

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
ESCUELA DE POST GRADO**



=====

**ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO
METABOLICO / FISIOLÓGICO DE
ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LOS
TRABAJADORES DE LOS HOSPITALES DE LA
DIRESA JUNIN – 2014**

=====

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGISTER**

ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD

Carlos Eduardo Cabrera Navarro

HUÁNUCO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A mi madre:

Julia Doris Navarro Soto †

Ejemplo de vida

AGRADECIMIENTO

Debo agradecer al Director General de la DIRESA Junín y los directores de los hospitales por haber brindado las facilidades para realizar el presente estudio.

Además a la Dra. Verónica Casas y a la Dra. María Villavicencio Guardia por la asesoría y la revisión del manuscrito.

RESUMEN

Objetivos. Determinar la relación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio transversal, de nivel descriptivo y de diseño correlacional, que incluyó a los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín - 2014. El tamaño de la muestra es de 467 trabajadores, que se calculó a través del Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados versión 4.0. Se utilizó el método de auto informe, a través de una encuesta adaptada del cuestionario FANTASTICO, un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá. Se utilizaron las Técnicas Estadísticas Descriptivas para el análisis univariado y Estadísticas Inferenciales para el análisis bivariado.

Resultados. No existe relación significativa entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las as Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín – 2014, confirmada a través de la prueba Chi Cuadrado de 0,007 y de P de 0,934.

Conclusiones. a) No existe relación significativa entre los Estilos de Vida No Saludable y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles, b) Los Estilos de Vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín no son saludables, y c) La proporción de Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles es elevada.

Palabras clave: Alimentación; Actividad Física; Sobrepeso / Obesidad; Hipertensión Arterial

SUMMARY

Objetives. To determine the relationship between Lifestyle and Metabolic Factors / Physiological Risk of Chronic Noncommunicable Diseases in hospital workers DIRESA Junin, 2014. Materials and methods. 2014. The sample size is 467 employees, which is calculated through the Program Epidemiological Analysis - sectional study, descriptive and correlational design level, which included workers in hospitals did DIRESA Junin Tabulated data version 4.0. Self-report method was used, through a survey questionnaire adapted fantastic, a generic instrument designed in the Department of Family Medicine at McMaster University in Canada. Descriptive statistical techniques were used for univariate and bivariate inferential statistics for analysis. Results. There is no significant relationship between Lifestyle and Metabolic Factors / Physiological Risk of Noncommunicable Diseases as workers in hospitals DIRESA Junin - 2014, confirmed by the chi-square test and $P = 0.007$ 0.934 . Conclusions. a) There is no significant relationship between Unhealthy Lifestyle Factors and the Metabolic / physiological danger of Noncommunicable Diseases, b) the lifestyles of workers in the hospitals of the Regional Directorate of Health Junin unhealthy, c) The proportion of factors Metabolic / Physiological Noncommunicable Disease Risk is high.

Keywords: Food; Physical activity; Overweight / Obesity; Arterial hypertension

INTRODUCCION

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, no se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes¹.

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables. Por ejemplo, esto último, en forma de dietas malsanas, puede manifestarse en forma de tensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, hiperlipidemia, y obesidad. Son los llamados "factores de riesgo intermedios" que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular, una de las ENT¹.

Esos comportamientos propician cuatro cambios metabólicos/fisiológicos clave que aumentan el riesgo de ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre). En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico de ENT a nivel mundial es el aumento de la presión arterial (a lo que se atribuyen el 18% de las defunciones a nivel mundial, seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea¹.

La problemática de salud de los trabajadores, en sus diferentes aspectos, ha sido motivo de preocupación debido a los cambios producidos en

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

los modelos de desarrollo y su impacto sobre las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y los factores de riesgo en los lugares de trabajo, que inciden en la salud de la población trabajadora, y que es el motivo de la presente tesis.

A través del estudio, se pretende conocer si existe asociación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles de los trabajadores de los hospitales de la Región Junín, y además, se busca sensibilizar a los tomadores de decisión de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín y de la DIRESA Junín, para: i) implementar la Promoción de la Salud en Centro Laboral, a fin de promover Estilos de Vida Saludable, y ii) prevenir y controlar los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles.

Los resultados de la investigación muestran que no existe relación significativa entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín – 2014.

INDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
SUMMARY	V
INTRODUCCION	VI

CAPITULO I**DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

a) Descripción del problema	10
b) Formulación del problema.	18
- Problema General	18
- Problemas Específicos	18
c) Objetivo General	19
d) Objetivos Específicos	19
e) Hipótesis General	19
f) Hipótesis Específicas	19
g) Variables	20
h) Justificación e importancia	22
i) Viabilidad	23
j) Limitaciones	24

CAPITULO II**MARCO TEÓRICO**

a) Antecedentes	25
b) Bases Teóricas	30
c) Definiciones Conceptuales	42

CAPITULO III**MARCO METODOLÓGICO**

a) Tipo de Investigación	45
b) Diseño y Esquema de Investigación	46
c) Población y Muestra	46
d) Instrumentos de Recolección de Datos	47
e) Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos.	51

**CAPITULO IV
RESULTADOS**

a) Estadísticas	52
b) Contrastación Estadística de Hipótesis	54

**CAPITULO V
DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Discusión de Resultados	99
CONCLUSIONES	103
SUGERENCIAS	104
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	111

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a) DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen la principal causa de muerte a nivel mundial, ya que provocan más defunciones que todas las demás causas juntas, y afectan más a las poblaciones de ingresos bajos y medios².

En la Región de las Américas, las ENT son la causa de tres de cada cuatro defunciones, y 34% de las muertes debidas a ENT son prematuras, es decir, se producen en personas de 30 a 69 años³.

Las ENT se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol¹.

Aproximadamente 3,2 millones de personas mueren a causa del sedentarismo cada año. Las personas con poca actividad física corren un riesgo entre un 20% y un 30% mayor que las otras de morir por cualquier causa. La actividad física regular reduce el riesgo de padecer depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes y cáncer de mama o colon. El sedentarismo es más frecuente en los países de ingresos altos, pero

² Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2010. Resumen de Orientación. 2010:10.

³ Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no Transmisibles en las Américas: Indicadores básicos 2011 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011[consultado el 1 de octubre del 2013]. Se encuentra en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1930&Itemid=1708&lang=es.

actualmente también se detectan niveles muy altos del problema en algunos países de ingresos medios, sobre todo entre las mujeres¹.

El consumo de fruta y verdura en cantidades suficientes reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cáncer de estómago y cáncer colorrectal. La mayoría de las poblaciones consumen niveles de sal mucho más elevados que los recomendados por la OMS para prevenir enfermedades; un consumo elevado de sal es un factor determinante que aumenta el riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares. Las cardiopatías están relacionadas con un consumo elevado de grasas saturadas y ácidos grasos trans. El consumo de alimentos malsanos está creciendo rápidamente en entornos con escasos recursos. Los datos disponibles sugieren que la ingesta de grasas ha aumentado rápidamente en los países de ingresos medios bajos desde la década de los ochenta¹.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Tres de cada diez muertes registradas en el mundo se deben a dolencias cardiovasculares: enfermedades del corazón y los vasos sanguíneos que pueden causar ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares⁴. Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión. La hipertensión afecta a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. La hipertensión se puede prevenir modificando factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol o la inactividad física⁵.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Situación Sanitaria Mundial: Datos y Cifras 2013 [Internet]. Washington (DC): 2013 [consultado el 1 de octubre del 2013]. Se encuentra en: http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/facts/es/index3.html

⁵ Organización Mundial de la Salud. Hipertensión Arterial: Una Enfermedad que Mata en Silencio [Internet]. Washington (DC): 2013 [consultado el 1 de octubre del 2013]. Se encuentra en: <http://www.who.int/es/>

Al menos 2,8 millones de personas mueren cada año por sobrepeso u obesidad. El riesgo de padecer cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del índice de masa corporal (IMC). Un IMC elevado aumenta asimismo el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. La prevalencia de sobrepeso es mayor en los países de ingresos medios altos, pero también se detectan niveles muy elevados en algunos países de ingresos medios bajos. En la Región de Europa, la Región del Mediterráneo Oriental y la Región de las Américas de la OMS, más de la mitad de las mujeres presentan sobrepeso¹.

La salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores son de fundamental importancia para los propios trabajadores y sus familias, y también para la productividad, la competitividad y la sostenibilidad de las empresas y, por ende, para las economías de los países y del mundo⁶.

Según los cálculos actuales, dos millones de hombres y mujeres fallecen anualmente como consecuencia de accidentes de trabajo y enfermedades o traumatismos relacionados con el trabajo⁷. Así mismo, se calcula que cada año se producen 160 millones de casos nuevos de enfermedades relacionadas con el trabajo⁸.

En América Latina la aplicación de políticas de flexibilización laboral por las empresas, facilitada por la reforma de las leyes del trabajo y de las normas

⁶ Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Ambientes de Trabajo Saludables: Un Modelo para la Acción para Empleadores, Trabajadores, Autoridades, Normativas y Profesionales. 2010: 4

⁷ International Labour Organization. Facts on Safety at Work. 2005: 1 – 2

⁸ International Labour Organization / World Health Organization joint press release. Number of work-related accidents and illnesses continues to increase: ILO and WHO join in call for prevention strategies [Internet]. Geneva: 2005[consultado el 5 de octubre del 2013]. Se encuentra en: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_005161/lang-en/index.htm

legales y contractuales, afecta la estabilidad en el empleo, la jornada laboral, los horarios de trabajo, el régimen de vacaciones y de los salarios⁹.

Las condiciones sociales del trabajo, los riesgos y la profundización de inequidades sociales y otros factores similares condicionan a la población trabajadora a una mayor susceptibilidad a las enfermedades, accidentes y desgaste en el trabajo¹⁰.

En cuanto a la enfermedad ocupacional, la OMS extrapola las estadísticas de la Unión Europea obteniendo que la tasa de morbilidad calculada para la enfermedad profesional se encuentre entre 30 a 50 por cada 10.000 trabajadores. La incidencia mundial anual oscila entre 68 y 157 millones de enfermedades profesionales de las cuales, el 35% se tornan crónicas, el 10% generan una incapacidad permanente y el 1% causan la muerte⁹.

Un incremento negativo en el Perú, son las neoplasias malignas, ya que la mortalidad proporcional por estas causas aumentó de manera importante en el periodo de 1986 al año 2000, (de 8% a 17%), de esta manera se muestra que entre los años 2002 y 2007 los tumores malignos ocasionaron 18,981 egresos en los establecimientos de salud, mientras que las enfermedades cardiovasculares 15,760; por su parte la diabetes mellitus ocasionó 4,067 egresos, las causas externas ocasionaron 15,760 y las enfermedades transmisibles 32,321¹¹.

La OIT estimó que en 1997 las pérdidas económicas debido a enfermedades y lesiones ocupacionales, representaron aproximadamente el 4.4% del Producto Bruto Interno (PBI) a nivel mundial. Otros organismos

⁹ Organización Panamericana de la Salud. "La Salud y la Seguridad en el Trabajo en la Región de las Américas: Alianza estratégica entre los ministros de trabajo y de salud". 2004:1 – 20

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa en Salud de los Trabajadores (OCH), Programa sobre Calidad Ambiental (HEQ), División de Salud y Ambiente (HEP) "Plan Regional en Salud de los Trabajadores". 2001:1 – 57

¹¹ Ministerio de Salud. Daños no Transmisibles. Prevención y Control de Daños no Transmisibles. Situación Epidemiológica [Internet]. Lima: 2013 [consultado el 6 de octubre del 2013]. Se encuentra en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6>

internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), señalan que los costos para nuestros países varían entre el 2 al 11% del PBI. Incluso la OIT ha indicado que si los países en vía de desarrollo logran reducir en un 50% las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo, se podría cancelar su deuda externa⁸.

En los últimos años en nuestro país, se han perdido, 5'056,866 millones de Años de Vida Saludable, lo que representa 183.4 Años de Vida Saludable perdidos por cada 1000 habitantes. Las ENT en el Perú están representados por el 58.5% de enfermedades con mayor incidencia, al mismo tiempo son estas enfermedades las que producen mayor discapacidad¹².

El Informe sobre la situación mundial de las ENT ofrece la primera descripción detallada de la carga mundial de las mismas, sus factores de riesgo y sus determinantes, y subraya las oportunidades inmediatas al alcance para hacer frente a la epidemia en todos los entornos mediante un enfoque amplio que abarque la vigilancia de las ENT, la prevención poblacional y el fortalecimiento de la atención de salud y de la capacidad de los países para responder a la epidemia¹.

La base de este informe es una visión común y un marco sólidos orientados a invertir la tendencia de la epidemia: la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las ENT, que fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2000¹.

La década transcurrida desde la aprobación de la estrategia ha sido testigo de importantes avances de política e iniciativas estratégicas que

¹² Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. "Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles". Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de junio del 2013:3

suponen un apoyo adicional para los Estados Miembros en su lucha contra la epidemia de ENT. Los hitos más destacables son los siguientes¹: Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004 y el Plan de Acción 2008-2013 de la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008.

La Estrategia para la Prevención y Control de la ENT 2012 – 2025, da continuidad a las anteriores y pone un mayor énfasis en la necesidad de que se brinde más atención a las ENT en la agenda económica y de desarrollo de los Estados Miembros y de la comunidad internacional¹³.

En la Región de las Américas, en los últimos cinco años se han formulado importantes políticas e iniciativas estratégicas nuevas sobre las ENT a nivel nacional, subregional y regional, muchas de las cuales contaron con la participación activa y el apoyo de la OPS/OMS¹⁴. Las declaraciones políticas más notables han sido la Declaración de Puerto España sobre las enfermedades no transmisibles (2007) emitida por la Comunidad del Caribe (CARICOM), la Declaración política de la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las ENT y la Obesidad (2011), el llamado de acción contra la obesidad de Aruba (2011), la Declaración de la Comisión de los Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) (2011), así como la Declaración de Moscú (2011) y la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea

¹³ Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. "Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2012-2025". Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012:3

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable [Internet]. Washington, DC: OPS; 2011 [consultado el 12 de octubre del 21013]. Se puede encontrar en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5884&Itemid=1926&lang=es

General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (2011)¹⁵.

En el Perú, en respuesta a esta situación el Ministerio de Salud ha desarrollado políticas y acciones para prevenir y controlar estas enfermedades, tales como la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció las Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud (MINSA), entre ellas la de Prevención y Control de ENT; los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud aprobados con Resolución Ministerial N° 111-2005-SA; el Plan Nacional Concertado de Salud, en el Objetivo 7, se prioriza la Vigilancia, Prevención y Control de las ENT (RM N° 589-2007/MINSA)¹⁴.

Desde el año 2007, existe una Política Nacional, de obligatorio cumplimiento, para que todos los sectores desarrollen programas destinados a prevenir las enfermedades crónicas (Decreto Supremo N° 027-2007-PCM). En este sentido, el año 2008 se promulgaron leyes como la Ley general de Protección de las personas con Diabetes y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo N° 009-2008-SA¹⁴.

En los últimos años, el sector de salud ha incluido a las ENT en las prioridades sanitarias nacionales y desde el año 2011 se tiene un programa financiado por el presupuesto por resultados para prevenir y controlar estos daños. Las políticas actuales del Estado pretenden reducir la inequidad de acceso a los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de las enfermedades no transmisibles mediante el Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y la descentralización. Desde el año 2009, en que se promulgó la Ley

¹⁵ Velasquez A. Enfermedades No Transmisibles en el Perú. Reforma de la Salud [internet]. Lima, 2011 [consultado el 25 de octubre del 2013]. Se puede encontrar en: <http://reformasalud.blogspot.com/2011/06/las-enfermedades-no-transmisibles-en-el.html>

del AUS se han ampliado los beneficios de atención clínica para todos los peruanos. El paquete de beneficios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) incluye la atención clínica de los factores de riesgo biológicos y las principales enfermedades no transmisibles. Si bien la protección financiera se está realizando de forma progresiva, del mismo modo se tiene que ampliar y mejorar la capacidad resolutive de los servicios de salud, en especial en el primer nivel de atención¹⁴.

Así como hay avances en el ámbito nacional, en el plano internacional se fortalece el compromiso político para prevenir y controlar las ENT en el mundo. Este mismo año se realizará la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Prevención y Control de las ENT, donde el Perú deberá asumir compromisos y mostrar sus avances en esta prioridad de salud¹⁴.

Sin embargo, el tema por ser amplio y complejo deja algunas preguntas sin respuestas concretas:

- ¿En qué medida la estrategia sanitaria específica regional de Promoción y Cultura de Salud Integral será aplicada a la realidad de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín?
- ¿Cuál será el costo de las intervenciones de la Promoción de Estilos de Vida Saludables en trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín?
- ¿Cuál será el impacto de la Promoción de Estilos de Vida Saludables en trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín?

La pregunta principal que se plantea en el presente estudio es:

- ¿Existe asociación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín?

Otras preguntas por hacer son las siguientes:

- ¿Cuál es la característica de los Estilos de Vida: Alimentación y Actividad Física, de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín?
- ¿Cuál es la proporción de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín con Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles: Hipertensión Arterial y Sobrepeso - Obesidad?

b) FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

— Problema general.

