



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular

Rosa Nury Zambrano Bermeo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería, Maestría en enfermería
Santafé de Bogotá, Colombia
2013

Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular

Rosa Nury Zambrano Bermeo

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Magister en Enfermería
con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular.

Directora:

Ph.D. Clara Virginia Caro Castillo

Línea de Investigación:

Cuidado para la salud cardiovascular

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Maestría en enfermería

Santafé de Bogotá, Colombia

2013

(Dedicatoria)

A:

Dios, por ser mi guía y por haber puesto en mi camino aquellos ángeles que fueron mi soporte y compañía en esta etapa de mi vida.

A mi marido, por su amor incondicional, comprensión y apoyo cuando más lo necesitaba dándome palabras de aliento y por entender mis ausencias, gracias.

A mis hijos Aura y Pipe, que a pesar de ser unos niños supieron entender y me regalaron su tiempo para mi estudio.

A mis padres por el don de la vida, a mi papá Luis Antonio (QEPD), por sus enseñanzas durante los años compartidos, a mi mamá María Enelia, por su ejemplo y oraciones.

Agradecimientos

Es muy importante para mí poder hacer un reconocimiento sincero a quienes me ayudaron a desarrollar esta investigación, ellos son:

A Dios por guiar todos mis pasos.

A mi marido y mis hijos el agradecimiento más profundo y sincero, sin su colaboración, apoyo e inspiración no habría sido posible culminar la meta.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, al programa de Maestría en Enfermería, directivos, docentes, personal administrativo.

Profesora Clara Virginia Caro Castillo, por haber aceptado ser la directora de tesis, por su apoyo y confianza en mí investigación.

A la directora del programa de enfermería, docentes y funcionarios de la Universidad Santiago de Cali, por su apoyo y amistad compartida y por creer en mi trabajo.

A María Marlene Montes Valverde, por su apoyo académico, ejemplo y por la motivación constante que me ha permitido salir adelante.

A los integrantes del Tribunal Departamental Ético de Enfermería de Valle del Cauca, Cauca, Nariño y Putumayo, mis más sinceros agradecimientos.

A los estudiantes del programa de Enfermería de la Universidad Santiago de Cali, por su entendimiento y apoyo constante, gracias por su compañía.

A los integrantes del jurado por aceptar la invitación para ser parte de él. Gracias por su compartir y contribuciones.

A los habitantes de las veredas Potrerillos, La Esperanza y el Tablón, que participaron en esta investigación, quienes fueron fundamentales en el desarrollo de este estudio.

A la auxiliar de enfermería del corregimiento Poblado de Maito, Ismeni Perdomo, quien fue mi apoyo durante el proceso de recolección de la muestra.

A los líderes comunitarios del corregimiento Poblado de Maito, Justino, Roberto, Yamir, José Rubi y Bertulfo, quienes fueron el puente de conexión con la comunidad donde se desarrolló la investigación.

A mis suegros Cecilia y José por su confianza en mí y por sus oraciones.

A mis hermanos, sobrinos, cuñados y parientes, gracias por su apoyo y confianza.

A mis compañeros de maestría que hicieron parte de este proceso de aprendizaje y que compartieron sus conocimientos y experiencias; debo expresar mis agradecimientos en especial a Johanna, Sandra, José, Daniel, Ericka, con quienes compartí experiencias profesionales y personales de gran valor.

A María Margarita, Eliana, Ivonne, Wilson y Paula Andrea por sus valiosos aportes durante el desarrollo de la tesis.

A mis vecinos de la unidad residencial: Pastora, Dison, Marlene, Francy, Claudia, Aracely, Henry, Marleny, Nubia, por su compañía, apoyo y oraciones durante el desarrollo de este trabajo.

A todas aquellas personas que de una u otra forma hicieron posible la realización de esta investigación, a todos ellos muchas gracias.

Resumen

Objetivo: Describir el estilo de vida y su relación con la salud cardiovascular de la población entre 20 y 60 años, de las veredas: Potrerillo, La Esperanza y el Tablón, del corregimiento de Maito, municipio de Tarqui (Huila).

Diseño: estudio descriptivo, censal de corte transversal con abordaje cuantitativo; incluyo 70 personas del área rural; se les aplico el instrumento FANTASTICO, para conocer el estilo de vida y se relacionó con indicadores antropométricos y pruebas bioquímicas para conocer la salud cardiovascular.

