $-0.352$ ) respectivamente. Los valores negativos están indicando que a medida que el estilo de vida disminuye los valores antropométricos de estado nutricional aumentan. Este grado de asociación negativa tiene una correlación más fuerte para el caso de estilos de vida saludables e IMC. La correlación de estilos de vida saludables y el porcentaje de grasa corporal no tuvo valores  $p$  menores a 0.05 ( $p= 0.253$ ;  $r$  (rho)=  $-0.111$ ), por lo tanto no presentan asociación. (Tabla N°11).

Tabla N°11: Correlación de Spearman del estilo de vida saludable y estado nutricional

<i>Correlación Spearman</i>	<i>r</i>	<i>p valor</i>
Estilo de vida saludable e IMC	-0,773	0
Estilo de vida saludable y Circunferencia de cintura	-0,582	0
Estilo de vida saludable y Grasa visceral	-0,352	0
Estilo de vida saludable y % Grasa Corporal	-0,111	0,253

Fuente: Elaboración propia

En la correlación de Spearman para las seis dimensiones de la variable estilos de vida saludables con el estado nutricional según medidas antropométricas, se observa que la dimensión “Hábitos alimenticios” presenta un grado de asociación significativa con IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)= -0.671); ( $p= 0.000$ ;  $r$  (rho)= -0.458); ( $p= 0.002$ ;  $r$  (rho)= -0.3) respectivamente. El resultado negativo estaría indicando que a medida que los hábitos alimenticios son menos saludables, los valores de IMC, circunferencia de cintura y grasa visceral aumentan. En el caso de las otras medidas dimensiones (Condición actividad física y deporte, Recreación y manejo del tiempo libre, Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, Sueño, Autocuidado y cuidado médico) no presentan asociación con los estilos de vida saludables. (Tabla N°12).

Tabla N°12: Correlación de Spearman para las dimensiones del estilo de vida saludable y el estado nutricional

<i>Dimensiones</i>	IMC		CC		% Grasa		Grasa Visceral	
	<i>r</i>	<i>p valor</i>	<i>r</i>	<i>p valor</i>	<i>r</i>	<i>p valor</i>	<i>r</i>	<i>p valor</i>
Condición actividad física y deporte	0,163	0,094	0,55	0,571	0,043	0,663	0,125	0,218
Recreación y manejo del tiempo libre	-0,059	0,549	-0,068	0,494	-0,072	0,467	-0,084	0,391
Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas	-0,172	0,078	-0,169	0,085	0,05	0,615	-0,214	0,036
Sueño	-0,011	0,915	-0,084	0,388	0,082	0,406	0,083	0,428
<b>Hábitos alimenticios</b>	-0,671	0	-0,458	0	-0,131	0,182	-0,3	0,002
Autocuidado y cuidado médico	-0,104	0,28	-0,002	0,981	-0,103	0,293	0,02	0,847

Fuente: Elaboración propia

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En la investigación realizada se encontró que el 72.6% de la población estudiada tiene un Estilo de vida “Poco saludable”, el 24.5% tiene un Estilo de Vida “Saludable” y un 2.8% “Muy saludable”. En los profesionales médicos y enfermeras se encuentra el mayor porcentaje de “Poco Saludables”. Cabe resaltar que los nutricionistas evaluados no presentan estilos de vida “Poco Saludables”. Estos datos se relacionan con los hallados por Sanabria-Ferrand y cols., en su estudio exploratorio sobre “Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos”, donde encontraron que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras tenían hábitos totalmente saludables, y que sus estilos de vida presentan en general deficiencias, sobre todo en aspectos como la actividad física y el deporte, siendo menos saludable en las enfermeras que en los médicos. Al igual que en otros estudios, esto evidencia que la sola información sobre la enfermedad no es suficiente para producir cambios de conducta que la prevengan<sup>(6)</sup>.