¿Cuál es la relación que existe entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014?

— Problemas específicos.

1. ¿Qué Estilos de Vida tienen los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014?
2. ¿Cuál es la proporción de Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles que presentan los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014?

c) OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.

d) OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Identificar los Estilos de Vida de los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.
2. Estimar la proporción de trabajadores con Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.

e) HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.

f) HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.

1. Los Estilos de Vida son saludables en los trabajadores de los hospitales de la Región Junín, 2014.
2. Los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles son elevadas en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.

g) VARIABLES.

Cuadro N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLOGICO	POBLACION Y MUESTRA
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014?</p> <p>ESPECIFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué Estilos de Vida tienen los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014? - ¿Qué Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles presentan los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014? 	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.</p> <p>ESPECIFICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar los Estilos de Vida de los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014. - Estimar la proporción de trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín con Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles. 	<p>GENERAL</p> <p>Existe relación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.</p> <p>ESPECIFICOS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los Estilos de Vida de los trabajadores son no saludables en los hospitales de la DIRESA Junín, 2014. - La proporción de trabajadores con Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles es elevada en los hospitales de la DIRESA Junín, 2014 	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>Estilos de Vida de los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.</p> <p>DEPENDIENTE</p> <p>Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles de los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín, 2014.</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Cuantitativo, analítico, prospectivo y transversal.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Descriptivo</p> <p>DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>Diseño correlacional, como se muestra en el siguiente esquema:</p> <p>Donde: M: Muestra O1: Variable independiente O2: Variable dependiente r: relación entre ambas variables</p>	<p>POBLACION</p> <p>En el estudio participaran los 801 Trabajadores de los hospitales de la Región Junín, pertenecientes a la Dirección Regional de Salud de Junín, que se encuentren laborando durante los meses de enero y febrero del año 2014.</p> <p>MUESTRA</p> <p>El tamaño de la muestra es de 451 Trabajadores de Salud, que se calculó a través del Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados versión 4.0</p>

Cuadro N° 2: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	INSTRUMENTO	CALIFICACION		ESCALA
Estilos de Vida	ALIMENTACION	Consumo Alimentación Balanceada	Cuestionario	Estilo de Vida Saludable	Siempre = 4 Frecuentemente = 3	Nominal
				Estilo de Vida no Saludable	A veces = 2 Rara vez = 1 Nunca = 0	
		Agrega sal a los alimentos		Estilo de Vida Saludable	Nunca = 4 Rara vez = 3 A veces = 2	
				Estilo de Vida no Saludable	Frecuentemente = 1 Siempre = 0	
	ACTIVIDAD FISICA	Realiza Actividad Física		Estilo de Vida Saludable	Siempre = 4 Frecuentemente = 3	
				Estilo de Vida no Saludable	A veces = 2 Rara vez = 1 Nunca = 0	
		Hace ejercicio en forma activa		Estilo de Vida Saludable	Siempre = 4 Frecuentemente = 3	
				Estilo de Vida no Saludable	A veces = 2 Rara vez = 1 Nunca = 0	
Factores de Riesgo Metabólico de Enfermedades Transmisibles No	SOBREPESO / OBESIDAD	Sobrepeso	Cuestionario	IMC = ó > 25 y < 30		Continua
		Obesidad		IMC > ó = 30		
	HIPERTENSION ARTERIAL	Hipertenso		P°A Sistólica > ó = 140 mm Hg P°A Diastólica > ó = 90 mm Hg		

h) JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.

– RAZONES QUE MOTIVAN LA INVESTIGACION

La problemática de salud de los trabajadores, en sus diferentes aspectos, ha sido motivo de preocupación debido a los cambios producidos en los modelos de desarrollo y su impacto sobre las condiciones de vida, las condiciones de trabajo y los factores de riesgo en los lugares de trabajo, que inciden en la salud de la población trabajadora.

Las Políticas de Salud Pública nacionales y regionales, que priorizan la Prevención y el Control de las ENT, la Promoción de Estilos de Vida Saludable en los Trabajadores de los Establecimientos de Salud y de Centro Laboral Saludable, tienen relación con los temas de la investigación.

A través del estudio, se pretende conocer i) las características de la Alimentación y Actividad Física de los trabajadores de los hospitales de la Región Junín, ii) la proporción de trabajadores de los hospitales de la Región Junín con Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico: Sobrepeso / Obesidad e Hipertensión Arterial, y iii) la asociación entre la Alimentación y la Actividad Física con Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico: Sobrepeso / Obesidad e Hipertensión Arterial en los trabajadores de los hospitales de la Región Junín, y se busca sensibilizar a los tomadores de decisión de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín y de la DIRESA Junín, a fin de: i) implementar la Promoción de la Salud en Centro Laboral, para promover Estilos de Vida Saludable en los trabajadores y Entornos Saludables en los establecimientos de salud, y ii) prevenir y controlar los Factores de Riesgo de las ENT en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín.

Los resultados se diseminaran a través de la página Web de la DIRESA Junín (boletines de la Dirección de Epidemiología y de Promoción de la Salud), y de las revistas del Colegio Médico Consejo Regional IV y de la Federación Médica Región Andrés Avelino Cáceres Dorregaray.

– **IMPORTANCIA DEL TEMA DE INVESTIGACION**

Los resultados de la investigación serán socializados a los directivos, funcionarios y trabajadores de los hospitales de la Región Junín, a fin de sensibilizarlos y comprometerlos para la implementación del Centro Laboral Saludable, en los establecimientos de salud, como Política de Salud Pública de la Dirección Regional de Salud Junín.

El Centro Laboral Saludable permitirá a los trabajadores, adoptar Estilos de Vida y Entornos Saludables, y su vez, prevenir y/o controlar los Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de las ENT, motivo de ausentismo laboral y muchas veces de desabastecimiento de recursos humanos en los hospitales de la Región Junín.

Esta secuencia de hechos, perjudica a la población asignada a los hospitales de la Región Junín, quienes pueden ver comprometida su salud y/o complicarse por alguna enfermedad, al desplazarse de su lugar de hábitat para acceder a los servicios de salud, y no encontrar solución a su problema, debido a ausentismo del trabajador de salud por enfermedad.

i) VIABILIDAD.

El Proyecto de Investigación dispuso de los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para su ejecución.

j) LIMITACIONES

La limitación más importante fue la fidelidad y la veracidad de la información obtenida de los trabajadores de los hospitales de la Región Junín, por tratarse de un Proyecto de Investigación con un componente subjetivo muy importante.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

a) ANTECEDENTES

Sanabria-Ferrand, Pablo Alfonso (2007)¹⁶, en Estilos de Vida Saludable en profesionales de la salud colombianos, estableció la frecuencia de comportamientos saludables en una muestra de profesionales de la salud colombianos y establecer si existe alguna relación entre su nivel de acuerdo con el modelo biomédico y su estilo de vida. Para ello se adaptó el cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida, tomado de Salazar y Arrivillaga y se tomó una muestra de 606 profesionales de la salud voluntarios (500 médicos y 106 enfermeras) en las principales ciudades de Colombia. Se encontró que sólo el 11,5% de los médicos y el 6,73% de las enfermeras presentan un estilo de vida saludable y que el principal problema está relacionado con la actividad física y el deporte. No se encontró relación entre el nivel de acuerdo con el modelo biomédico y el estilo de vida de los profesionales. Se concluyó que esta situación puede estar induciendo en los profesionales, además de una pobre salud en el futuro, una actitud que no favorece la promoción de hábitos saludables en sus pacientes y la práctica de una medicina más curativa que preventiva.

¹⁶ Sanabria-Ferrand, Pablo Alfonso; González, Luis A.; Urrego M., Diana Z. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio Revista Med, vol. 15, núm. 2, julio, 2007, pp. 207-217 Universidad Militar Nueva Granada

Ruiz Mori, Enrique (2011)¹⁷, en Guía de Diagnóstico y de Tratamiento de la Hipertensión arterial “De la Teoría a la Práctica”, encontró que la prevalencia de la Hipertensión Arterial en el Perú se ha incrementado de 23.7 %, según el estudio TORNASOL I (Enero – Diciembre 2004), a 27.3 % de acuerdo a los resultados de TORNASOL II (Marzo 2010 – Enero 2011).

Alvarez Dongo, Doris (2012)¹⁸, en Sobrepeso y Obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010), realizó un estudio transversal que incluyó a los miembros residentes en los hogares de la muestra Encuesta Nacional de Hogares. Se empleó un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico. La muestra incluyó 69 526 miembros; las mediciones antropométricas se realizaron según metodología internacional. Para evaluar el sobrepeso y obesidad se utilizó el peso para la talla (niños <5 años), IMC para la edad (niños y adolescentes entre 5-19 años) y el IMC para adultos. Se realizó el análisis para muestras complejas en SPSS y se ajustó por factor de ponderación. Se calculó estadísticas descriptivas y regresión logística con intervalo de confianza de 95%. El sobrepeso y obesidad fue mayor en los adultos jóvenes (62,3%) y menor en los niños <5 años (8,2%). Los determinantes sociales del exceso de peso según el grupo de edad fueron: no ser pobre (niño <5 años, niños 5-9 años, adolescentes y adulto mayor), vivir en el área urbana (niño <5 años, adolescentes, adulto joven, adulto y adulto mayor) y ser mujer (niños 5-9 años, adulto y adulto mayor).

¹⁷ Ruiz Mori, Enrique; Segura Vera, Luis; Rodríguez Montes de Oca, Jorge. Tendencias de la Hipertensión Arterial en el Perú según los Estudios TORNASOL I y II. Sociedad Peruana de Cardiología. Primera Edición, 2012, pp 11 Colegio Médico del Perú.

¹⁸ Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29(3):303-13.

Cuba, Jhon (2011)¹⁹, en Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional, estudió una muestra de 34 médicos residentes comprendidos entre 25 y 60 años. Se tomó peso y talla, para determinar el índice de masa corporal, y se aplicó una encuesta sobre estilos de vida. De los 34 residentes, 88% fueron del sexo masculino y 12% del femenino; la edad promedio fue $31,5 \pm 7,5$. El 53% de la población presentó sobrepeso y 21% obesidad. En relación al estilo de vida, los residentes empleaban 9 minutos para el desayuno, 26 minutos para el almuerzo y 27 para la cena; 88% y 82%, respectivamente, consumían frutas y verduras por debajo de lo recomendado; 71% consumía alimentos entre comidas, de los cuales 69% presentaba exceso de peso. Un 46% de los que presentaba exceso de peso prefería alimentos altos en condimentos y 65% de ellos ingería alimentos en un tiempo menor de 2 horas antes de dormir. El 91% continuaba trabajando posteriormente a sus guardias nocturnas, 74% no realizaba actividad física programada y 65% se percibía estresado.

Patricia Cerecero (2009)²⁰, en Estilos de Vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México, evaluaron variables del estilo de vida, sociodemográficas, antropométricas y antecedentes familiares. El análisis estimó razones de momios pareadas crudas y ajustadas a través de regresión logística condicional. Se estudiaron 342 casos con RCV y 684 controles. En los trabajadores con sobrepeso u obesidad, el RCV superó al de aquéllos con peso normal. Los antecedentes familiares de infarto del miocardio se asociaron directamente, y la actividad física moderada-vigorosa inversamente con el RCV, en modelos con

¹⁹ Jhon Cuba, Tati Ramírez, Bárbara Olivares, Ivonne Bernui, Enriqueta Estrada. Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional. An Fac med. 2011; 72(3):205-10.

²⁰ Patricia Cerecero, Bernardo Hernández, Dalia Aguirre, Roxana Valdés, Gerardo Huitrón. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. salud pública de méxico / vol. 51, no. 6, noviembre-diciembre de 2009: p 465 - 473

interacciones entre género y actividad física; esta relación se mantuvo sólo en los hombres.

Jesús E. Díaz-Realpe (2007)²¹, en Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, realizó un estudio observacional descriptivo, encuestando a 96 trabajadores para obtener información sobre características sociodemográficas, consumo de tabaco y alcohol, actividad física, hábitos alimentarios, y antecedentes personales y familiares para ECV. Además, a cada trabajador se le realizó medición estandarizada de glicemia, lípidos séricos, tensión arterial e índice de masa corporal. La prevalencia de factores de riesgo de tipo comportamental fue: tabaquismo 12,5 %, consumo de bebidas alcohólicas 58,3 %, inactividad física en el tiempo libre 56,3 %, y dieta aterogénica 82,3 %. La prevalencia para factores de riesgo de tipo biológico fue: hipertensión arterial (HTA) 11,5 %, sobrepeso 45,8 %, diabetes 1 %, dislipidemia 61,5 %, y antecedentes familiares de ECV 58,3 %. Adicionalmente, se encontró que el riesgo de HTA fue significativamente mayor en hombres, en individuos >40 años, en personas con un IMC >25, y en fumadores. En cuanto a la dislipidemia, el riesgo fue mayor en hombres y en individuos >40 años. Por su parte, el riesgo de sobrepeso y obesidad se asoció significativamente con el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Saavedra-García L (2014)²², en Generando información: ¿sabemos cuánto es el consumo promedio de sal y cuáles son sus fuentes?, menciona que a nivel mundial, el consumo diario de sal varía de 9 a 12 g, cerca del doble de los 5 g/día recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

²¹ Jesús E. Díaz-Realpe (2007) , Juliana Muñoz-Martínez y Carlos H. Sierra-Torres. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. Rev. Salud Pública 9(1): 64-75, 2007.

²² Saavedra-García L (2014) , Bernabé-Ortiz A, Díez-Canseco F, Miranda JJ. Generando información: ¿sabemos cuánto es el consumo promedio de sal y cuáles son sus fuentes? [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014;31(1):170-1.

Se sabe que la principal fuente de sodio en los países desarrollados son los alimentos industrializados, que aportan alrededor del 75% del consumo total de este elemento, y es un caso particular, pues en él coexisten distintos patrones alimentarios, que cambian de región en región, lo que supone contar con una amplia lista de alimentos que aportan sal a la dieta.

Sanabria-Rojas H (2014)²³, en Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, determinó la prevalencia de la actividad física en los trabajadores de la salud de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y describió el estado nutricional y antecedentes de enfermedades no transmisibles. El estudio fue observacional y transversal; se realizó entre agosto y noviembre 2012. La población de estudio fue 172 trabajadores de la salud de la DIRESA, según criterios de inclusión y aceptación para participar. Se excluyeron a trabajadores con algún tipo de limitación física para hacer ejercicio. El nivel de actividad física se determinó mediante el instrumento IPAQ que mide la actividad física en dominios: laboral, doméstico, transporte y tiempo libre. Los datos se procesaron en SPSS-19. El estado nutricional fue evaluado a través del Índice de Masa Corporal según clasificación de la OMS. El 88,0 % de los trabajadores de la DIRESA tuvieron bajo nivel de actividad física y un 64,0 % exceso de peso. Entre las enfermedades no transmisibles referidas por los trabajadores, se encontró que 4,7 % tuvieron diabetes, 15,6 % hipertensión arterial, 32,6 % de dislipidemia y 15,0 % fumaba.

²³ Sanabria-Rojas H (2014) , Tarqui-Mamani C, Portugal-Benavides W, Pereyra-Zaldívar H y Mamani-Castillo L. Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. Rev. salud pública. 16 (1): 53-62, 2014.

b) BASES TEÓRICAS

La alimentación poco saludable y la falta de actividad física son, pues, las principales causas de las enfermedades no transmisibles más importantes, como las cardiovasculares, la diabetes de tipo 2 y determinados tipos de cáncer, y contribuyen sustancialmente a la carga mundial de morbilidad, mortalidad y discapacidad²⁴.

La carga de mortalidad, morbilidad y discapacidad atribuible a las enfermedades no transmisibles es más pesada, y tiende a aumentar, en los países en desarrollo, donde las personas afectadas son como promedio más jóvenes que en los países desarrollados y donde se registra el 66% de las muertes causadas por dichas enfermedades. La rápida transformación de los hábitos en materia de alimentación y actividad física contribuyen asimismo a acelerar esa tendencia¹⁵.

Los datos actuales sugieren que los factores determinantes de las enfermedades no transmisibles son en gran medida los mismos en todos los países sobre los que se dispone de información. Entre esos factores figuran el mayor consumo de alimentos hipercalóricos poco nutritivos con alto contenido de grasas, azúcares y sal; la menor actividad física en el hogar, la escuela y el medio laboral, así como en la recreación y en los desplazamientos; y el consumo de tabaco. La diversidad de los niveles de riesgo y de los correspondientes resultados de salud para la población se puede atribuir en parte a la variabilidad en tiempo e intensidad de los cambios económicos, demográficos y sociales a nivel nacional y mundial. La mala alimentación, la insuficiente actividad física y la falta de equilibrio energético que se observan en los niños y los adolescentes son motivo de especial preocupación¹⁵.

²⁴ Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Informe de la Secretaría. 2004: 7 – 11.

La alimentación y la actividad física influyen en la salud ya sea de manera combinada o cada una por separado. Así pues, mientras que los efectos de la alimentación y la actividad física en la salud suelen interactuar, sobre todo en el caso de la obesidad, la actividad física aporta beneficios adicionales independientes de la nutrición y el régimen alimentario, y hay riesgos nutricionales considerables que no guardan relación con la obesidad ¹⁵.