Resultados: Respecto al estilo de vida los participantes se ubicaron en cuatro categorías: buen estilo de vida el 70%, en regular estilo de vida el 21.4%, excelente estilo de vida 5.7%. y estilo de vida malo 2.9%. Se encontró mayor dislipidemia en los hombres, respecto a las mujeres, con un 57.10%; el género femenino es más propenso a sufrir de obesidad, con un 45.57%; el 41.43% de las mujeres tienen presión arterial optima y el 1.43% de los hombres padece hipertensión grado I.

Conclusiones: El instrumento FANTASTICO, se constituye en un instrumento que sirve de punto de partida para medir el estilo de vida de grupos poblacionales para el caso uno rural, con el objetivo de elaborar propuestas a nivel local de promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular.

Palabras clave: estilo de vida, población rural, salud cardiovascular.

Abstract

Objective: this study aims to describe lifestyle and its relationship with cardiovascular health of the population between the ages of 20 and 60 years old, living in the following villages: Potrerillo, La Esperanza and el Tablón, within the small town of Maito, Tarqui city (Huila).

Design: the current study is a descriptive censual one, of cross section type within the quantitative approach; it includes 70 people from a rural area; to which the FANTASTICO instrument was applied, in order to know their lifestyle. This last one was then processed using anthropometrical indicators and biochemical proves to get to know their cardiovascular health.

Results: we found a 70% good lifestyle followed by a regular one with 21.4% and an excellent one 5.7%. We found more dyslipidemia in men, and as for women, a 57.10%; females are more likely to suffer from this obesity, with a 45.57%; the 41.43% of women have an optimal arterial pressure and the 1.43% of men suffer from hypertension in I grade.

Conclusions: the FANTASTICO instrument is a departure point to measure rural population's lifestyle, since it poorly evaluates population's cardiovascular health.

Key words: .lifestyle, rural population, cardiovascular health.

Contenido

	Pág.
Resumen.....	IX
Lista de figuras.....	XIII
Lista de tablas.....	XIV
Lista de gráficas.....	15
Introducción.....	166
1. Marco Referencial	19
1.1 Descripción del área problema.....	19
1.2 Justificación.....	25
1.3 Planteamiento del problema.....	34
1.4 Objetivos	34
1.4.1 Objetivo general	34
1.4.2 Objetivos Específicos.....	34
1.5 Definición de Conceptos.....	34
1.5.1 Población rural.....	34
1.5.2 Estilo de vida.	35
1.5.3 Salud Cardiovascular.....	36
2. Marco Conceptual	39
2.1 Estilo de vida.....	39
2.2 Estilos de vida saludable	44
2.2.1 Actividad física.....	45
2.2.2 Alimentación saludable	48
2.3 Enfermedad Cardiovascular (ECV)	49
2.4 Factor de riesgo cardiovascular.....	50
2.4.1 Factor de riesgo mayor o independiente	51
2.4.2 Factor de riesgo condicional	51
2.4.3 Factor de riesgo predisponente	51
2.5 Principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular.	51
3. Marco Teórico.....	54
3.1 Estilo de vida.....	55
3.1.1 Enfoques teóricos en el abordaje estilo de vida	62
3.2 Salud cardiovascular	68

4. Marco de diseño.....	71
4.1 Tipo de estudio y metodología	71
4.2 Elementos del diseño	72
4.2.1 Universo	72
4.2.2 Población.....	72
4.3 Criterios de inclusión	73
4.4 Control de sesgos y calidad de los datos	74
4.5 Aspectos ambientales	75
4.6 Técnicas y procedimientos para recolección de la información.	76
4.6.1 Instrumentos.....	79
4.7 Variables.....	81
4.7.1 Estilo de vida	81
4.7.2 Presión Arterial	82
4.7.3 Peso Corporal.....	82
4.7.4 Obesidad Central.....	82
4.7.5 Diabetes	82
4.7.6 Dislipidemia	83
4.8 Consideraciones Éticas.....	83
5. Marco de análisis y discusión.....	87
5.1 Resultados	88
5.2 Discusión	103
6. Conclusiones y recomendaciones.....	107
6.1 Conclusiones.....	107
6.2 Recomendaciones	110
A. Anexo: Ubicación del municipio de Tarqui, en el departamento del Huila	113
B. Anexo: Mapa político del municipio de Tarqui (Huila).....	115
C. Anexo: Ubicación del corregimiento de Maito, en el mapa de Colombia	117
D. Anexo: Instrumento FANTASTICO	119
E. Anexo: Encuesta prediseñada	121
F. Anexo: Consentimiento informado.....	12323
G. Anexo: Autorización para utilizar el instrumento “FANTASTICO”	125
H. Anexo: Matriz de correlación de Spearman	129
Bibliografía	13235