Otro estudio realizado por Córdova D y cols., también correlacionó el estilo de vida y estado de nutrición, aunque su población eran universitarios, encontraron que sí existe una correlación significativa de 99%. Sin embargo, esta correlación es débil porque al ser el estilo de vida un comportamiento en el que intervienen diferentes

variables, se infiere que cada una de ellas aporta cierto nivel de importancia, pero no puede atribuírsele únicamente a una de ellas un impacto altamente significativo <sup>(10)</sup>.

En relación al IMC un 29.2% de la población se encuentra en un rango “Normal”, el 48% se encuentra con sobrepeso y un 22.7% tiene algún tipo de obesidad. En el grupo de médicos se encuentra el mayor porcentaje de obesos con 34.1%, esta información se parece al estudio de Rodríguez-Martín A y cols., sobre “Estilos de vida asociados con sobrepeso y obesidad en adultos españoles” donde hallaron que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 37% y 17% respectivamente, mayor en varones e incrementándose con la edad <sup>(17)</sup>.

Del mismo modo, un estudio realizado por Ratner R y cols., sobre la calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile, en el año 2012, dio a conocer que los estudiantes evaluados tuvieron un IMC promedio cercano al límite superior de la normalidad y, por otro lado, el 27,4% presentó un estado nutricional de sobrepeso u obesidad, con una proporción significativamente mayor en varones, datos que ponen en evidencia la tendencia hacia la malnutrición a pesar de tratarse de estudiantes universitarios, quienes podrían estar más informados sobre los múltiples beneficios de llevar estilos de vida saludables y estarían más dispuestos a asumirla <sup>(37)</sup>.

Los datos obtenidos en la investigación sobre IMC son preocupantes porque las personas con sobrepeso y obesas son más susceptibles a desarrollar un cierto grado de resistencia a la insulina (IR), que es un factor de riesgo para el desarrollo de la diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular. Estos factores sumados a presión arterial elevada, y aumento de los niveles de lípidos pueden ser un grupo de factores para el síndrome metabólico que representan un aumento del riesgo de mortalidad y la morbilidad <sup>(2)</sup>.

Sobre estilos de vida saludables los resultados obtenidos difieren de los hallados por Triviño LP y cols., en su investigación “Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad”, donde encontraron un “buen” estilo de vida con 56,5% y 54,9%, seguido de “excelente” con 35,5% y 23,9% en hombres y mujeres, respectivamente,  $p < 0,05$ . Pero sí se relaciona al resultado obtenido respecto a la correlación, donde al estratificar por género hallaron correlación negativa a mayor calificación en el dominio de nutrición y menor IMC ( $r = -0,39$ ,  $p = 0,01$ ) en el grupo de mujeres <sup>(16)</sup>.

Asimismo, en el estudio de Ratner y cols., en estudiantes de educación superior se asocia la alta prevalencia de conductas alimentarias inadecuadas, tabaquismo y sedentarismo con exceso de peso y antecedentes de algunas patologías crónicas asociadas a los

estilos de vida ( $p < 0,001$ ), situación preocupante dado que, dentro del grupo de estudiantes universitarios en general se encuentran aquellos que se forman en el área de salud <sup>(37)</sup>.

En los resultados hallados se observó que el grupo de nutricionistas evaluados presentaban estilos de vida “Saludable” y “Muy saludable”, y ninguno de ellos evidenció un estilo de vida “Poco saludable”, lo cual guarda relación con el estudio de Arguello y cols, sobre los estilos de vida en estudiantes universitarios, quienes en relación con la dimensión de Alimentación, encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable Programa Académico ( $F = 1,93$ ;  $gl = 12$ ;  $p \leq 0.05$ ), en donde los estudiantes de Nutrición y Dietética evidencian estilos de vida más saludables <sup>(38)</sup>.