Hay pruebas de que, cuando se controlan otras amenazas para la salud, las personas pueden mantenerse sanas después de los 70, 80 y 90 años de edad si adoptan comportamientos que promuevan la salud, como una alimentación sana y una actividad física regular y adecuada, y evitan el consumo de tabaco¹⁵.

Las investigaciones recientes permiten comprender mejor los beneficios de las dietas saludables, la actividad física, las acciones individuales y las intervenciones de salud pública aplicables a nivel colectivo. Aunque se necesitan más investigaciones, los conocimientos actuales justifican una urgente acción de salud pública¹⁵.

Los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles suelen coexistir e interactuar. Al aumentar el nivel general de los factores de riesgo es mayor el número de personas expuestas a las enfermedades. Por consiguiente, las estrategias de prevención deben plantearse la reducción de los riesgos en toda la población. Si lo logran, aunque sea en pequeña medida, la población obtendrá máximos beneficios acumulativos y sostenibles, mucho mayores que el efecto de las intervenciones centradas únicamente en las personas que corren alto riesgo. Los regímenes alimentarios sanos y la actividad física, junto con el control del tabaco, representan una estrategia

eficaz para contener la creciente amenaza de las enfermedades no transmisibles¹⁵.

Tanto en los informes preparados por expertos internacionales y nacionales como en los exámenes de las pruebas científicas actualmente disponibles se recomiendan metas en materia de ingesta de nutrientes y actividad física para prevenir las principales enfermedades no transmisibles¹⁵.

Al elaborar las políticas y directrices nacionales en materia de alimentación es preciso examinar estas recomendaciones teniendo en cuenta la situación local¹⁵.

Con respecto a la dieta, se deben incluir las recomendaciones siguientes, dirigidas tanto a las poblaciones como a las personas:

- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.
- Limitar la ingesta energética procedente de las grasas, sustituir las grasas saturadas por grasas insaturadas y tratar de eliminar los ácidos grasos trans.
- Aumentar el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Limitar la ingesta de azúcares libres.
- Limitar la ingesta de sal (sodio) de toda procedencia y consumir sal yodada.

La inactividad física constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad en todo el mundo (6% de defunciones a nivel mundial). Sólo la superan la hipertensión (13%), el consumo de tabaco (9%) y el exceso de

glucosa en la sangre (6%). El sobrepeso y la obesidad representan un 5% de la mortalidad mundial²⁵.

La inactividad física está cada vez más extendida en muchos países, y ello repercute considerablemente en la salud general de la población mundial, en la prevalencia de ENT (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer) y en sus factores de riesgo, como la hipertensión, el exceso de glucosa en la sangre o el sobrepeso. Se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente 21–25% de los cánceres de mama y de colon, 27% de la diabetes, y aproximadamente un 30% de las cardiopatías isquémicas¹⁶.

Además, las ENT representan actualmente casi la mitad de la carga mundial total de morbilidad. Se ha estimado que, de cada 10 defunciones, seis son atribuibles a ENT²⁶.

La salud mundial acusa los efectos de tres tendencias: envejecimiento de la población, urbanización rápida y no planificada, y globalización, cada una de las cuales se traduce en entornos y comportamientos insalubres. En consecuencia, la creciente prevalencia de las ENT y de sus factores de riesgo es ya un problema mundial que afecta por igual a los países de ingresos bajos y medios. Cerca de un 5% de la carga de enfermedad en adultos de esos países es hoy imputable a las ENT. Numerosos países de ingresos bajos y medios están empezando a padecer por partida doble las enfermedades transmisibles y las no transmisibles, y los sistemas de salud de esos países han de afrontar ahora el costo adicional que conlleva su tratamiento.

²⁵ Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Organización Mundial de la Salud, 2009.

²⁶ The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.

Está demostrado que la actividad física practicada con regularidad reduce el riesgo de cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo II, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión. Además, la actividad física es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso²⁷.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud²⁸.

El 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 (kg/m^2)²⁸.

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.

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. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas²⁸.

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y

²⁷ A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007

²⁸ Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Obesidad. Información General. Obesidad y Sobrepeso [internet]. Washington, D.C., EUA, 2012 [consultado el 25 de octubre del 2013]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad²⁸.

A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008:

- 1400 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso.
- De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.
- En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.

En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones²⁸.

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos)²⁸.

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido:

- Un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y
- Un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación²⁸.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de ENT, como:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción.
- La diabetes.
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy incapacitante).
- Algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).

El riesgo de contraer estas ENT crece con el aumento del IMC²⁸.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos²⁸.

Muchos países de ingresos bajos y medianos actualmente están afrontando una "doble carga" de morbilidad:

- Mientras continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, estos países están experimentando un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer ENT como la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos.
- No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en un mismo país, una misma comunidad y un mismo hogar.

En los países de ingresos bajos y medianos, los niños son más propensos a recibir una nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño insuficiente. Al mismo tiempo, están expuestos a alimentos hipercalóricos ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, que suelen ser poco costosos. Estos hábitos alimentarios, juntamente con una escasa actividad física, tienen como resultado un crecimiento brusco de la obesidad infantil, al tiempo que los problemas de la desnutrición continúan sin resolver²⁸.

El sobrepeso y la obesidad, así como sus enfermedades no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. Para apoyar a las personas en el proceso de realizar elecciones, de modo que la opción más sencilla sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica, y en consecuencia prevenir la obesidad, son fundamentales unas comunidades y unos entornos favorables²⁸.

En el plano individual, las personas pueden:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total;
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos;
- Limitar la ingesta de azúcares;

- Realizar una actividad física periódica, y
- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.

La responsabilidad individual solamente puede tener pleno efecto cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable. Por consiguiente, en el plano social es importante:

- Dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones mencionadas más arriba, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas, y
- Lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular las personas más pobres.

La industria alimentaria puede desempeñar una función importante en la promoción de una alimentación saludable:

- Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados.
- Asegurando que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos.
- Poner en práctica una comercialización responsable, y
- Asegurar la disponibilidad de alimentos sanos y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo.

Los vasos sanguíneos llevan la sangre desde el corazón a todo el organismo. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos. La tensión arterial es producto de la fuerza con que la sangre presiona contra las

paredes de los vasos sanguíneos (arterias) a medida que es bombeada por el corazón²⁹.

La hipertensión es una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta²⁰. La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. La tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg²⁹.

Sin embargo, los beneficios cardiovasculares de la tensión arterial normal se extienden incluso por debajo de esos niveles de tensión sistólica (105 mm Hg) y de tensión diastólica (60 mm Hg). La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general²⁹.

Numerosos factores relacionados con el comportamiento pueden contribuir a la hipertensión, entre ellos:

- Consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y de cantidades insuficientes de frutas y hortalizas.
- Uso nocivo del alcohol;
- Sedentarismo y la falta de ejercicio físico;

²⁹ Organización Mundial de la Salud. Información General sobre la Hipertensión en el Mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de Salud Pública Mundial. Ginebra 2013: 17 – 21.

- Mal control del estrés.

Las condiciones de vida y trabajo de las personas influyen sobremanera en estos factores de riesgo conductuales. Además, existen factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras complicaciones de la hipertensión, como la diabetes, la hipercolesterolemia y el sobrepeso o la obesidad²⁹.

Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, el desempleo o el temor a perder el trabajo pueden repercutir en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta. Las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por falta de acceso al diagnóstico al tratamiento y, además, impedir la prevención de las complicaciones²⁹.

La urbanización acelerada y desordenada también tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol. Por último, el riesgo de hipertensión aumenta con la edad, por el endurecimiento de las arterias, aunque el modo de vida saludable, la alimentación saludable y la reducción de la ingesta de sal pueden retrasar el envejecimiento de los vasos sanguíneos³⁰.

Para medir la tensión arterial se utilizan dispositivos electrónicos, de mercurio y aneroides²¹. La OMS recomienda el uso de dispositivos asequibles y

³⁰ Organización Mundial de la Salud. Affordable Technology: Blood Pressure Measuring Devices for Low Resource Settings. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

fiables que ofrecen la opción de realizar lecturas manuales^{21,31}. Los dispositivos semiautomáticos permiten realizar mediciones manualmente cuando se agotan las baterías, un problema que no es infrecuente en entornos con recursos limitados. Como el mercurio es tóxico, se recomienda eliminar progresivamente los dispositivos que lo usan y reemplazarlos por dispositivos electrónicos²¹. Para utilizar dispositivos aneroides, como los esfigmomanómetros, es imprescindible calibrarlos cada seis meses y capacitar y evaluar a las personas que los usen. Es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes de establecer el diagnóstico de hipertensión. La tensión se mide dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la tarde. Se toman dos medidas consecutivas, con un intervalo mínimo de un minuto entre ambas y con la persona sentada. Las mediciones del primer día se descartan, y para confirmar el diagnóstico de hipertensión se toma el valor promedio de todas las restantes²⁹.

Si la hipertensión se detecta pronto es posible minimizar el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Todos los adultos deben controlarse y conocer los valores de su tensión arterial²⁹.

Los dispositivos digitales permiten medir la tensión arterial sin necesidad de acudir a un centro médico. Cuando se detecta hipertensión, se debe buscar el asesoramiento de un profesional sanitario. En algunos casos, los cambios en el modo de vida no bastan para controlar la tensión arterial y son necesarios medicamentos de dispensación con receta. Los medicamentos para la tensión arterial actúan por diferentes vías, como la eliminación del exceso de sal y líquidos del organismo, la disminución de los latidos cardíacos y la relajación y dilatación de los vasos sanguíneos²⁹.

³¹ Parati G., et al. A new solar-powered blood pressure measuring device for low-resource settings. *Hypertension*, 2010, 56; 1047-1053

En los lugares en los que los dispositivos para medir la tensión arterial son asequibles, se recomienda que los pacientes se midan ellos mismos como ocurre con otras ENT, la auto asistencia puede facilitar la detección temprana, la observancia del tratamiento farmacológico y los comportamientos saludables, un mejor control y la concienciación sobre la importancia de consultar a un médico si fuera necesario. La auto asistencia es importante en todos los casos, pero más todavía para las personas que tienen un acceso limitado a los servicios de salud por dificultades de índole geográfica, física o económica²⁹.

c) DEFINICIONES CONCEPTUALES.

– SOBREPESO – OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud²⁸.

La definición de la OMS es la siguiente²⁸:

- Índice de Masa Corporal igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Índice de Masa Corporal igual o superior a 30 determina obesidad.

– PRESION ARTERIAL

La tensión arterial es producto de la fuerza con que la sangre presiona contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) a medida que es bombeada por el corazón²⁹.

La hipertensión es una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta²⁹.

La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg²⁹.

— ALIMENTACION

Alimentación Saludable

La OMS la define como aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana³².

Alimentación Balanceada incluye:

- Frutas y verduras: 4 a 5 porciones (al menos 2 son verduras)
- Pan y cereales: 3 a 5 porciones
- Leguminosas, pescados, aves, carne y huevos: 2 porciones
- Leche y lácteos (descremados): adultos: 2 porciones.
- Ingesta de sal: luego de probar los alimentos, agrega sal a los mismos

— ACTIVIDAD FISICA

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias³³.

- Realiza actividad física diaria durante 30 minutos (caminar y/o lavar los pisos o ventanas de la casa)
- Hace ejercicio en forma activa (correr, andar en bicicleta y/o caminar rápido), al menos por 40 - 60 minutos durante 3 veces por semana.

³² Ministerio de Salud de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos INTA. Acción RSE. Consejo Nacional de VIDA Chile. "Vida Sana en la Empresa: Guía para la elaboración de un programa de Promoción de la Salud en la Empresa" 2004: 1-56

³³ Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones Mundiales sobre la Actividad Física para la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.

— TRABAJADORES DE SALUD

Los trabajadores de la salud son todas las personas que están involucradas en acciones cuya intención primordial es proteger y mejorar la salud³⁴.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación. Washington DC, 2008: 10.

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

a) TIPO DE INVESTIGACIÓN

– **PROSPECTIVO**

Los datos para el estudio son recogidos por fuente primaria.

– **TRANSVERSAL**

Las variables son medidas en una sola ocasión.

– **DESCRIPTIVO**

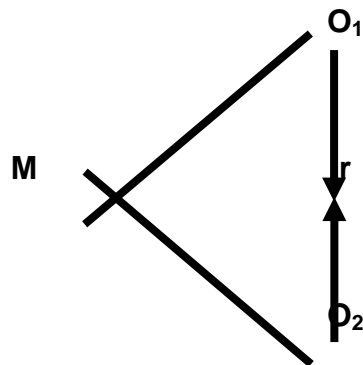
El análisis estadístico, es univariado para Estilos de Vida y Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de ENT.

– **ANALITICO**

El análisis estadístico, es bivariado para la relación entre Estilos de Vida y Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de ENT.

b) DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.

El diseño es correlacional y el esquema es:



Dónde:

- **M:** Muestra
- **O₁:** Variable Independiente
- **O₂:** Variable Dependiente
- **R:** Relación entre las dos variables

c) POBLACIÓN Y MUESTRA

En el estudio participaran los 801 trabajadores de los hospitales de la Región Junín, pertenecientes a la Dirección Regional de Salud de Junín, que se encuentren laborando durante los meses de enero y febrero del año 2014.

Se trabajará con una muestra obtenida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín, que se encuentren laborando durante los meses de enero y febrero del año 2014.

El tamaño de la muestra es de 451 Trabajadores de Salud, que se calculó a través del Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados versión 4.0 (obtenida gratuitamente a través del Internet de la OMS), de la siguiente manera:

- Se introduce el tamaño del universo de los trabajadores de salud de los hospitales de la DIRESA Junín, que es de 801.

- Se coloca un nivel de confianza de 95% y un error estándar de 3%, que es aceptado para ciencias sociales.

Los elementos muestrales se seleccionaran por un Muestreo Aleatorio Simple de la relación de trabajadores de los hospitales de la Región Junín, que se encuentren laborando durante los meses de enero y febrero del año 2014.

La Unidad de Análisis y Observación son los trabajadores de los hospitales de la Región Junín de la Dirección Regional de Salud Junín, que se encuentren laborando durante los meses de enero y febrero del año 2014.

Se incluirán los trabajadores que a la fecha de realizarse el estudio, se encuentran laborando, cualquiera que sea su modalidad contractual, en los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín, durante los meses de enero y febrero del año 2014.

Se excluirán del estudio, a los gestores/administradores y el personal de apoyo, de la Fuerza de Trabajo en Salud, de los hospitales de la Región Junín, de la Dirección Regional de Salud Junín²⁵.

d) INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizó el método de auto informe, a través de una encuesta en el que los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín, contestaron (Anexo 1), previa instrucción sobre su llenado.

La encuesta, es una adaptación del cuestionario FANTASTICO, un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a conocer y medir los estilos de vida de sus pacientes,

contiene 25 ítems cerrados, que cubren 10 dominios donde se consideran los componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida³⁵.

El cuestionario contiene dos partes, la primera referida a información sociodemográfica y mediciones biofisiológicas, y la segunda contiene 2 dominios y 4 ítems cerrados con 5 alternativas acerca de los Estilos de Vida de los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín.

La Validez del test de autoevaluación de la Alimentación y Actividad Física se realizó con los resultados de la aplicación piloto del mismo a 30 trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín, y para su evaluación se empleó la correlación ítem–test o ítem–total, cuya expresión es:

$$Q_{i,x-i} = \frac{Q_{ix}\sigma_x - \sigma_i}{\sqrt{\sigma_x^2 + \sigma_x^2 - 2Q_{ix}\sigma_x\sigma_i}}$$

Dónde:

- $Q_{i,x-i}$ es el coeficiente de correlación ítem–test corregido,
- Q_{ix} es el coeficiente de correlación ítem–test,
- σ_x es la desviación estándar de los puntajes totales de los sujetos examinados,
- σ_i es la desviación estándar de los puntajes del ítem.

Este coeficiente toma valores entre –1 y 1, y los ítems cuyas correlaciones ítem–total arrojen valores menores a 0,20 deben ser desechados o reformulados. Las correlaciones ítem–test serán calculadas con el IBM SPSS versión 23.

³⁵ Robinson Ramírez-Vélez y Ricardo A. Agredo. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública. 14 (2): 226-237, 2012

CUADRO N° 1**Correlaciones ítem–test del****Test de Autoevaluación de Estilos de Vida**

ITEM	NOMBRE	CORRELAC IÓN ITEM - TEST
1	REA_ACF1	0,5607
2	REA_EJAC	0,3813
3	CONT_ALD	0,4229
4	AGRE_S	0,5225

En el cuadro 1 se aprecia que todas las correlaciones ítem – test son mayores a 0.20, con lo cual se concluye que el test de autoevaluación de los estilos de vida es válido.

La Confiabilidad del test de autoevaluación de Alimentación y Actividad Física se realizó con los resultados de la aplicación piloto del mismo a 30 Trabajadores de los hospitales de la Región Junín, de la Dirección Regional de Salud Junín, y para su evaluación se empleará el coeficiente alfa de Cronbach, cuya expresión es:

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

Dónde:

- α es el coeficiente alfa de Cronbach,
- S_i^2 es la varianza de los resultados del ítem,

- S^2 es la varianza del resultado total del test,
- k es el número de ítems

Este coeficiente toma valores entre 0 y 1, y un valor mayor a 0,7 indica que el test es confiable, siendo el valor encontrado de 0.7108.