Lista de figuras

Pág.

Figura 3-1: Modelo de Promoción de la salud revisado67

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 2-1: Factores de riesgo cardiovascular.....	53
Tabla 3-1: Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud factores que deben considerarse.	60
Tabla 5-1: Características sociodemográficas – Población rural de 20 a 60 años, de las veredas la potrerrillos, La Esperanza y el tablón del corregimiento Poblado de Maito – Tarqui (Huila) 2012.	89
Tabla 5-2: Categorías del puntaje total del estilo de vida.....	90
Tabla 5-3: Estratificación del estilo de vida según el instrumento FANTASTICO.	91
Tabla 5-4: Proporción de personas con Diabetes, Dislipidemia, Hipertensión Arterial, obesidad Central, Sobrepeso y Obesidad.....	92
Tabla 5-5: Dislipidemia. Hipertensión Arterial y Obesidad, según estilo de vida.....	94
Tabla 5-6: Resumen estadístico de las variables de valoración física y exámenes de laboratorio, respecto a las categorías del estilo de vida, derivadas del instrumento fantástico	95
Tabla 5-7: Resumen estadístico de las variables de valoración física y exámenes de laboratorio respecto a la comparación de medias por género.	98
Tabla 5-8: Variables significativas en clúster 1.....	100
Tabla 5-9: Variables significativas en clúster 2.....	101
Tabla 5-10: Variables significativas en clúster 3.....	101

Lista de gráficas

Pág.

Gráfica 5-1: Distribución de los conglomerados según ACM 99

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), constituyen la primera causa de defunción en el mundo; se calcula que en el año 2030 cerca de 23,6 millones de personas morirán por ECV, sobre todo por cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales (AVC), y se prevé que estas enfermedades seguirán siendo la principal causa de muerte, en especial en países menos desarrollados¹. Estas afecciones son consideradas como un problema de salud, no solamente por los costos que conlleva su tratamiento, sino también por la pérdida de años de vida relacionados con discapacidad y la muerte de quienes las padecen.

Las ECV, son un conjunto de entidades patológicas que afectan la función fisiológica y metabólica de órganos como el corazón, los vasos sanguíneos y el cerebro entre otros, las cuales se han ido en aumento. Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), calculan que 17.3 millones de personas murieron por esta causa a nivel mundial en el año 2008, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo²; en Colombia, en este mismo año las enfermedades las ECV ocuparon el primer lugar con un 46.9%, del total de las muertes (Ministerio de Protección Social, 2008). En el Departamento del Huila en el 2008, las enfermedades relacionadas con afecciones del sistema circulatorio fueron la principal causa de muerte, con 1.431 muertes, correspondiendo al 2,4% del total de las muertes para este año, con una tasa de 135.7 p por 100.000 habitantes, siendo la sexta más alta del país³.

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centro de Prensa. Nota informativa, Enfermedades Cardiovasculares [en línea]. Estados Unidos: OMS, 2011, [consultado 11 de diciembre de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.

² Ibíd.

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores básicos 2010. Situación de salud en Colombia. [en línea]. [consultado 11 de diciembre de 2011]. Disponible en Internet: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135.

Entre las causas más importantes de las ECV, reportadas por la literatura están los denominados "factores de riesgo modificables": dieta malsana, inactividad física y consumo de tabaco y alcohol entre otros, que llevan al aumento de la tensión arterial, los niveles de azúcar y lípidos de la sangre; sobrepeso y obesidad. Carmona y otros (2000), encontraron que personas que reportaban conductas y preferencias por un estilo saludable, como alimentación sana, práctica regular de actividad física, menor consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas, el riesgo de presentar estas enfermedades fue valorado como mínimo.