En cuanto a circunferencia de cintura un 29.2% de la población está en un nivel “Bajo”. EL 39.6% se encuentra en un nivel “Alto” y un 31.1% en un nivel “Muy alto”, siendo representados en su mayoría por las enfermeras. Del mismo modo el estudio de Ledo Varela T y cols., en su investigación “Características nutricionales y estilo de vida en universitarios” hallaron que un 15,3% de casos presentó un perímetro de cintura excesivo y la masa grasa fue superior en las mujeres <sup>(14)</sup>. Al respecto una investigación realizada por May y cols., sobre factores de estilos de vida, evidenció que la combinación de conductas saludables

positivas fueron asociadas significativamente a menor ganancia de circunferencia de cintura y de peso <sup>(39)</sup>.

Respecto al porcentaje de grasa corporal el 30.2% y 58.5% de los profesionales de la salud evaluados presentan un nivel “Alto” y “Muy Alto” respectivamente. Destacando el grupo de médicos con 67.6%, obstetrices con 61.1% y enfermeras con 59% de niveles “Muy Altos” de porcentaje de grasa corporal. El 66% de la población tiene grasa visceral “Normal” y un 34% se encuentra en un rango “Alto”. El grupo de médicos tiene un 54.1% de valores “Alto” para este índice. Las enfermeras y obstetrices se encuentran con porcentajes de 23.1 y 22,2 respectivamente.

También se debe considerar que la adopción de estilos de vida poco saludables, el progreso científico-técnico (incremento del sedentarismo) y la ausencia o insuficiencia de políticas de salud acordes con dichos cambios, influyen en el incremento de la prevalencia de obesidad a nivel global. Ello contribuye al incremento de la morbilidad por enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, dislipidemia y cáncer, además, la obesidad y sus consecuencias tiene gran impacto en el gasto sanitario en el mundo <sup>(40)</sup>.

Es importante tener en cuenta que a diferencia de la población general, los profesionales de la salud que no lleven un estilo de vida saludable y presenten sobrepeso y obesidad, representan un problema mayor, no sólo su salud personal, sino para la de sus pacientes, porque los profesionales de la salud que cuidan de su salud y mantienen un peso adecuado tienen mayor probabilidad de practicar una medicina preventiva y de tener mayor éxito en el seguimiento de las recomendaciones a sus pacientes <sup>(6)</sup>.

Así mismo se hace necesario investigar más sobre el tema de estilos de vida saludables y la consejería para promocionar salud y prevenir enfermedades por parte de los profesionales de la salud.

## CONCLUSIONES

1. Según la correlación de Spearman se encontró una asociación negativa entre los Estilos de Vida Saludables y Grasa visceral, Estilos de Vida Saludable e IMC, y Estilos de Vida Saludable y Circunferencia de cintura.
2. De las seis dimensiones del instrumento Estilos de Vida Saludable, los “Hábitos Alimenticios” se correlacionaron negativamente con IMC, Circunferencia de cintura y Grasa visceral.
3. Después de aplicar el instrumento, más del 70% de los profesionales de la salud presentan un Estilo de Vida “Poco Saludable”, la cuarta parte “Saludable” y menos del 3% “Muy Saludable”.
4. De los profesionales de la salud evaluados el 68% presentan sobrepeso y obesidad; 70% presentan alto y muy alto riesgo cardiometabólico y casi el 90% tiene un porcentaje de grasa alto y muy alto.

## RECOMENDACIONES

### **Para el Ministerio de Salud de Lima (MINSA):**

- ✓ Impulsar la promoción de estilos de vida saludables para profesionales de la salud a través de estrategias eficaces de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- ✓ Promover intervenciones educativo comunicacionales específicas para mejorar estilos de vida saludables y estado nutricional en profesionales de la salud.
- ✓ Implementar en los hospitales espacios saludables para fomentar la práctica de estilos de vida saludables en los profesionales de la salud y también en los pacientes.
- ✓ Realizar un estudio nacional sobre estilos de vida saludables y estado nutricional en profesionales de la salud.