Después de la recolección de la información, se procedió con:

- La evaluación del trabajo de los integrantes de los equipos, para asegurar su eficacia.
- Se verificó la consistencia de las respuestas del cuestionario, examinando algunas respuestas y registros. Si el porcentaje de inconsistencia es mayor a 25%, se reprogramará la aplicación del instrumento por segunda vez, que se realizará en la segunda semana del mes de diciembre del 2013.
- Se revisó un 25% de total de las encuestas aplicado a los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín, para asegurar que no exista errores en la codificación.

Se explicó a los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín los siguientes aspectos:

- Los beneficios y los riesgos conocidos o inconvenientes para los trabajadores de salud envueltos en el estudio.
- La descripción precisa de la información a ser entregada a los trabajadores de salud y cuando será comunicada oralmente o por escrito.
- Se indicó como será mantenida la confidencialidad de la información de los participantes en el estudio.

- Se hizo una breve reseña de cómo los hallazgos de la investigación serán reportados y entregados a los trabajadores de salud envueltos en el estudio u otros interesados.
- Se Indicó y justificó la inclusión y la exclusión según el caso de los trabajadores de salud.

e) TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

– CODIFICACION

Se asignó un número a cada respuesta del cuestionario utilizado para recolectar la información.

– TABULACIÓN

Una vez codificadas las respuestas, se introdujo los datos en un programa informático IBM SPSS versión 23, que los almacene y los prepare para realizar operaciones de interés.

Se realizó una Tabulación Simple para conocer la frecuencia y porcentaje de las variables, y la Tabulación Cruzada para conocer en qué medida las variables están asociadas.

– PRESENTACIÓN DE DATOS

A través de Gráficas Continuas para variables continuas (IMC) y Gráficas Discretas para variables discretas, en barra para características de los Trabajadores de Salud y en pastel para proporciones o porcentajes.

Se utilizó las Técnicas Estadísticas Descriptivas (distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de variabilidad, puntuación Z, razones y tasas), para el análisis univariado, y Estadísticas Inferenciales (prueba de hipótesis, distribución muestral, nivel de significación e intervalo de confianza), para el análisis bivariado.

CAPITULO IV

RESULTADOS

a) PERFIL DE LA MUESTRA

Tabla N° 1

Sexo de los trabajadores

Sexo	Trabajadores	%
Femenino	307	68
Masculino	144	32
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 1, se aprecia que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín – 2014, son mujeres (68%) y el 32% son varones.

Tabla N° 2

Edad de los trabajadores

Edad	Trabajadores	%
< 30	34	8
30 a 59	401	89
60 a +	16	3
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 2 se observa que el 8% de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de

Junín – 2014 tienen < 30 años, 89% entre 30 a 59 años y 3% de 60 años a más.

Tabla N° 3

Grupo ocupacional de los trabajadores

Grupo ocupacional	Trabajadores	%
Profesional	224	50,3
No profesional	227	49,7
Total	451	100,0

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 3, se constata que el 50.3% de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín – 2014 son profesionales y el 49,7 % no profesionales.

Tabla N° 4

Condición laboral de los trabajadores

Condición	Estudiantes	%
Nombrado	275	61
Contratado	176	39
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 4, se descubre que el 61% de los trabajadores de salud de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín – 2014 están nombrados y el 39% contratados.

b) ESTILOS DE VIDA DE LOS TRABAJADORES

— Alimentación de los trabajadores

Tabla N° 5

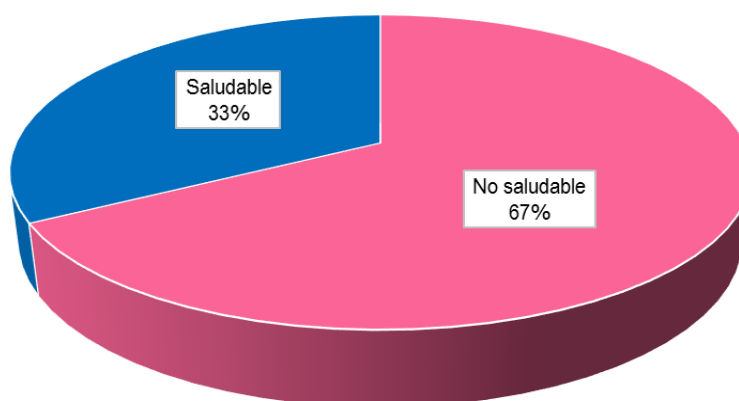
Alimentación de los trabajadores

Alimentación	Trabajadores	%
No saludable	301	67
Saludable	150	33
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 1

Alimentación de los trabajadores



Fuente: elaboración propia

La Tabla N° 5 y Gráfico N° 1, revela que el 33% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 tiene alimentación saludable y el 67% no saludable. De estos resultados se deriva que la mayoría de los trabajadores no tiene estilos de vida saludable.

Tabla N° 6

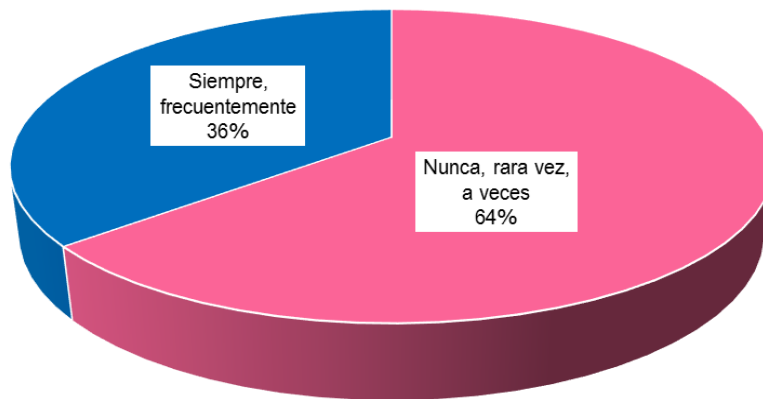
Dieta balanceada de los trabajadores

Dieta balanceada	Trabajadores	%
Nunca, rara vez, a veces	289	64
Siempre, frecuentemente	162	36
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 2

Alimentación balanceada de los trabajadores



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 6 y Gráfico N° 2, se detecta que el 36% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín siempre o frecuentemente consumen dieta balanceada y el 64% nunca, rara vez o a veces lo hace. De estos índices se infiere que la mayoría de los trabajadores tiene Estilo de Vida no Saludable.

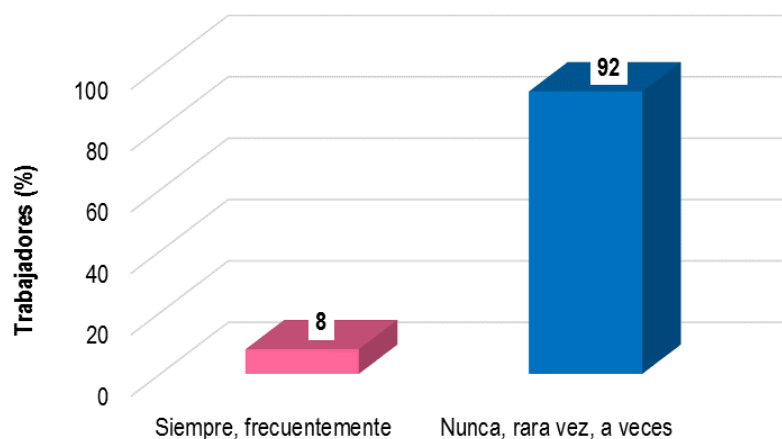
Tabla N° 7

Agregado de sal a los alimentos por los trabajadores

Agregado de sal	Trabajadores	%
Siempre, frecuentemente	37	8
Nunca, rara vez a veces	414	92
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 3



Agregado de sal a los alimentos

Agregado de sal a los alimentos por los trabajadores

La Tabla N° 7 y Gráfico N° 3, muestra que la mayoría de los trabajadores de salud de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 nunca, rara vez o a veces agrega sal a sus alimentos (92%) y solo el 8% lo hace siempre o frecuentemente. De estos porcentajes se deriva que la mayoría de los trabajadores poseen Estilo de Vida Saludable.

— **Actividad física de los trabajadores**

Tabla N° 8

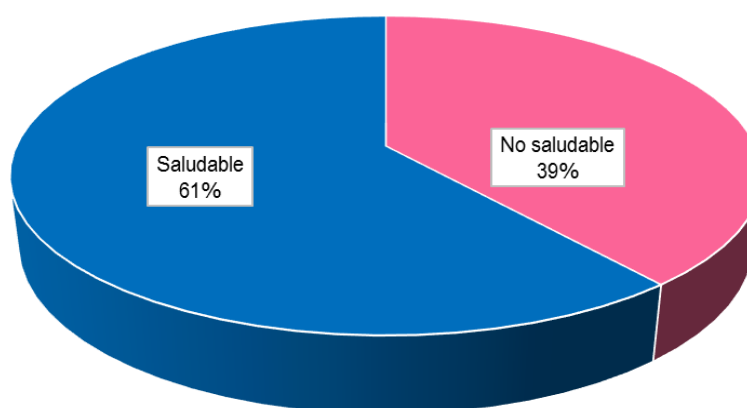
Actividad física de los trabajadores

Actividad	Trabajadores	%
No saludable	177	39
Saludable	274	61
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 4

Actividad física de los trabajadores



Fuente: elaboración propia

La Tabla N° 8 y Gráfico N°4 indica que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 realiza actividad física saludable (61%) y el 39% no saludable. De estos porcentajes se concluye que la mayoría de los trabajadores tienen Estilo de Vida Saludable.

Tabla N° 9

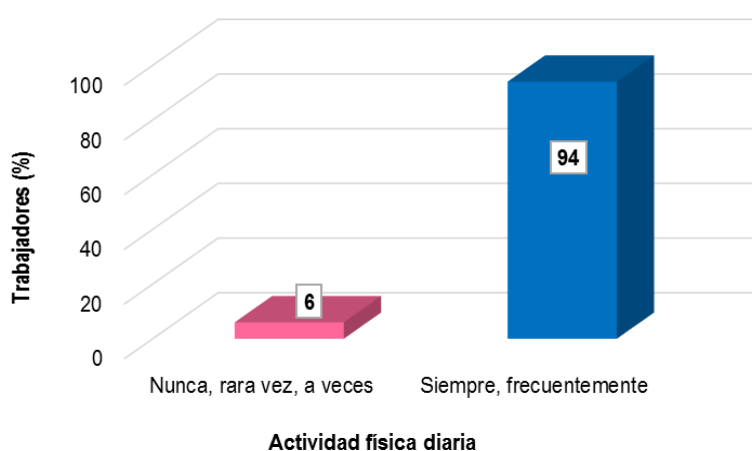
**Realización de actividad física diaria durante
30 minutos de los trabajadores**

Realización	Trabajadores	%
Nunca, rara vez, a veces	28	6
Siempre, frecuentemente	423	94
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 5

**Realización de actividad física diaria durante
30 minutos de los trabajadores**



Fuente: elaboración propia

La Tabla N° 9 y Gráfico N° 5, señala que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 siempre o frecuentemente realiza actividad física diaria durante 30 minutos (94%) y el 6% a veces, rara vez o nunca lo

hace. De estos porcentajes se deriva que la mayoría de los trabajadores poseen Estilo de Vida Saludable.

Tabla N° 10

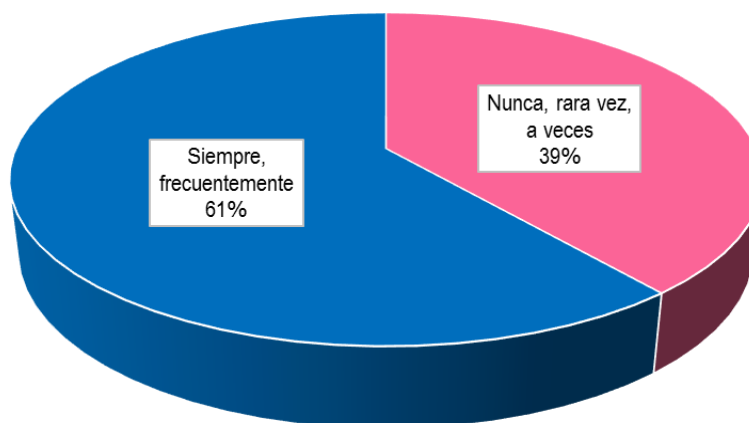
Realización de ejercicios en forma activa de los trabajadores

Realización	Trabajadores	%
Nunca, rara vez, a veces	175	39
Siempre, frecuentemente	276	61
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 6

Realización de ejercicios en forma activa de los trabajadores



Fuente: elaboración propia

La Tabla N° 10 y Gráfico N° 6 muestra que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud – 2014 siempre o frecuentemente realiza ejercicios en forma activa (61%) y el 39% a veces, rara vez o nunca lo hace. De estos porcentajes se

deriva que la mayoría de los trabajadores poseen Estilo de Vida Saludable.

Tabla N° 11

Estilo de vida de los trabajadores

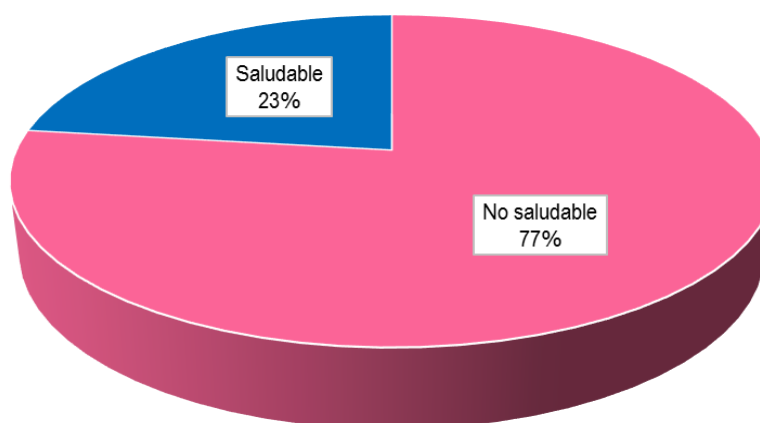
Estilo de vida	Trabajadores	%
No saludable	348	77
Saludable	103	23
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Z = 11,54; Valor P = 0

Gráfico N° 7

Estilo de vida de los trabajadores



Fuente: elaboración propia

La Tabla N° 11 y Gráfico N° 7 revela que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 tienen Estilo de Vida no Saludable (77%) y el 23% Estilo de Vida Saludable.

De los resultados de la Tabla N° 11 y Gráfico N° 7 se deriva que el Estilo de Vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 es no saludable, tal como lo confirma la prueba Z de Gauss para una proporción en muestras grandes ($n = 451$, $n > 50$), al reportar un valor calculado de 11,54 y un valor P de 0 (obtenidos con el programa estadístico Minitab v.17), mayor que su valor teórico al 95% de confianza estadística (1,645) y menor que el nivel usual de significación de 0,05 (figura 1).

Figura N° 1

Prueba Z de Gauss para el estilo de vida no saludable

Prueba de $p = 0,5$ vs. $p > 0,5$					
Muestra	X	N	Muestra p	Valor Z	Valor p
1	348	451	0,771619	11,54	0,000

Con estos resultados se acepta la primera hipótesis específica de investigación que plantea:

“El Estilo de Vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 es no saludable”.

c) FACTORES DE RIESGO METABÓLICO/FISIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE LOS TRABAJADORES

– Hipertensión arterial de los trabajadores

Tabla N° 12

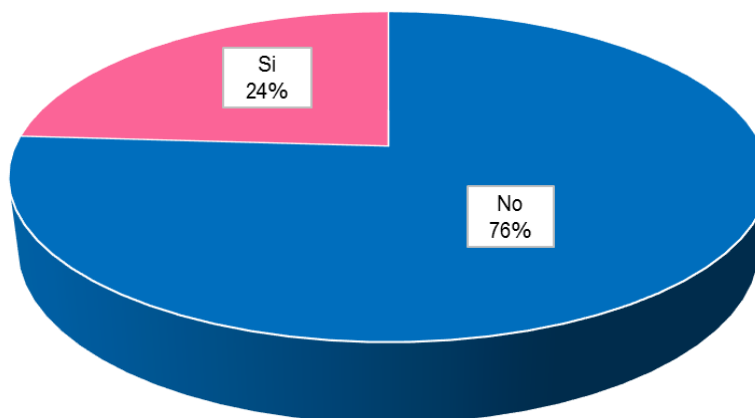
Hipertensión arterial de los trabajadores

Hipertensión Arterial	Trabajadores	%
No	342	76
Si	109	24
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 8

Hipertensión Arterial de los trabajadores



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 12 y Gráfico N° 8 se aprecia que el 24% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 tienen Hipertensión Arterial.

De estos porcentajes se deriva que la mayoría de los trabajadores no padecen de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles, pero la proporción de trabajadores con Hipertensión Arterial es

ligeramente superior a los reportados por los estudios de Tornasol de los años 2004 (22,1%) y 2012 (22,2%)¹⁷.