Por lo cual en las últimas décadas se han desarrollado desde diferentes perspectivas y disciplinas estudios que hacen relación al estilo de vida y la salud de las personas, con el fin de planear e implementar diferentes tipos de estrategias: como la educativa con el objetivo de fortalecer hábitos saludables y transformar prácticas y estilos o modos de vida nocivos para la salud. En este orden de ideas es de gran importancia conocer el estilo de vida y su relación con la salud de poblaciones que por ubicación geográfica, (área rural) no se cuenta con información actualizada e integral sobre su situación de salud y sus estilos de vida.

El presente estudio se centra en describir los estilos de vida de la población entre 20 y 60 años de tres veredas: Potrerillo, La Esperanza y el Tablón, del corregimiento poblado de Maito, perteneciente al municipio de Tarqui Huila. Se busca abordar el estilo de vida de manera integral es decir teniendo en cuenta tanto los factores personales: conocimientos actitudes, comportamientos así como la influencia del contexto desde lo cultural, lo físico, lo social como elementos importantes que contribuyen a determinar el estado de salud de las personas. Para aportar al desarrollo de programas y proyectos en el nivel local y retroalimentar el Plan Local de Salud.

De igual manera el estudio busca contribuir a desarrollar las inquietudes de Fuster (2008), relacionadas con la divergencia entre el aumento y los avances investigativos en esta temática (cardiovascular), y el aumento progresivo representado en alta morbilidad y mortalidad por estas afecciones en los países desarrollados, así como los países en vía de desarrollo, por lo que es necesario establecer acciones que permitan desde los servicios de salud contribuir a transformar esta situación, puesto que a pesar de los avances científicos en esta área los indicadores de salud muestran que las

políticas, acciones y estrategias implementadas por los servicios de salud en los diferentes niveles del sistema de salud no están mostrando el impacto requerido. Además, el mismo autor afirma: “Que existe una dicotomía entre lo mucho que se ha estudiado sobre factores de riesgo y sobre el estado de la enfermedad como epidemia y se pregunta por qué no se está previniendo? es necesario entonces, establecer una conexión entre el individuo y los cambios de conducta”, aspecto de gran trascendencia donde los profesionales de la salud y el sistema de salud tienen un gran reto.

Las anteriores reflexiones confirman los datos de la OMS (2011), donde se afirma que al menos el 80% de las muertes prematuras por cardiopatía y ACV podrían evitarse implementando estrategias encaminadas hacia el desarrollo de estrategias como: dieta saludable, actividad física regular y abandono del consumo del tabaco y alcohol desde edades tempranas.

Una de las primeras acciones en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad para el caso de las enfermedades cardiovasculares es conocer el estilo de vida de las personas y a partir de esta valoración visualizar como un entramado de múltiples factores afectan la salud debido a que los cambios en el estilo de vida, determinan cambios en las condiciones y calidad de vida de las personas y modificaciones en el proceso salud-enfermedad⁴, para establecer estrategias de acción que permitan garantizar el acceso oportuno a los servicios de salud, que promuevan la participación de diferentes actores del sistema y la coordinación entre los sectores implicados en la salud de las comunidades que contribuyan al fortalecimiento de estilos de vida que favorezcan la salud de las personas.

⁴ GUERRERO MONTOYA, Luis Ramón y LEÓN SALAZAR, Aníbal. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo [en línea]. En: Antecedentes Educere México: Redalyc. junio-diciembre 2010, vol. 14 no. 49, p. 287-295. [consultado 11 de agosto de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102005>

1. Marco Referencial

1.1 Descripción del área problema

AREA TEMATICA: Cuidado para la salud cardiovascular

Hablar de salud y más concretamente salud cardiovascular, no es un tema fácil, ya que la salud es parte integral de las formas de vida, modo de vida de las personas, y de su experiencia frente a la salud o enfermedad. Existen diferentes factores: personales, sociales, políticos, culturales así como expectativas e interacciones las cuales llevan a desarrollar diferentes respuestas humanas ante la salud o la enfermedad, algunas de ellas pueden ser beneficiosas para la salud específicamente la cardiovascular, otras, pueden llegar a ser nocivas o a influir de modo negativo sobre ella, corriendo el riesgo de sufrir enfermedades evitables entre las cuales se enmarcan las cardiovasculares.