### **Para los Hospitales del MINSA:**

- ✓ Adecuar espacios en sus instalaciones para promover en los profesionales de la salud la práctica de estilos de vida saludables.

- ✓ Fomentar en los profesionales de la salud la consejería sobre estilos de vida saludables.
- ✓ Evaluar nutricionalmente el menú brindado a los profesionales de la salud dentro del hospital.

**Para los Profesionales de la Salud:**

- ✓ Mejorar su estado nutricional y prácticas de estilos de vida saludables, para prevenir complicaciones futuras.
- ✓ Promocionar la consejería sobre estilos de vida saludables en sus pacientes y ser un verdadero ejemplo para ellos.
- ✓ Realizar investigación cualitativa para explorar las barreras en la práctica de estilos de vida saludables, y conocer la conducta de consejería en estilos de vida saludables de los profesionales de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pérez E, Sandoval M, Schneider S. Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. 2008; N° 179.
- 2) Caterson ID, Gill TP. Obesity: epidemiology and possible prevention. Best Pract Res Clin Endocrinol 2002; 16:595-610.
- 3) Becoña Iglesias E, Vasquez F. Promoción de los estilos de vida saludables. ALAPSA 2004;(5): 15-25.
- 4) Hurtado LA y Morales CA. Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador. Tesis de Posgrado. San Salvador-El Salvador. 2012.
- 5) OPS. Municipios, Ciudades y Comunidades Saludables: Recomendaciones para la evaluación, dirigido a los responsables de las políticas en las américas. 2005.
- 6) Sanabria-Ferrand PA., et al. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Revista Med. 2007; 15 (2): 207-217.
- 7) Frank E. Physician health and patient care. JAMA. 2004;291:637.10.1001/jama.291.5.637. [PubMed: 14762049]
- 8) Frank E, Rothenberg R, Lewis Ch, Belodoff BF. Correlates of Physician'Prevention-Related Practices. Findings from the Women Physians'Health Study. Archves of Family Medicine. 2000; 9: 359-67.
- 9) Quirantes AJ, et al. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(3).

- 10)** Córdoba D, Carmona M, Terán OE, Márquez O. Life style and nutritional status in university students: a descriptive, cross-sectional study. *Medwave* 2013; 13(11):e5864 doi: 10.5867/medwave.2013.11.5864.
- 11)** Orellana K y Urrutia L. Evaluación del estado nutricional, nivel de actividad física y conducta sedentaria en los estudiantes universitarios de la Escuela de Medicina de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Tesis para optar Título Profesional. Facultad de Ciencias de la Salud UPC. Lima-Perú. 2013.
- 12)** Cárdenas S. Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte, Lima. Tesis para optar Título Profesional. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú. 2012.
- 13)** Hurtado LA y Morales CA. Correlación entre estilos de vida y la salud de los médicos del hospital regional de Sonsonate. Facultad de Medicina. Universidad de El Salvador. Tesis de Posgrado. San Salvador-El Salvador. 2012.
- 14)** Ledo Varela T, Luis Román D. A, González-Sagrado M, Izaola Jauregui O, y cols. Características nutricionales y estilo de vida en universitarios. *Nutr Hosp.* 2011;26(4):814-818.
- 15)** Ponte M. Estilo de vida de los estudiantes de enfermería, según año de estudio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar Título Profesional. Facultad de Medicina Humana UNMSM. Lima-Perú. 2010.
- 16)** Triviño PL, Dosman VA, Uribe YL, y col. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *Acta Med Colomb* 2009; 34: 158-163.