— **Sobrepeso/obesidad de los trabajadores**

Tabla 13

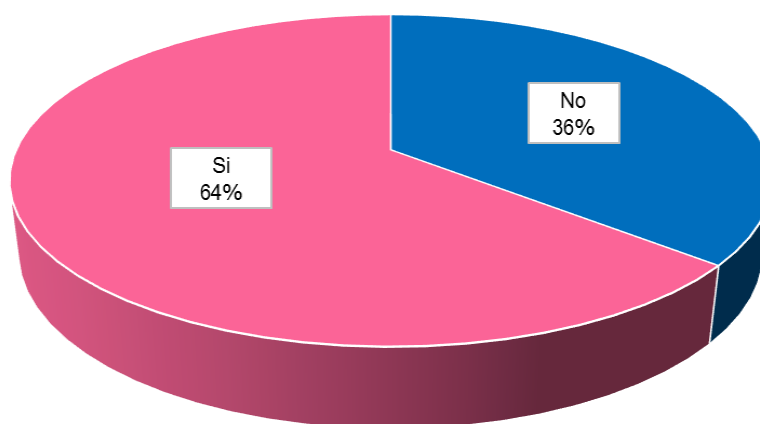
Sobrepeso/obesidad de los trabajadores

Sobrepeso / obesidad	Trabajadores	%
No	163	36
Si	288	64
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 9

Sobrepeso / obesidad de los trabajadores



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 13 y Gráfico N° 9 se observa que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 tienen sobrepeso u obesidad (64%).

De estos porcentajes se deriva que la mayoría de los trabajadores padecen de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles, siendo la proporción de trabajadores con sobrepeso / obesidad inferior a los 74% reportados por Cuba, Jhon (2011)¹⁹.

Tabla N° 14

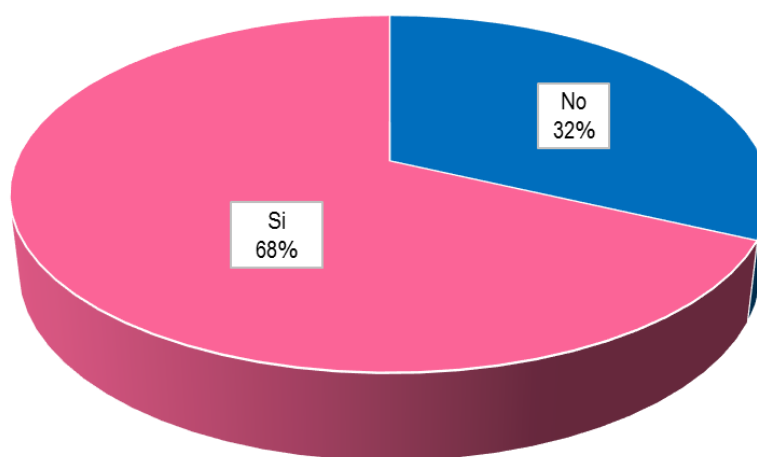
**Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de
Enfermedades No Trasmisibles de los trabajadores**

ENT	Trabajadores	%
No	143	32
Si	308	68
Total	451	100

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 10

**Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de
Enfermedades No Trasmisibles de los trabajadores**



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 14 y Gráfico N° 10 se constata que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 tienen

Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles.

De los resultados de la Tabla N° 14 y Gráfico N° 10 se concluye que la proporción de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles es alta, tal como lo confirma la prueba Z de Gauss para una proporción en muestras grandes ($n = 451$, $n > 50$), al reportar un valor calculado de 7,77 y un valor P de 0 (obtenidos con el programa estadístico Minitab v.17), mayor que su valor teórico al 95% de confianza estadística (1,645) y menor que el nivel usual de significación de 0,05 (figura 2).

Figura N° 2

Prueba Z de Gauss para Enfermedades No transmisibles

Prueba de $p = 0,5$ vs. $p > 0,5$					
Muestra	X	N	Muestra p	Valor Z	Valor p
1	308	451	0,682927	7,77	0,000

Con estos resultados se acepta la segunda hipótesis específica de investigación que plantea:

“La proporción de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de las Enfermedades No Transmisibles es alta”.

d) ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO METABÓLICO/FISIOLÓGICO DE ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES DE LOS TRABAJADORES

— Relación entre Estilo de Vida y Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles de los trabajadores

Tabla N° 15

Estilo de Vida y presencia de Enfermedades No Trasmisibles

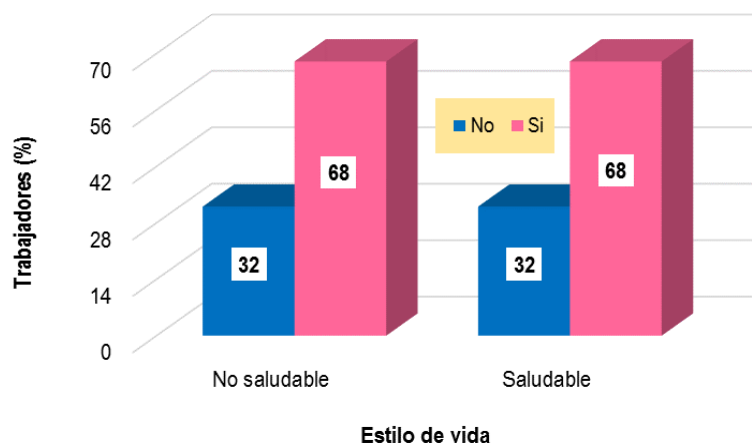
Estilo de Vida	Enfermedades No Trasmisibles			
	No		Si	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%
No saludable	110	32	238	68
Saludable	33	32	70	68

Fuente: elaboración propia

$$\chi^2 = 0,007, \text{ GL} = 1, \text{ Valor P} = 0,934$$

Gráfico N° 11

Estilo de Vida y Enfermedades No Trasmisibles



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 15 y Gráfico N° 11 se aprecia que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Estilo de Vida Saludable (32%) y no Saludable (68%) padecen Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles. Estos porcentajes revelan que no existen diferencias significativas en la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles según los trabajadores tengan o no estilo de vida saludable.

La prueba chi cuadrada para la asociación de variables cualitativas o categóricas revela que, al 95% de confianza estadística, no existe relación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014, al reportar un valor calculado de 0,007 y un valor P de 0,934 (obtenidos con el programa estadístico SPSS v.23), mayor que su valor teórico con un grado de libertad (3,841) y menor que el nivel habitual de significación de 0,05 (Figura N° 3).

Tabla N° 3.

**Prueba Chi cuadrada para asociación entre Estilos de Vida y
Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de ENT**

Estadísticos	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,007	1	,934		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	,007	1	,934		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,512
Asociación lineal por lineal	,007	1	,934		
N de casos válidos	451				

Fuente: elaboración propia

Con estos resultados se rechaza la hipótesis general de investigación, que plantea:

“Existe asociación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de las Enfermedades No Trasmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014”.

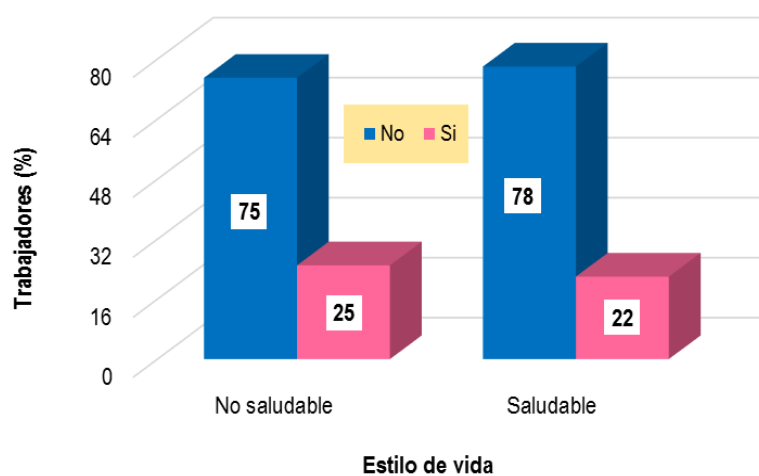
Tabla N° 15A

Estilo de vida y presencia de Hipertensión Arterial y Sobrepeso/Obesidad

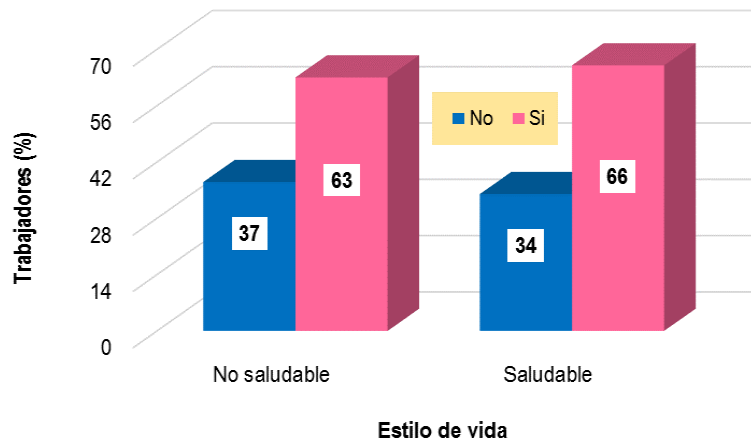
Estilo de vida	Hipertensión arterial				Sobrepeso / Obesidad			
	No		Si		No		Si	
	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%
No saludable	262	75	86	25	128	37	220	63
Saludable	80	78	23	22	35	34	68	66

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 11A

Estilo de vida y presencia de Hipertensión Arterial**Fuente: elaboración propia**

En la Tabla N° 15A y Gráfico N° 11A se observa que el 22% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Estilo de Vida Saludable y el 25% con estilo de vida no saludable presentan Hipertensión Arterial. Estos porcentajes revelan que no existen diferencias significativas en la presencia de Hipertensión Arterial según los trabajadores tengan o no estilo de vida saludable.

Gráfico N° 11B**Estilo de vida y presencia de Sobrepeso/Obesidad****Fuente: elaboración propia**

En la Tabla N° 15A y Gráfico N° 11B se observa que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín con Estilo de Vida saludable (66%) y no saludable (63%) tienen sobrepeso o son obesos. Estos porcentajes revelan que no existen diferencias significativas en la presencia de sobrepeso u obesidad según los trabajadores tengan o no estilo de vida saludable.

— Relación entre Alimentación y Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles de los trabajadores

Tabla N° 16

Alimentación y presencia de Enfermedades No Trasmisibles

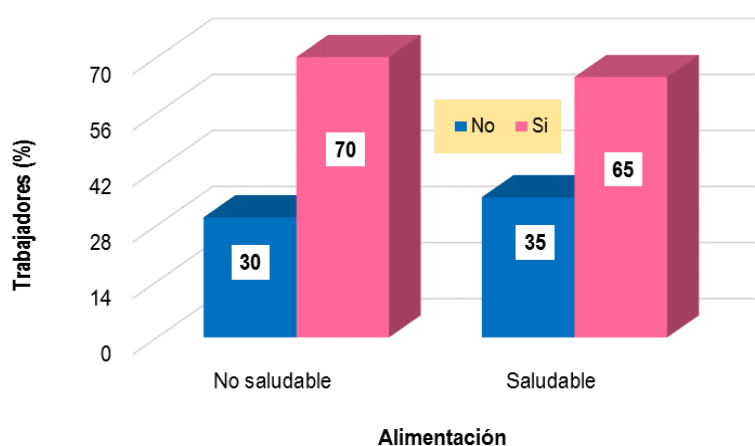
Alimentación	Enfermedades No Trasmisibles			
	No		Si	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%
No saludable	91	30	210	70
Saludable	52	35	98	65

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 12

Alimentación y presencia de Factores de Riesgo

Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 16 y Gráfico N° 12 se observa que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con alimentación saludable (65%) y no saludable (70%) padecen de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico

de Enfermedades No Trasmisibles. Estos porcentajes muestran que no existen diferencias significativas en la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles según los trabajadores tengan o no alimentación saludable.

Tabla N° 16A

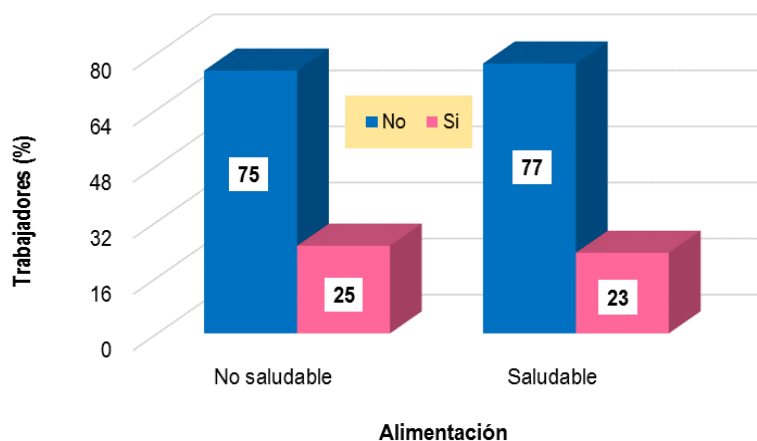
Alimentación y presencia de Hipertensión Arterial y Sobrepeso / Obesidad

Alimentación	Hipertensión arterial				Sobrepeso / Obesidad			
	No		Si		No		Si	
	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%
No saludable	227	75	74	25	106	35	195	65
Saludable	115	77	35	23	57	38	93	62

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 12A

Alimentación y presencia de Hipertensión Arterial



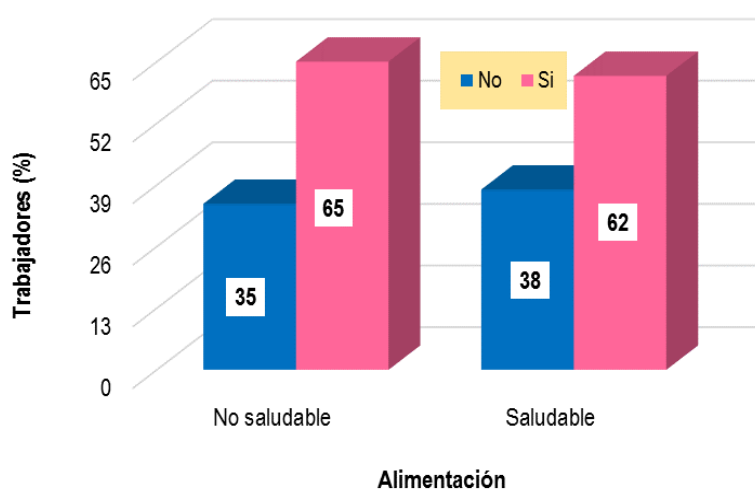
Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 16A y Gráfico N° 12A se detecta que el 23% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Alimentación

Saludable y el 25% con Alimentación no Saludable presentan Hipertensión Arterial. Estos porcentajes señalan que no existen diferencias significativas en la presencia de Hipertensión Arterial según los trabajadores tengan o no Alimentación Saludable.

Gráfico N° 12B

Alimentación y presencia de Sobrepeso / Obesidad



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 16A y Gráfico N° 12B se observa que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Alimentación Saludable (62%) y no saludable (65%) tienen Sobrepeso o son Obesos. Estos porcentajes muestran que no existen diferencias significativas en la presencia de Sobrepeso u Obesidad según los trabajadores tengan o no Alimentación Saludable.

– **Relación entre Dieta y Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles de los trabajadores**

Tabla N° 17

Dieta y presencia de Factores de Riesgo

Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles

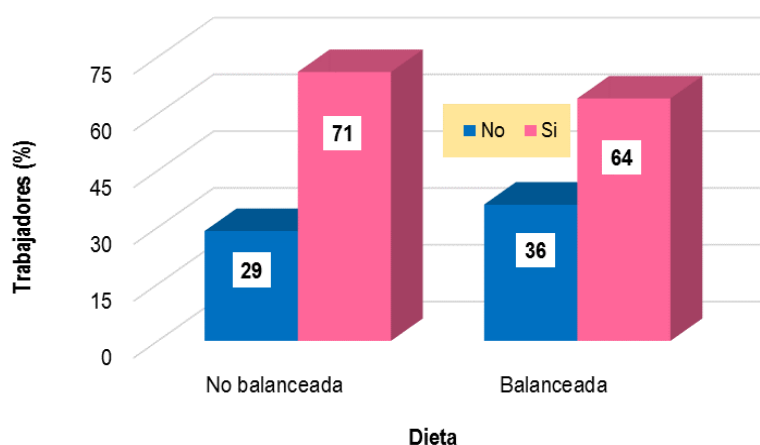
Dieta	Presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles			
	No		Si	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%
No balanceada	85	29	204	71
Balanceada	58	36	104	64

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 13

Dieta y presencia de Factores de Riesgo

Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 17 y Gráfico N° 13 se constata que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que

consumen dieta balanceada (64%) y no balanceada (71%) padecen Factores de Riesgo Metabólico / Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles. Estos índices revelan que la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles es ligeramente mayor en los trabajadores que consumen dieta no balanceada que en los trabajadores que consumen dieta balanceada.