- 17)** Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz JP, Martínez Nieto JM, Escobar Jiménez L. Life-style factors associated with overweight and obesity among Spanish adults. *Nutr Hosp.* 2009; 24:144-151.
- 18)** Sanabria-Ferrand PA., et al. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. *Revista Med.* 2007; 15 (2): 207-217.
- 19)** Mendoza M. Estilos de vida de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para optar Título Profesional. Facultad de Medicina Humana UNMSM. Lima-Perú. 2006.
- 20)** Grimaldo MP. Estilos de Vida Saludables en un grupo de estudiantes de una universidad particular de la ciudad de Lima. *LIBERABIT.* 2005; 11: 75-82.
- 21)** Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *JR Coll Physicians Edinb.* 2009 December; 39(4): 290–291.
- 22)** Vickers KS, Kircher KJ, Smith MD, et al. Health behavior counseling in primary care: providerreported rate and confidence. *Fam Med.* 2007; 39:730–5. [PubMed: 17987416]
- 23)** Guerrero LR, León AR. Estilo de vida y salud. *Educere.* 2010; 14: 13-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35616720002>.
- 24)** De la Torre S y Tejada J. Estilos de Vida y Aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Educación.* 2007; 44: 101-131.
- 25)** Guerrero LR, et al. La construcción humana del estilo de vida y su influencia en la salud, en una comunidad de los andes venezolanos. *Educere.* 16: 131-142, 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35626160016>.

- 26)** Del Águila R. Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Consultor OPS/OMS Chile. 2012. Disponible en: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- 27)** OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud: Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud. Canadá. 1986.
- 28)** WHO. Healthy Living: What is a healthy lifestyle? WHO Regional for Europe, Copenhagen. 1999.
- 29)** Arrivillaga M y Salazar IC. Creencias relacionadas con el estilo de vida de jóvenes latinoamericanos. *Psicología Conductual*. 2005; 13: 19-36.
- 30)** OMS. El Estado Físico: Uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos 854. Ginebra. 1995.
- 31)** OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas.. Serie de informes técnicos 916. Ginebra. 2003
- 32)** CENAN/INEI. Estado Nutricional en el Perú. Componente Nutricional ENAHO- CENAN-INS. 2011.
- 33)** Fariñas-Rodríguez L, Vázquez-Sánchez V, Martínez-Fuentes A, Carmenate-Moreno MM, Marrodán MD. Evaluación del estado nutricional de escolares cubanos y españoles: índice de masa corporal frente a porcentaje de grasa. *Nutr. clín. diet. hosp*. 2012; 32(2):58-64.
- 34)** Sergio A Godínez Gutiérrez et al. La grasa visceral y su importancia en obesidad *Revista de Endocrinología y Nutrición* Vol. 10, No. 3 Julio-Septiembre 2002. pp 121-127.
- 35)** OPS, Jenkins CD. Mejoremos la Salud a todas las Edades: Un manual para el cambio de comportamiento. Publicación Científica y Técnica No. 590. 2005.

- 36)** Hernández R, Fernández-Collado C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4a ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana. 2006. p. 521-747.
- 37)** Ratner R, Hernández P, Martel J, Atalah E. Calidad de la alimentación y estado nutricional en estudiantes universitarios de 11 regiones de Chile. Rev. Med. Chile 2012; 140: 1571-1579.
- 38)** Arguello M, Bautista Y, Carvajal J, De Castro K, Díaz D, Escobar M, et al. Estilos de vida en estudiantes del área de la salud de Bucaramanga. Revista de Psicología, Universidad de Antioquía. 2009; 1 (2).
- 39)** May AM, Romaguera D, Travier N, Ekelund U, Bergmann MM, et al. (2012) Combined Impact of Lifestyle Factors on Prospective Change in Body Weight and Waist Circumference in Participants of the EPIC-PANACEA Study. PLoS ONE 7(11).
- 40)** Quirantes A, López M, Hernández E, Pérez A. Estilo de vida, desarrollo científico-técnico y obesidad Lifestyle, scientific and technical development and obesity. Revista Cubana de Salud Pública. 2009; 35(3)

## **ANEXOS**

### **Anexo 1: Formato de consentimiento informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente trabajo de investigación lo realiza una Tesista de Maestría y se cuenta con la asesoría de un Asesor de Investigación.