Tabla N° 17A

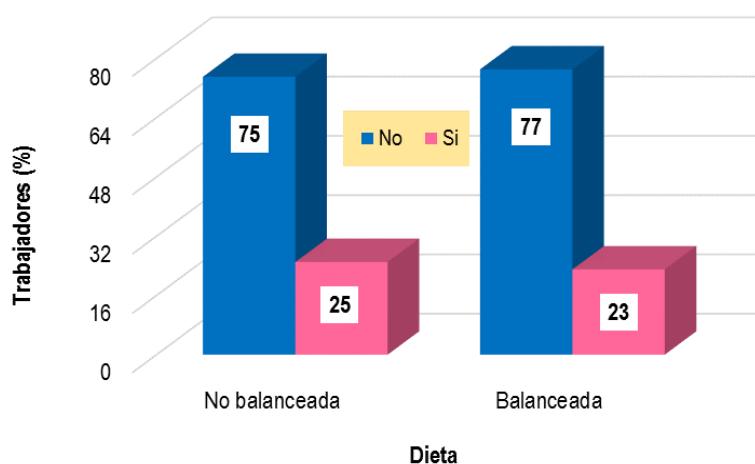
Dieta y presencia de Hipertensión Arterial y Sobrepeso / Obesidad

Dieta	Hipertensión Arterial				Sobrepeso / Obesidad			
	No		Si		No		Si	
	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%
No balanceada	217	75	72	25	99	34	190	66
Balanceada	125	77	37	23	64	40	98	60

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 13A

Dieta y presencia de Hipertensión Arterial

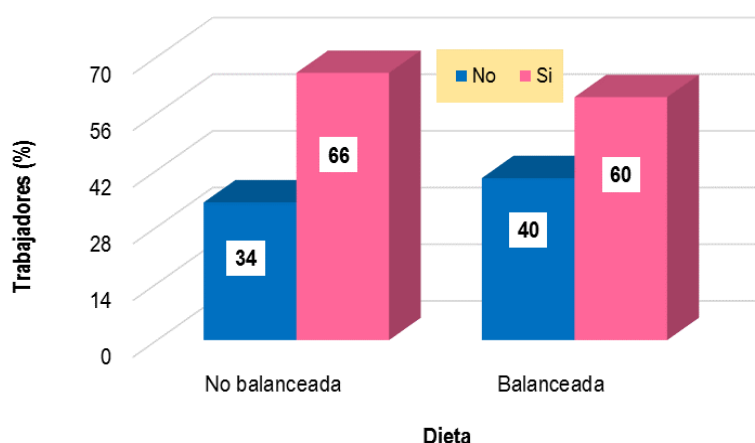


Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 17A y Gráfico N° 13A se descubre que el 23% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que consumen dieta balanceada y el 25% de los trabajadores que consumen dieta no balanceada presentan Hipertensión Arterial. Estos porcentajes indican que no existen diferencias significativas en la presencia de Hipertensión Arterial según los trabajadores que consuman o no dieta balanceada.

Gráfico N°13B

Dieta y presencia de Sobrepeso / Obesidad



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 17A y Gráfico N° 13B se aprecia que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que consumen dieta balanceada (60%) y no balanceada (66%) tienen sobrepeso o son obesos. Estos porcentajes indican que no existen diferencias significativas en la

presencia de Sobrepeso u Obesidad según los trabajadores que consuman o no dieta balanceada.

- **Relación entre Agregado de Sal a los alimentos y Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles de los trabajadores**

Tabla N° 18

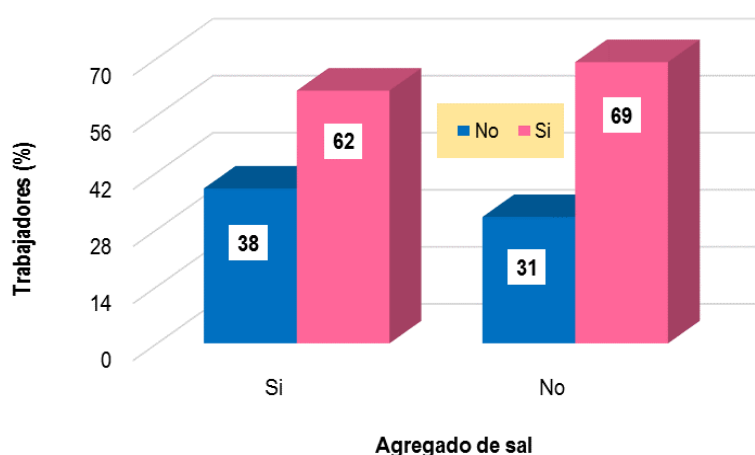
Agregado de sal a los alimentos y presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles

Agregado de sal	Presencia de enfermedades			
	No		Si	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%
Si	14	38	23	62
No	129	31	285	69

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 14

Agregado de sal a los alimentos y presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 18 y Gráfico N° 14 se aprecia que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que agregan sal (62%) o no (69%) a los alimentos padecen Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles. Estos porcentajes indican que la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles es ligeramente mayor en los trabajadores que no agregan sal a los alimentos que en los trabajadores que si la agregan.

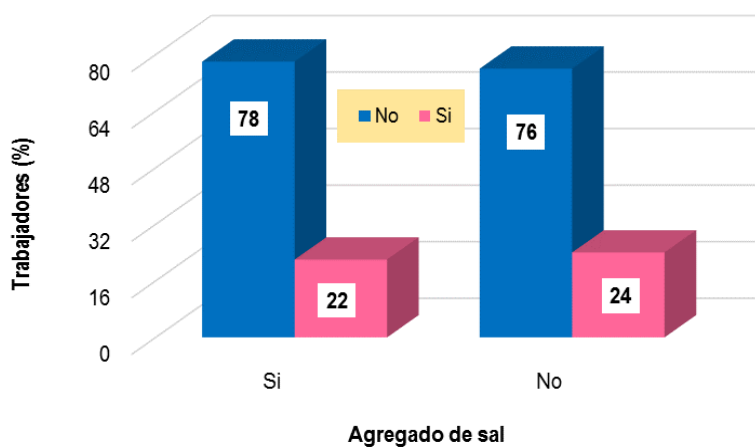
Tabla N° 18A

Agregado de sal a los alimentos y presencia de Hipertensión Arterial y Sobrepeso / Obesidad

Agregado de Sal	Hipertensión Arterial				Sobrepeso / Obesidad			
	No		Si		No		Si	
	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%
Si	29	78	8	22	16	43	21	57
No	313	76	101	24	147	36	267	64

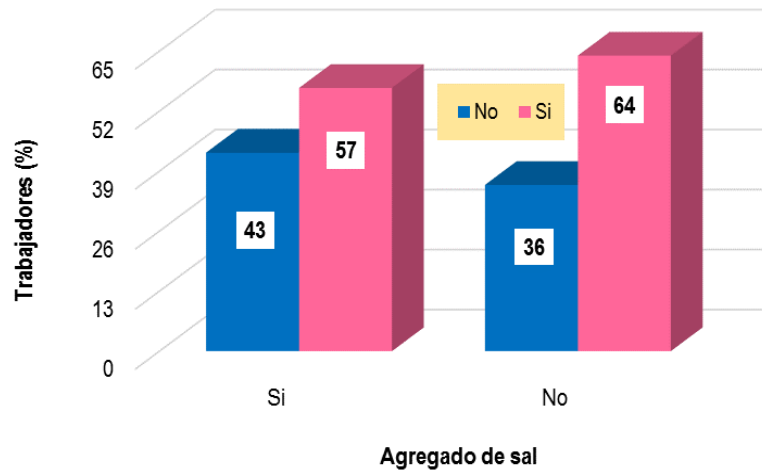
Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 14A

Agregado de sal a los alimentos y presencia de Hipertensión Arterial**Fuente: elaboración propia**

En la Tabla N° 18A y Gráfico N° 14A se observa que el 22% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que agregan sal a los alimentos y el 24% de los trabajadores que no agregan sal a los alimentos presentan Hipertensión Arterial. Estos guarismos muestran que no existen diferencias significativas en la presencia de Hipertensión Arterial según los trabajadores agreguen o no sal a los alimentos.

Gráfico N° 14B

Agregado de sal a los alimentos y presencia de Sobrepeso / Obesidad**Fuente: elaboración propia**

En la Tabla N° 18A y Gráfico N° 14B se aprecia que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que agregan sal (57%) o no (64%) a los alimentos tienen Sobrepeso o son Obesos. Estos porcentajes indican que la presencia de Sobrepeso u Obesidad es ligeramente mayor en los trabajadores que no agregan sal a los alimentos que en los trabajadores que si la agregan.

– Relación entre Actividad Física y Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles de los trabajadores

Tabla N° 19

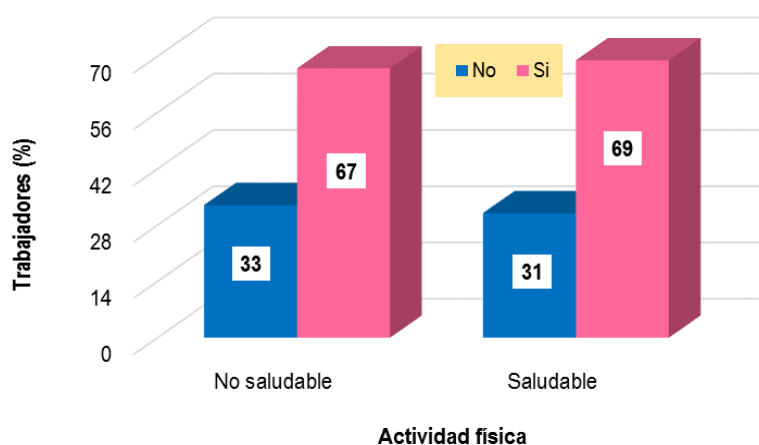
Actividad física y presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles

Actividad Física	Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles			
	No		Si	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%
No saludable	59	33	118	67
Saludable	84	31	190	69

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 15

Actividad Física y presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 19 y Gráfico N° 15 se descubre que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Actividad

Física Saludable (69%) y no saludable (67%) tienen Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles. Estos guarismos muestran que no existen diferencias significativas en la presencia de Enfermedades No Transmisibles según los trabajadores tengan actividad física saludable o no saludable.

Tabla N° 19A

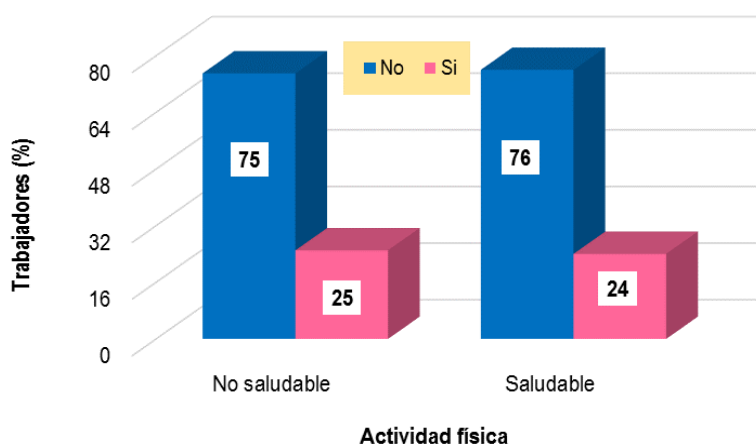
**Actividad física y presencia de
Hipertensión Arterial y Sobrepeso / Obesidad**

Actividad Física	Hipertensión Arterial				Sobrepeso / Obesidad			
	No		Si		No		Si	
	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%
No saludable	133	75	44	25	67	38	110	62
Saludable	209	76	65	24	96	35	178	65

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 15A

Actividad Física y presencia de Hipertensión Arterial

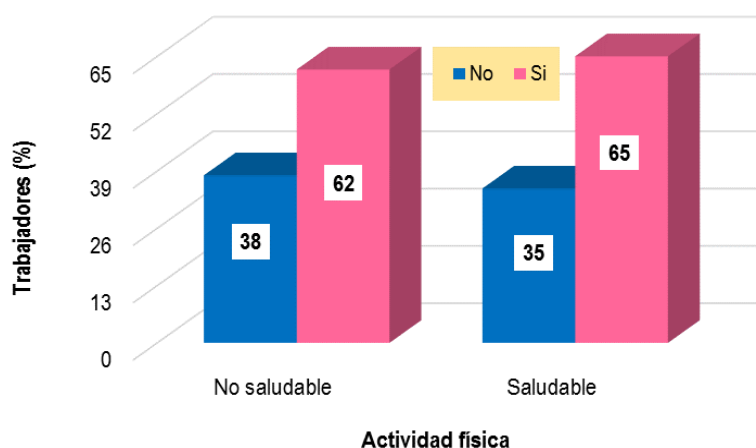


Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 19A y Gráfico N° 15A se observa que el 24% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con actividad física saludable y el 25% de los trabajadores con actividad física no saludable presentan hipertensión arterial. Estos porcentajes revelan que no existen diferencias significativas en la presencia de hipertensión arterial según los trabajadores tengan actividad física saludable o no saludable.

Gráfico N° 15B

Actividad Física y presencia de Sobrepeso / Obesidad



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 18A y Gráfico N° 15B se aprecia que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín con actividad física saludable (65%) y no saludable (62%) tienen sobrepeso o son obesos. Estos porcentajes revelan que no existen diferencias significativas en la presencia de sobrepeso u

obesidad según los trabajadores tengan actividad física saludable o no saludable.

- **Relación entre realización de Actividad Física diaria y Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles de los trabajadores**

Tabla N° 20

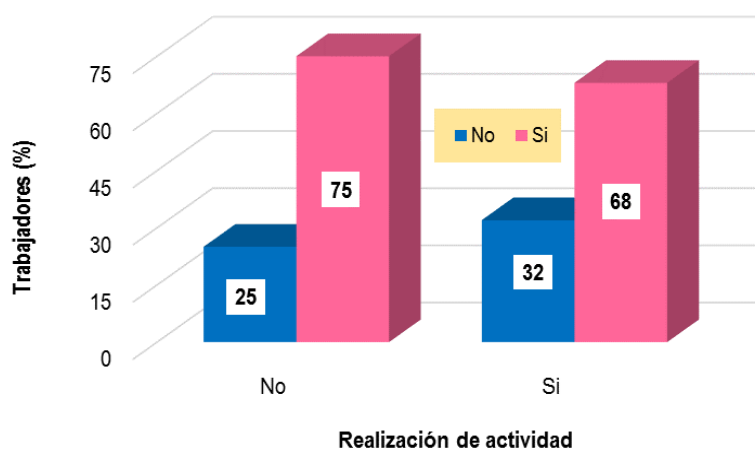
Realización de Actividad Física diaria y presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles

Realización de actividad	Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles			
	No		Si	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%
No saludable	7	25	21	75
Saludable	136	32	287	68

Fuente: elaboración propia

Gráfico N°16

Realización de Actividad Física diaria y presencia de Enfermedades No Trasmisibles



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 20 y Gráfico N° 16 se constata que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín que realizan actividad física diariamente durante 30 minutos (68%) o no (75%) padecen enfermedades crónicas no transmisibles. Estos guarismos indican que la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles es ligeramente mayor en los trabajadores que no realizan actividad física diaria durante 30 minutos que en los trabajadores que si la realizan.

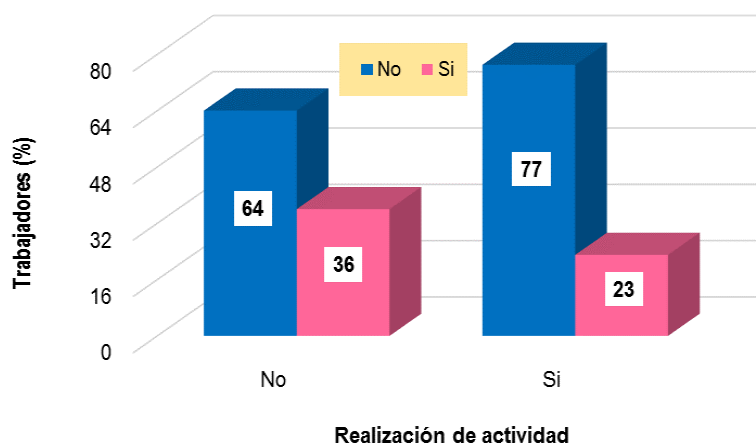
Tabla N° 20A

Realización de actividad física diaria y presencia de Hipertensión Arterial y Sobrepeso / Obesidad

Realización de actividad	Hipertensión arterial				Sobrepeso / Obesidad			
	No		Si		No		Si	
	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%
No	18	64	10	36	8	29	20	71
Si	324	77	99	23	155	37	268	63

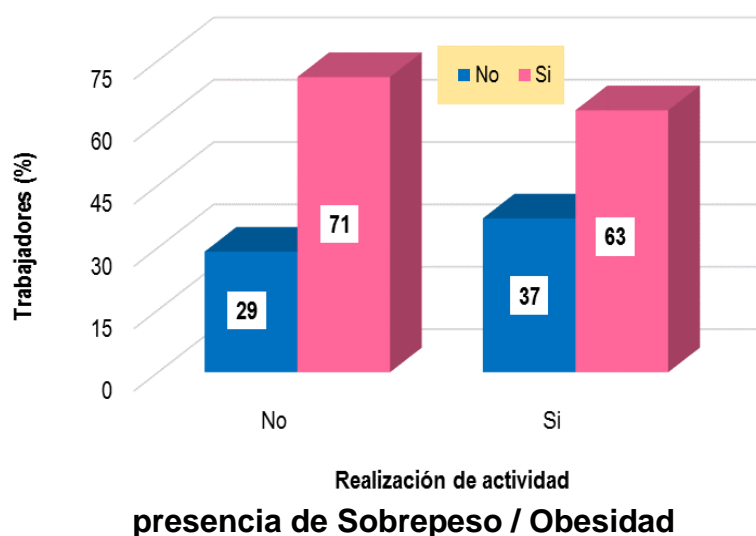
Fuente: elaboración propia

Gráfico N°16A

**Realización de Actividad Física diaria y
presencia de Hipertensión Arterial****Fuente: elaboración propia**

En la Tabla N° 20A y Gráfico N° 16A se detecta que el 23% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que realizan Actividad Física diaria durante 30 minutos y el 36% de los trabajadores que no la realizan presentan Hipertensión Arterial. Estos porcentajes revelan que la presencia de Hipertensión Arterial es ligeramente mayor en los trabajadores que no realizan Actividad Física diaria durante 30 minutos que en los trabajadores que si la realizan.

Gráfico N° 16B

Realización de Actividad Física diaria y

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 20A y Gráfico N° 16B se descubre que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que realizan (63%) o no (71%) actividad física diaria durante 30 minutos presentan sobrepeso o son obesos. Estos índices señalan que la presencia de sobrepeso u obesidad es ligeramente mayor en los trabajadores que no realizan actividad física diaria durante 30 minutos que en los trabajadores que si la realizan.

- Relación entre realización de ejercicios y Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles de los trabajadores

Tabla N° 21

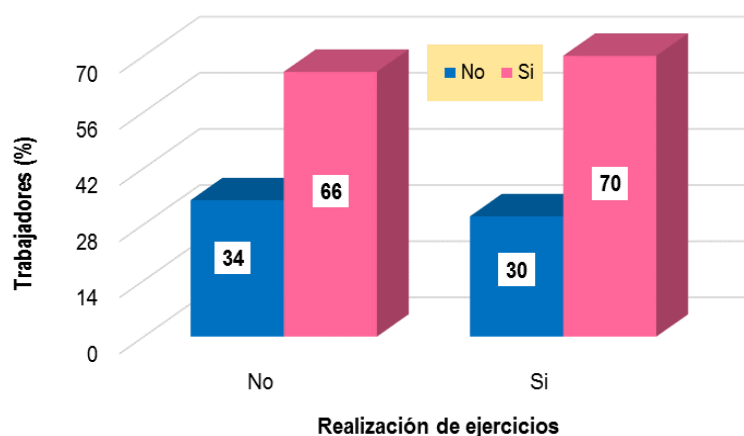
Realización de ejercicios y presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles

Realización de Ejercicios	Presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles			
	No		Si	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%
No	59	34	116	66
Si	84	30	192	70

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 17

Realización de ejercicios y presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 21 y Gráfico N° 17 se constata que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la

Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que realizan (70%) o no (66%) ejercicios en forma activa padecen Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles. Estos porcentajes indican que no hay diferencias significativas en la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles según los trabajadores realicen o no ejercicios en forma activa.

Tabla N° 21A

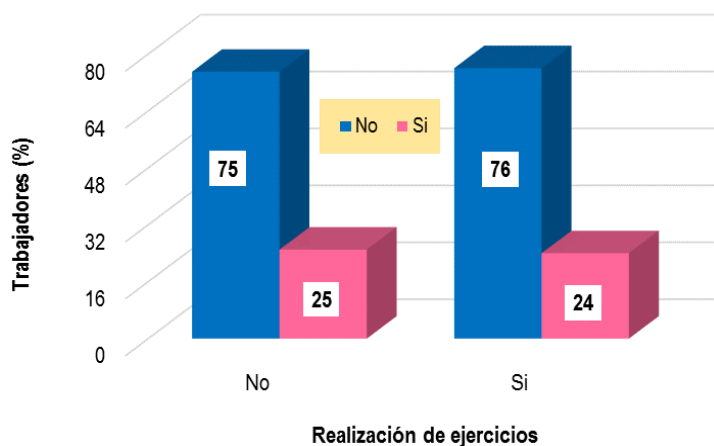
Realización de ejercicios y presencia de Hipertensión Arterial y Sobrepeso / Obesidad

Realización de ejercicios	Hipertensión Arterial				Sobrepeso / Obesidad			
	No		Si		No		Si	
	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%	Trabaj.	%
No	131	75	44	25	67	38	108	62
Si	211	76	65	24	96	35	180	65

Fuente: elaboración propia

Gráfico N° 17A

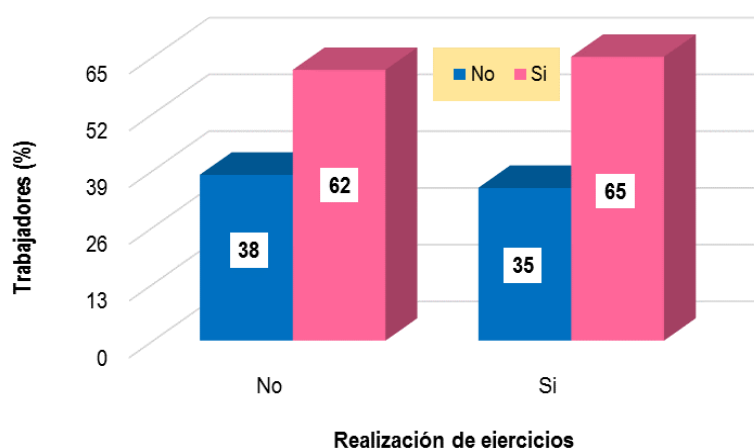
Realización de ejercicios y presencia de Hipertensión Arterial



Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 21A y Gráfico N° 17A se observa que el 24% de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que realizan ejercicios en forma activa y el 25% de los trabajadores que no los realizan presentan Hipertensión Arterial. Estos porcentajes revelan que no hay diferencias significativas en la presencia de Hipertensión Arterial según los trabajadores realicen o no ejercicios en forma activa.

Gráfico N° 17B



Realización de ejercicios y presencia de Sobrepeso / Obesidad

Fuente: elaboración propia

En la Tabla N° 21A y Gráfico N° 17B se aprecia que la mayoría de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 que realizan (65%) o no (62%) ejercicios en forma activa presentan sobrepeso o son obesos. Estos resultados indican que no hay diferencias significativas en la presencia de sobrepeso u obesidad según los trabajadores realicen o no ejercicios en forma activa.

e) CONTRASTACIÓN ESTADÍSTICA DE HIPÓTESIS

– Contrastación Estadística de la Hipótesis General

Hipótesis:

“Existe asociación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014”.

La contrastación de esta hipótesis se realiza con la prueba chi cuadrada para la asociación de variables cualitativas o independencia de criterios en muestras grandes ($n > 50$) entre el estilo de vida y la presencia de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en los trabajadores, al 95% de confianza estadística. El procedimiento de prueba de hipótesis se ilustra a continuación.

1) Hipótesis estadísticas

H_0 : No existe relación entre el Estilo de Vida y la presencia de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014.

H_1 : Existe relación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Enfermedades Crónicas no Trasmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014.

2) Estadística de prueba

Dado que la muestra es grande ($n = 451$, $n > 50$), la estadística de prueba es la función χ^2 de Pearson, con distribución chi cuadrada, definida como:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^F \sum_{j=1}^C \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Esta función tiene distribución chi cuadrada con $GL = (F-1)*(C-1)$ grados de libertad, donde F es el número de filas y C es el número de columnas de la tabla de contingencia de F filas y C columnas que resumen las variables estilo de vida y presencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los trabajadores. Como en la tabla 15, $F = 2$ y $C = 2$, la función χ^2 tiene distribución chi cuadrada con un grado de libertad.

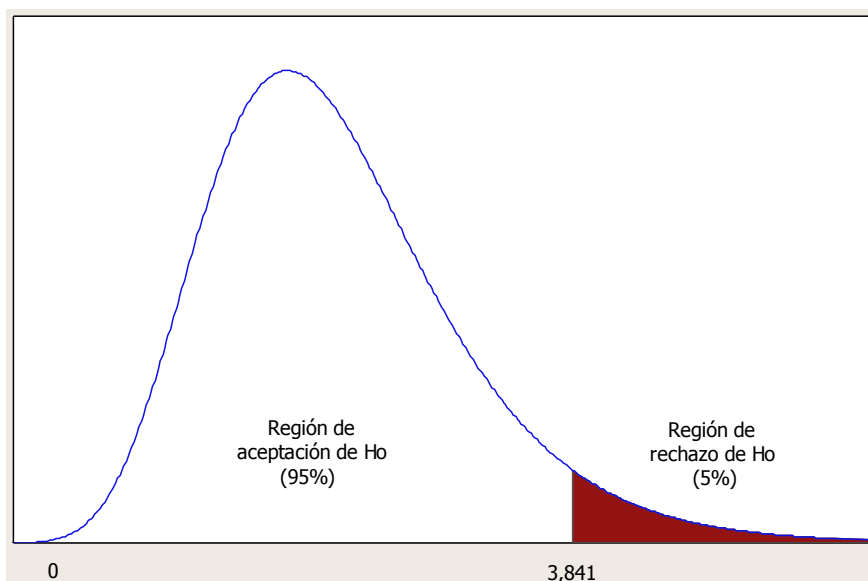
O_{ij} y E_{ij} son las frecuencias observadas y esperadas correspondientes a las categorías i y j de las variables filas y columnas, respectivamente.

3) Regla de decisión

El valor teórico de la distribución chi cuadrado con un grado de libertad para un contraste unilateral superior y 95% de probabilidad es 3,841. Con ello, se rechazará la hipótesis nula H_0 si el valor calculado de la χ^2 de Pearson es mayor que 3,841; en caso contrario, H_0 será aceptada (figura 4). En términos del valor P , la hipótesis nula H_0 se rechazará si el valor P es menor que el nivel de significación de 0,05; en caso contrario, H_0 será aceptada.

Figura N° 4.

Regiones de aceptación y rechazo de H_0



4) Valores calculados

El programa estadístico SPSS v_23 reporta un valor calculado de la chi cuadrada de Pearson de 0,007 y un valor P de 0,934 (figura 3).

5) Decisión estadística

Dado que el valor calculado de la chi cuadrada (0,007) es menor que 3,841 (se encuentra en la región de aceptación de la hipótesis nula H_0), se acepta la hipótesis nula H_0 . Asimismo, el valor P (0,934) es mayor que el nivel de significación habitual de 0.05, con el cual se ratifica la decisión anterior.

6) Conclusión

Al 95% de confianza estadística, se rechaza que existe relación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014.

Con estos resultados se rechaza la hipótesis general de investigación.

– Contrastación Estadística de la Primera Hipótesis Específica

Hipótesis:

“El estilo de vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 es no saludable”.

La contrastación estadística de esta hipótesis se realiza con la función Z de Gauss para una proporción en muestras grandes ($n > 50$), al 95% de confianza estadística. El procedimiento de contraste se desarrolla a continuación.

1) Hipótesis estadísticas

H_0 : El estilo de vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 es saludable ($H_0: \pi = 0,5$)

H_1 : El estilo de vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 es no saludable (H_1 : $\pi > 0,5$)

La hipótesis alternativa H_1 plantea que si el Estilo de Vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 es no saludable, entonces la proporción de trabajadores con estilo de vida no saludable (π) debe ser mayor que 0,5 (H_1 : $\pi > 0,5$), ya que el estilo de vida se categoriza como saludable y no saludable. El punto de corte de 0,5 se establece en base a la distribución estadística uniforme o rectangular con dos categorías equiprobables (saludable y no saludable), cada una con probabilidad igual a 1/2.

2) Estadística de prueba

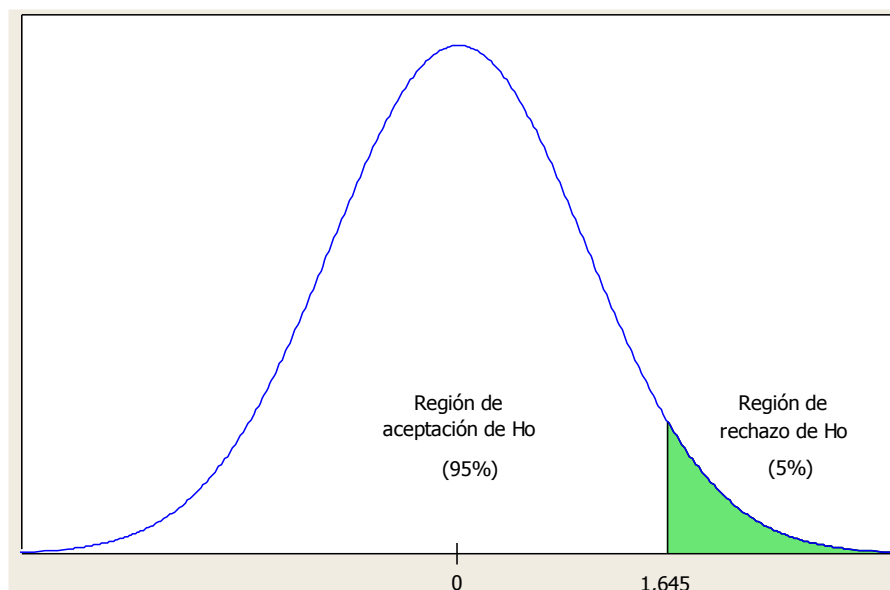
Dado que la muestra es grande ($n = 451$, $n > 50$), la estadística de prueba es la función Z de Gauss, con distribución normal estándar, definida como:

$$Z = \frac{\hat{p} - \pi}{\sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{n}}}$$

Aquí, p es la proporción muestral de trabajadores con estilo de vida no saludable, n es el tamaño de muestra.

3) Regla de decisión

El valor teórico de la Z de Gauss al 95% de confianza para un contraste unilateral superior o derecho es 1,645, con el cual la hipótesis nula H_0 será rechazada si el valor calculado o muestral de la función Z es mayor que 1,645; en caso contrario, será aceptada H_0 (figura 5). En términos del valor P, la hipótesis nula H_0 será rechazada si el valor P es menor que el nivel de significación usual de 0,05; en caso contrario, será aceptada H_0 .

Figura N° 5.**Regiones de rechazo y aceptación de H_0** 

Fuente: elaboración propia

4) Valores calculados

En la Tabla N° 11 se observa que, $n = 451$, $x = 348$, $p = 0,77$ y, por la hipótesis nula H_0 , $\pi = 0,5$, que al remplazarlos en la función Z de Gauss se obtiene un valor calculado de 11,54. El programa estadístico Minitab V.17 reporta un valor P de 0 (figura 1).

5) Decisión estadística

Al ser 11,54 mayor que 1,645 (se encuentra en la región de rechazo de H_0), se rechaza la hipótesis nula H_0 , a favor de la hipótesis alternativa H_1 . Además, el valor P (0) es menor que 0,05, lo cual ratifica la decisión anterior.

6) Conclusión

Al 95% de confianza estadística, se acepta que el Estilo de Vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 es no saludable.

Con estos resultados se acepta la primera hipótesis específica de investigación.

— **Contrastación Estadística de la Segunda Hipótesis Específica**

Hipótesis:

“La proporción de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín con enfermedades crónicas no transmisibles es alta”.

La contrastación estadística de esta hipótesis se realiza con la función Z de Gauss para una proporción en muestras grandes ($n > 50$), al 95% de confianza estadística. El procedimiento de contraste se desarrolla a continuación.

1) Hipótesis estadísticas

H_0 : La proporción de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Enfermedades Crónicas no Transmisibles no es alta ($H_0: \pi = 0,5$)

H_1 : La proporción de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2104 con enfermedades crónicas no transmisibles es alta ($H_1: \pi > 0,5$)

La hipótesis alternativa H_1 plantea que si la proporción de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con Enfermedades Crónicas no Transmisibles es alta, entonces la proporción de trabajadores con enfermedades crónicas no transmisibles (π) debe ser mayor que 0,5 ($H_1: \pi > 0,5$), ya que la proporción de trabajadores con enfermedades crónicas no transmisibles es alta cuando es mayor a 0,5.