##### **Propósito**

Este estudio pretende evaluar los estilos de vida de saludable de los profesionales de la salud.

##### **Participación**

Pedimos su permiso para que participe en el desarrollo del cuestionario que se llevara a cabo como parte del presente estudio. Esperamos su completa sinceridad. Estaré agradecida por el permiso otorgado.

##### **Riesgos del estudio**

Este estudio no representa ningún riesgo para usted.

##### **Beneficios del estudio**

La participación de usted contribuirá con el mejoramiento de las actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud.

##### **Costo de la participación**

La participación de usted en el estudio no representa ningún costo.

##### **Confidencialidad**

Toda la información obtenida en el estudio es confidencial y se respetará la privacidad de la información recolectada.

##### **Requisitos de participación**

Profesional de la salud que atiende y tiene contacto directo con el paciente. Al aceptar su participación voluntaria deberá firmar este documento llamado

“Consentimiento informado”. Si Ud. quiere retirarse del estudio, puede hacerlo con libertad.

### **Donde conseguir información**

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con Lita Palomares Estrada al teléfono 980051918 en horario de oficina, donde con mucho gusto serán atendidos.

### **Declaración Voluntaria**

Yo, \_\_\_\_\_ he sido informado(a) del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que mi participación es gratuita. Estoy enterado(a) de la forma cómo se realizará el estudio y que puedo retirarme en cuanto lo desee, sin que esto represente que tenga que pagar o recibir alguna represalia por parte de la investigadora.

Por lo anterior acepto participar en la investigación de: “Evaluación del los Estilos de Vida Saludable en Profesionales de la Salud”

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2014

\_\_\_\_\_  
Firma

## Anexo 2: Cuestionario Validado sobre Estilos de Vida Saludables

### CUESTIONARIO SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Sexo: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Distrito de procedencia: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Estudios: Diplomado: \_\_\_\_ Maestría: \_\_\_\_ Doctorado: \_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero: \_\_\_\_ Casado: \_\_\_\_ Divorciado: \_\_\_\_ Viudo: \_\_\_\_

Tiempo laborando en el hospital: \_\_\_\_\_

Atiendes pacientes: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Cuántos pacientes atiende al día?: \_\_\_\_\_

Por favor marca con una "X" la casilla que mejor describa tu comportamiento. Te pedimos contestar con mucha sinceridad. No pienses demasiado en responder y hazlo de acuerdo a lo que generalmente sueles hacer. Tienes 4 alternativas para cada pregunta. No existen respuestas ni buenas ni malas. Esta encuesta es totalmente anónima y confidencial.

CONDICIÓN ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Haces ejercicio, practicas algún deporte, caminas, trotas, manejas bicicleta, nadas, bailas, o haces aeróbicos, por un tiempo mínimo de 30 minutos durante 5 días a la semana.				
Terminas el día con vitalidad y sin cansancio.				
Mantienes tu peso corporal estable.				
Practicas ejercicios que le ayudan a estar tranquilo (yoga, meditación, relajación autodirigida, taichí, kun fu, danza)				

RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Practicas actividades físicas de recreación (juegos, deportes, caminatas, bicicleta, natación, patinaje, baile)				
Incluyes momentos de descanso en su rutina diaria.				
Compartes con su familia y/o amigos el tiempo libre.				
En tu tiempo libre: lee, va al cine, pasea, escucha música.				
Destinas parte de su tiempo libre para actividades académicas o laborales.				
¿Ves televisión 3 o más horas al día?				

CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
¿Fumas cigarrillo o tabaco?				
¿Prohíbes que fumen en su presencia?				
¿Consumes licor al menos dos veces a la semana?				
¿Consumes licor o alguna otra droga cuando se enfrenta a situaciones de angustia o problemas en su vida?				
¿Dices "NO" a todo tipo de droga?				
¿Consumes más de 3 tazas de café al día?				