2) Estadística de prueba

Dado que la muestra es grande ($n = 451$, $n > 50$), la estadística de prueba es la función Z de Gauss, con distribución normal estándar, definida como:

$$Z = \frac{\hat{p} - \pi}{\sqrt{\frac{\pi(1-\pi)}{n}}}$$

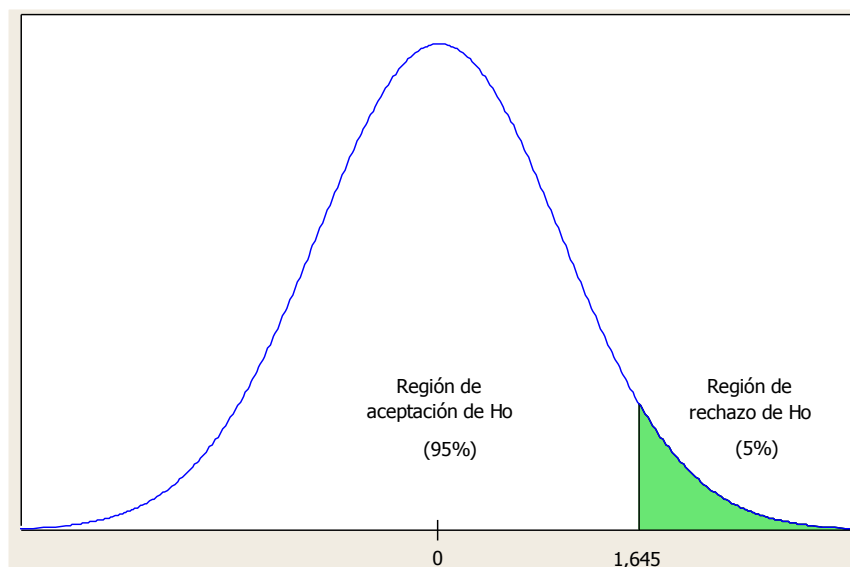
Aquí, p es la proporción muestral de trabajadores con enfermedades crónicas no transmisibles, n es el tamaño de muestra.

3) Regla de decisión

El valor teórico de la Z de Gauss al 95% de confianza para un contraste unilateral superior o derecho es 1,645, con el cual la hipótesis nula H_0 será rechazada si el valor calculado o muestral de la función Z es mayor que 1,645; en caso contrario, será aceptada H_0 (figura 6). En términos del valor P, la hipótesis nula H_0 será rechazada si el valor P es menor que el nivel de significación usual de 0,05; en caso contrario, será aceptada H_0 .

Figura N° 6.

Regiones de rechazo y aceptación de H_0



Fuente: elaboración propia

4) Valores calculados

En la Tabla N° 14 se observa que, $n = 451$, $x = 308$, $p = 0,68$ y, por la hipótesis nula H_0 , $\pi = 0,5$, que al remplazarlos en la función Z de Gauss se obtiene un valor calculado de 7,77. El programa estadístico Minitab V.17 reporta un valor P de 0 (figura 2).

5) Decisión estadística

Al ser 7,777 mayor que 1,645 (se encuentra en la región de rechazo de H_0), se rechaza la hipótesis nula H_0 , a favor de la hipótesis alternativa H_1 . Además, el valor P (0) es menor que 0,05, lo cual ratifica la decisión anterior.

6) Conclusión

Al 95% de confianza estadística, se acepta que la proporción de trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014 con enfermedades crónicas no transmisibles es alta.

Con estos resultados se acepta la segunda hipótesis específica de investigación.

La investigación mostró los Estilos de Vida No Saludables y la elevada proporción de los Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles, y sin embargo, se rechaza que existe relación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles, a diferencia de lo que establece la Organización Mundial de la Salud, en la que los Estilos de Vida No Saludable propician cambios metabólicos / fisiológicos como el Sobrepeso / Obesidad e Hipertensión Arterial.

CAPITULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos³⁶.

Los cambios metabólicos/fisiológicos clave que aumentan el riesgo de ENT: hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia (niveles elevados de glucosa en sangre) e hiperlipidemia (niveles altos de lípidos en la sangre)³⁷.

La hipertensión arterial es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta³⁸. En el Perú, de la población de 15 y más años de edad con presión arterial medida, se encontró un 16,6% con hipertensión arterial³⁹, y en nuestro estudio, los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín tienen 24%, es ligeramente superior a los reportados por los estudios de Tornasol de los años 2004 (22,1%) y 2012 (22,2%)¹⁷.

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud²⁸. La prevalencia de sobrepeso / obesidad en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín

³⁶ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2014. "Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida". Resumen de orientación, 2014: p 2

³⁷ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

³⁸ <http://www.who.int/features/qa/82/es/>

³⁹ Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2013. Lima, mayo 2014: p 17.

es de 64%, resultado mayor al 52% reportado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - Perú (2013)⁴¹, en personas de 15 años a más en el Perú, y menor al 74% encontrado por Cuba et al (2011)¹⁹, en médicos residentes de un hospital nacional del Perú, y al 72.5% hallado por Cerecero et al (2009)²⁰, en trabajadores universitarios en México.

Las ENT se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol².

La alimentación diaria de los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín a veces, rara vez o nunca contenía 4 a 5 porciones de frutas y verduras, 3 a 5 porciones de pan y cereales, 2 porciones de leguminosas, pescados, aves, carne y huevo, y 2 porciones de leche y lácteos, en un 64%. En el estudio realizado por Díaz et al (2007)²¹, en trabajadores de una institución prestadoras de servicios de salud, encuentra un alto porcentaje de individuos que consumen una dieta aterogénica (82,3 %), dada principalmente por un consumo elevado de grasas saturadas, azúcares refinados y un bajo consumo de grasas poliinsaturadas y fibra.

Esto pudiese ser explicado porque los lugares de trabajo en su mayoría ofrecen todo lo contrario a una alimentación sana: máquinas dispensadoras atiborradas de refrescos y patatas fritas, tiendas de comida rápida y vendedores ambulantes que ofrecen productos salados, grasientos y, en ocasiones, contaminados, reuniones de negocios surtidas de rosquillas y bollos y, cada vez con mayor frecuencia, tanto en los países ricos como en los

pobres, menos oportunidades para interrumpir el trabajo para comer, Wanjek (2005)⁴⁰

El 92% de los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín no agrega sal a sus alimentos. Sin embargo, los datos sobre la ingesta de sodio no están disponibles en muchos países en desarrollo, donde además el modelo alimentario y los patrones de consumo no son iguales a los del resto del mundo, y es el caso del Perú, donde no hay datos actualizados sobre la ingesta de sal o sus fuentes²².

Se encontró que los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín realizan siempre y frecuentemente Actividad Física durante 30 minutos en un 96% y realizan ejercicios en forma activa en un 61%. Sanabria et al (2014)²³, refiere que el 88,0 % de los trabajadores de la Dirección Regional de Salud de Lima – Perú tuvieron bajo nivel de Actividad Física, y Cuba et al (2011)¹⁹, menciona que el 74% de los médicos residentes de un hospital nacional en el Perú, no realizan Actividad Física programada. El descenso de la actividad física se debe parcialmente a la inacción durante el tiempo de ocio y al sedentarismo en el trabajo y en el hogar, y a un aumento del uso de modos «pasivos» de transporte²⁸.

No encontramos relación significativa entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín.

Sin embargo, es necesario persistir en este tipo de estudios, que consideren muestras representativas e instrumentos adecuados, para obtener datos que permitan estudiar mejor los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de la Enfermedades No Transmisibles.

⁴⁰ Wanjek, C. Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases Geneva, International Labour Office, 2005: p 12 - 14

Es menester recomendar a los decisores de la DIRESA Junín la importancia de implementar el Centro Laboral Saludable en los establecimientos de salud, para promover Estilos de Vida Saludable en los trabajadores, que le permitan mejorar y/o conservar su salud y su producción, en beneficio de los usuarios que esperan una atención integral oportuna y de calidad, y con buen trato.

En conclusión, no existe asociación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de las Enfermedades No Trasmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014.

CONCLUSIONES

- No existe relación significativa entre los Estilos de Vida No Saludable y los Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín – 2014, tal como lo confirma la prueba Chi Cuadrada para la asociación de variables cualitativas o categóricas revela que, al 95% de confianza estadística, no existe relación significativa entre el Estilo de Vida y la presencia de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Trasmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud Junín – 2014, al reportar un valor calculado de 0,007 y un valor P de 0,934 (obtenidos con el programa estadístico SPSS v.23), mayor que su valor teórico con un grado de libertad (3,841) y menor que el nivel habitual de significación de 0,05.
- Los Estilos de Vida no son saludables en los trabajadores de los hospitales de la DIRESA Junín -2104, tal como lo confirma la prueba Z de Gauss para una proporción en muestras grandes ($n = 451$, $n > 50$), al reportar un valor calculado de 11,54 y un valor P de 0 (obtenidos con el programa estadístico Minitab v.17), mayor que su valor teórico al 95% de confianza estadística (1,645) y menor que el nivel usual de significación de 0,05.
- La proporción de Factores de Riesgo Metabólico/Fisiológico de Enfermedades No Transmisibles es elevada, tal como lo confirma la prueba Z de Gauss para una proporción en muestras grandes ($n = 451$, $n > 50$), al reportar un valor calculado de 7,77 y un valor P de 0 (obtenidos con el programa estadístico Minitab v.17), mayor que su valor teórico al 95% de confianza estadística (1,645) y menor que el nivel usual de significación de 0,05.

SUGERENCIAS

- Es necesario ampliar la investigación incorporando a otros Factores de Riesgo Comportamentales Modificable como el consumo de tabaco y el uso excesivo de alcohol, que conjuntamente con la inactividad física y las dietas malsanas aumentan el riesgo de Enfermedades No Transmisibles, y de esta manera, demostrar si existe asociación entre los Estilos de Vida y los Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles.
- La investigación muestra que los Estilos de Vida de los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín que son no saludables, que debe ser considerada por los tomadores de decisión para implementar el Centro Laboral Saludable en los establecimientos de salud para promover Estilos de Vida Saludable.
- La investigación muestra que la proporción de Enfermedades No Transmisibles en los trabajadores de los hospitales de la Dirección Regional de Salud es elevada, que debe ser considerada por los tomadores de decisión para implementar tamizajes para diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, y con ello, disminuir el ausentismo laboral y mejorar la eficiencia de los trabajadores de salud, y a su vez, satisfacer a los usuarios de los establecimientos de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2010. Resumen de Orientación. 2010:10.
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no Transmisibles en las Américas: Indicadores básicos 2011 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011[consultado el 1 de octubre del 2013]. Se encuentra en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1930&Itemid=1708&lang=es.
4. Organización Mundial de la Salud. Situación Sanitaria Mundial: Datos y Cifras 2013 [Internet]. Washington (DC): 2013 [consultado el 1 de octubre del 2013]. Se encuentra en: http://www.who.int/features/factfiles/global_burden/facts/es/index3.html
5. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión Arterial: Una Enfermedad que Mata en Silencio [Internet]. Washington (DC): 2013 [consultado el 1 de octubre del 2013]. Se encuentra en: <http://www.who.int/es/>
6. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Ambientes de Trabajo Saludables: Un Modelo para la Acción para Empleadores, Trabajadores, Autoridades, Normativas y Profesionales. 2010: 4
7. International Labour Organization. Facts on Safety at Work. 2005: 1 – 2
8. International Labour Organization / World Health Organization joint press release. Number of work-related accidents and illnesses continues to increase: ILO and WHO join in call for prevention strategies [Internet]. Geneva: 2005[consultado el 5 de octubre del 2013]. Se encuentra en:

http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_005161/lang--en/index.htm

9. Organización Panamericana de la Salud. “La Salud y la Seguridad en el Trabajo en la Región de las Américas: Alianza estratégica entre los ministros de trabajo y de salud”. 2004:1 – 20
10. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Programa en Salud de los Trabajadores (OCH), Programa sobre Calidad Ambiental (HEQ), División de Salud y Ambiente (HEP) “Plan Regional en Salud de los Trabajadores”. 2001:1 – 57.
11. Ministerio de Salud. Daños no Transmisibles. Prevención y Control de Daños no Transmisibles. Situación Epidemiológica [Internet]. Lima: 2013 [consultado el 6 de octubre del 2013]. Se encuentra en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=6>
12. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. “Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles”. Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de junio del 2013:3
13. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. “Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles, 2012-2025”. Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012:3
14. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable [Internet]. Washington, DC: OPS; 2011 [consultado el 12 de octubre del 21013]. Se puede encontrar en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5884&Itemid=1926&lang=es

15. Velasquez A. Enfermedades No Transmisibles en el Perú. Reforma de la Salud [internet]. Lima, 2011 [consultado el 25 de octubre del 2013]. Se puede encontrar en: <http://reformasalud.blogspot.com/2011/06/las-enfermedades-no-transmisibles-en-el.html>
16. Sanabria-Ferrand, Pablo Alfonso; González, Luis A.; Urrego M., Diana Z. Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio Revista Med, vol. 15, núm. 2, julio, 2007, pp. 207-217 Universidad Militar Nueva Granada
17. Ruiz Mori, Enrique; Segura Vera, Luis; Rodríguez Montes de Oca, Jorge. Tendencias de la Hipertensión Arterial en el Perú según los Estudios TORNASOL I y II. Sociedad Peruana de Cardiología. Primera Edición, 2012, pp 11 Colegio Médico del Perú.
18. Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29(3):303-13.
19. Jhon Cuba, Tati Ramírez, Bárbara Olivares, Ivonne Bernui, Enriqueta Estrada. Estilo de vida y su relación con el exceso de peso, en los médicos residentes de un hospital nacional. An Fac med. 2011; 72(3):205-10.
20. Patricia Cerecero, Bernardo Hernández, Dalia Aguirre, Roxana Valdés, Gerardo Huitrón. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. salud pública de méxico / vol. 51, no. 6, noviembre-diciembre de 2009: p 465 – 473.

21. Jesús E. Díaz-Realpe (2007), Juliana Muñoz-Martínez y Carlos H. Sierra-Torres. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. Rev. Salud Pública 9(1): 64-75, 2007.
22. Saavedra-García L (2014), Bernabé-Ortiz A, Díez-Canseco F, Miranda JJ. Generando información: ¿sabemos cuánto es el consumo promedio de sal y cuáles son sus fuentes? [carta]. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014; 31(1):170-1.
23. Sanabria-Rojas H (2014) , Tarqui-Mamani C, Portugal-Benavides W, Pereyra-Zaldívar H y Mamani-Castillo L. Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de Salud de Lima, Perú. Rev. salud pública. 16 (1): 53-62, 2014.
24. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Informe de la Secretaría. 2004: 7 – 11
25. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, Organización Mundial de la Salud, 2009.
26. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2008.
27. A guide for population-based approaches to increasing levels of physical activity: implementation of the WHO Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007
28. Organización Mundial de la Salud. Temas de Salud. Obesidad. Información General. Obesidad y Sobrepeso [internet]. Washington, D.C., EUA, 2012 [consultado el 25 de octubre del 2013]. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>

29. Organización Mundial de la Salud. Información General sobre la Hipertensión en el Mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de Salud Pública Mundial. Ginebra 2013: 17 – 21.
30. Organización Mundial de la Salud. Affordable Technology: Blood Pressure Measuring Devices for Low Resource Settings. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
31. Parati G., et al. A new solar-powered blood pressure measuring device for low-resource settings. Hypertension, 2010, 56; 1047-1053.
32. Ministerio de Salud de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos INTA. Acción RSE. Consejo Nacional de VIDA Chile. “Vida Sana en la Empresa: Guía para la elaboración de un programa de Promoción de la Salud en la Empresa” 2004: 1-56
33. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones Mundiales sobre la Actividad Física para la Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
34. Organización Panamericana de la Salud. Serie La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación. Washington DC, 2008: 10
35. Robinson Ramírez-Vélez y Ricardo A. Agredo. Fiabilidad y validez del instrumento “Fantástico” para medir el estilo de vida en adultos colombianos. Rev. salud pública. 14 (2): 226-237, 2012.
36. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las Enfermedades No Transmisibles 2014. “Cumplimiento de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles: una responsabilidad compartida”. Resumen de orientación, 2014: p 2

37. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
38. <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2013. Lima, mayo 2014: p 17.
40. Wanjek, C. Food at work: Workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases Geneva, International Labour Office, 2005: p 12 – 14

ANEXO N° 1

CUESTIONARIO DE ESTILOS DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO METABOLICO/FISIOLOGICO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE LOS TRABAJADORES DE LOS HOSPITALES DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD JUNIN - 2014

Buenos días/tardes, estamos llevando a cabo un estudio para conocer los Estilos de Vida y la Salud de de los trabajadores de los Hospitales de la Dirección Regional de Salud de Junín. Los resultados permitirán proponer las actividades para la implementación del Centro Laboral Saludable en el ámbito de la Diresa Junín. El cuestionario es ANONIMO y si desea participar facilite y responda marcando con una "X", los siguientes ítems.

EDAD	años		PESO	kg
GENERO	M	F	TALLA	cm
GRUPO OCUPACIONAL	P	NP	P°A SISTOLICA	mmHg
CONDICION LABORAL	N	C	P°A DIASTOLICA	mmHg
			PERIMETRO ABDOMINAL	cm

A ctividad física	Realiza actividad física diaria durante 30 minutos (caminar y/o lavar los pisos o ventanas de la casa):	
	Siempre Frecuentemente A veces Rara vez Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N utrición	Hace ejercicio en forma activa (correr, andar en bicicleta y/o caminar rápido), al menos por 40 - 60 minutos durante 3 veces por semana:	
	Siempre Frecuentemente A veces Rara vez Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N utrición	Su alimentación diaria contiene: 4 a 5 porciones de frutas y verduras, 3 a 5 porciones de pan y cereales, 2 porciones de leguminosas, pescados, aves, carne y huevo, y 2 porciones de leche y lácteos	
	Siempre Frecuentemente A veces Rara vez Nunca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N utrición	Luego de probar los alimentos, agrega sal a los mismos:	
	Nunca Rara vez A veces Frecuentemente Siempre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>