SUEÑO	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
¿Duermes al menos 7 horas diarias?				
¿Trasnochas?				
¿Duermes bien y se levanta descansado?				
¿Te es difícil conciliar el sueño?				
¿Tienes sueño durante el día?				
¿Tomas pastillas para dormir?				

HÁBITOS ALIMENTICIOS	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
¿Consumes entre 6 y 8 vasos de agua al día?				
¿Añades sal a las comidas en la mesa?				
¿Consumes más de 1 vaso de gaseosa a la semana?				
¿Consumes dulces, helados y pasteles más de 2 veces a la semana?				
¿Comes 3 frutas y 2 platos de verduras al día?				
¿Acostumbras comer al día 3 comidas principales y 1 refrigerio?				
¿Comes en tu refrigerio frutas, frutos secos, verduras o yogur?				
¿Sueles consumir leche, yogur o queso bajo en grasa o "light"?				
¿Comes pescado al menos 2 veces a la semana?				
¿Consumes embutidos (jamón, mortadela, jamón, salchicha, tocino)?				
¿Mantienes horarios ordenados para tu alimentación?				
¿Te tomas tiempo para comer y masticar bien tus alimentos?				
¿Consumes comidas ricas en grasas y frituras?				
¿Comes frente al televisor, computadora o leyendo?				
¿Las preparaciones de tus comidas suelen ser al vapor, sancochado, guisado, estofado, a la plancha o sudado.				
¿Cuándo comes fuera sueles ordenar platos al horno, al vapor, a la parrilla?				
¿Desayunas todos los días?				
¿Consumes comidas rápidas (pizza, hamburguesa, hotdog, tacos, alitas, etc)?				

AUTOCUIDADO Y CUIDADO MÉDICO	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Nunca
Vas al odontólogo por lo menos una vez al año.				
Vas al médico por lo menos una vez al año.				
Cuando te expones al sol, usas protector solar.				
Chequeas al menos una vez al año tu presión arterial.				
Te realizas exámenes de colesterol, triglicéridos y glicemia una vez al año.				
Te automedicas y/o acudes al farmaceuta en casos de dolores musculares, de cabeza o estados gripales.				
Observas tu cuerpo con detenimiento para detectar cambios físicos.				
Como conductor o pasajero usas cinturón de seguridad.				

### Anexo 3: Ficha de recolección de datos

#### FICHA DE ESTADO NUTRICIONAL

- Nombre:
- Edad:
- Carrera Profesional:
- Teléfono:
- Email:

<b>Datos Antropométricos</b>	<b>Valor de Evaluación Antropométrica</b>
Peso (kg.)	
Talla (m)	
Índice de Masa Corporal (IMC)	
Circunferencia de Cintura	
% de Grasa Corporal	
Grasa Visceral	

## Anexo 4: Operacionalización de variables

Variable	Tipo	Definición Conceptual	Definición	Medición de Variables	Indicador
Estilos de vida saludables	Cualitativo	Hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones relacionadas a la salud de una persona.	Evaluación de 6 dimensiones: 1. Condición, Actividad Física y Deporte. 2. Recreación y Manejo del Tiempo Libre. 3. Autocuidado y Cuidado Médico. 4. Hábitos Alimenticios. 5. Consumo de Alcohol, Tabaco y otras Drogas. 6. Sueño.	Ordinal	a) Muy Saludable b) Saludable c) Poco Saludable d) No Saludable
Índice de Masa Corporal (IMC)	Cuantitativo	Cociente entre el peso y la talla. Es un indicador de la grasa corporal.	Dividido en 4 dimensiones: 1. Delgadez 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad	Nominal	a) N° de personas en delgadez b) N° de personas con IMC normal c) N° de personas con sobrepeso d) N° de personas con obesidad
Circunferencia de Cintura	Cuantitativo	Perímetro medido en el punto que se encuentra entre la parte inferior de la última costilla y la parte más alta de la cadera.	Dividido en 3 dimensiones: 1. Bajo Riesgo Cardiometabólico 2. Alto Riesgo Cardiometabólico 3. Muy alto Riesgo Cardiometabólico	Nominal	a) N° de personas con Bajo Riesgo Cardiometabólico b) N° de personas con Alto Riesgo Cardiometabólico

					bólico c) N° de personas con Muy Alto Riesgo Cardiometabólico
<b>% Grasa Corporal</b>	Cuantitativo		Dividido en 4 dimensiones: 1. Bajo 2. Normal 3. Alto 4. Muy Alto	Nominal	a) N° de personas con Bajo % Grasa Corporal b) N° de personas con Normal % Grasa Corporal c) N° de personas con Alto % Grasa Corporal d) N° de personas con Muy Alto % Grasa Corporal
<b>Grasa Visceral</b>	Cuantitativo	Grasa contenida en la parte interna de las cavidades corporales, envolviendo órganos, sobre todo abdominales	Dividido en 2 dimensiones: 5. Normal 6. Alto	Nominal	a) N° de personas con Grasa Visceral Normal. b) N° de personas con Grasa Visceral Alta.
<b>Carrera Profesional</b>	Cualitativo	Estudios universitarios que permiten obtener un título profesional a nombre de la nación.	Dividido en 6 dimensiones: 1. Nutrición 2. Medicina 3. Enfermería 4. Tecnología Médica 5. Obstetricia 6. Psicología 7. Farmacia	Nominal	N° de personas que pertenecen a cada una de las profesiones de salud designadas.

<b>Sexo</b>	Cualitativo	Conjunto de caracteres que diferencian los machos de las hembras.	Dividido en 2 dimensiones: 1. Femenino 2. Masculino	Nominal	a) N° de personas del sexo masculino b) N° de personas del sexo femenino
<b>Edad</b>	Cuantitativo	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Medida en años cumplidos, y dividido en grupos etáreos.	Proporcional	N° de personas que pertenecen a los grupos etáreos designados.

## Anexo 5: Propuesta de Intervención

### Espacio Saludable

#### Objetivos:

- ✓ Mejorar estilos de vida saludables en profesionales de la salud.
- ✓ Disminuir sobrepeso y obesidad a través de alimentación saludable y actividad física en profesionales de la salud.

### Modelo de Negocio (Business Canvas)

Alianzas	Actividades Claves	Propuesta de Valor	Relación con el Cliente	Segmentos de Clientes
Ministerio de Salud (MINSA). Hospitales del MINSA. Colegios Profesionales de la Salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Acondicionamiento de espacio saludable.</li> <li>Seguimiento y control por especialistas.</li> </ol>	<b>Espacio Saludable:</b> Ambiente acondicionado en el lugar laboral donde se puede realizar actividad física y a la vez ver videos motivadores sobre prácticas de estilos de vida saludables.  Accesible las 24 horas del día.	Personal, de uno a uno (conocemos a nuestros clientes).  <b>Canales de Distribución</b>  Visitas personales a la directiva de hospitales del MINSA, EsSalud y Clínicas. Sensibilización a los profesionales de la salud. Publicidad y Marketing (medios comunicación, redes sociales y página web)	Profesionales de la salud que laboran en hospitales del MINSA.
<b>Recursos Claves</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nutricionista y Entrenador</li> <li>✓ Ambiente</li> <li>✓ Equipos</li> </ul>			
<b>Estructura de Costos</b>		<b>Flujos de Ingreso</b>		
Inversión Inicial Gastos de Administración. Gastos de Ventas. Gastos de Operaciones.		Asistencia de 30 profesionales de la salud diariamente al espacio saludable. El costo por sesión por utilizar el espacio saludable es de 50 nuevos soles.		