La OMS (2011), incluye dentro de las ECV: las cardiopatías coronarias, las enfermedades cerebrovasculares, las arteriopatías periféricas, la cardiopatía reumática, las cardiopatías congénitas y las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares. Este conjunto de patologías constituyen la primera causa de defunción en el mundo y se proyecta que continuarán siéndolo. Constituyéndose en un problema importante para la salud pública en la mayoría de los países del mundo⁵; pues no solo son la causa de muerte prematura sino que también son las responsables de discapacidades de la población afectada por dicha enfermedad, pues se asocian con diversas enfermedades crónicas, lo cual aumenta el costo de la atención en salud por estas y disminuye la calidad de vida de quienes las padecen.

⁵ BEAGLEHOLE R, Yach D. Globalization and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults [en línea]. In: Lancet. 2003, vol. 362, p. 903-8. [consultado mayo 10 de 2011]. Disponible en internet: <http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/doc18910.pdf>.

Una de las medidas, que puede contribuir a evitar o disminuir las ECV es mediante el control de los denominados factores de riesgo de manera temprana especialmente los modificables, los cuales dependen en gran medida del estilo de vida de la población.

Actualmente las acciones educativas y motivacionales están dirigidas, en la implementación de estilos de vida saludable, donde enfermería históricamente ha jugado un papel importante. Aspecto reconocido recientemente por la OMS (2011), al manifestar que la prevención, la detección precoz, el tratamiento oportuno y el adecuado control de los factores de riesgo, tiene impacto positivo en la salud, por estar ligados al estilo de vida de las personas.

Frente al desarrollo del concepto estilo de vida se visualizan claramente dos enfoques, el primero hace referencia a las conductas, por lo que las acciones deben estar dirigidas a evitar hábitos no saludables, recayendo la responsabilidad sobre el individuo (Guerrero, 2000, p. 288); el segundo enfoque señala que la salud depende de la forma general de vida determinada por las condiciones de vida y patrones de conducta por lo cual las acciones deben ser dirigidas tanto a las personas como al medio, estableciéndose una responsabilidad compartida, Perea, (2004).

El uso de los conceptos *estilo de vida* y *factor de riesgo* algunas veces se hace de manera indiscriminada por las relaciones con la ocurrencia de la enfermedad, desde la epidemiología con respecto a la causalidad de las enfermedades. Dicha confusión radica en parte en que con frecuencia al referirse al estilo de vida como patrones de conducta individual o hábitos incorporados por las personas, estos son vistos como factores de riesgo⁶, por lo cual se hace énfasis en la eliminación del riesgo en el mantenimiento de la salud, específicamente en los denominados "factores de riesgo modificables", entre los cuales se han identificado: la dieta malsana, la inactividad física y el consumo de tabaco y alcohol entre otros, los cuales se constituyen en causas importantes para la presencia de ECV. Desde este enfoque es necesario reconocer de

⁶ GOLDBAUM, Moisés. Estilos de vida y modernidad [en línea]. Argentina: Red Adultos Mayores. Documento. CCE. USP. BR, p. 1-23. [consultado febrero 15 de 2012]. Disponible en Internet: <http://www.redadultosmayores.org.ar/buscador/files/SALUD017.pdf>

igual manera los denominados "factores de riesgo intermedios", los cuales están dados por el aumento de: la tensión arterial, los niveles de azúcar, lípidos en sangre; sobrepeso y obesidad. Es importante incidir en estos dos grupos de factores, pues son los responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular⁷, para establecer estrategias que contribuyan a disminuir o modificar comportamientos y conductas que son nocivas para la salud.

La población permanentemente, tanto en países de ingresos bajos y medios está expuesta a factores de riesgo que llevan a desencadenar enfermedades no transmisibles como las ECV; sumado a esto, la poca o escasa accesibilidad de grupos de población como los que proceden de área rural a los servicios de salud, conlleva a la muerte prematura, la discapacidad de la población en edad productiva, a la aparición o persistencia de problemas de tipo económico, psicológicos y social ocasionados por los costos familiares, socioeconómicos, derivados del tratamiento y cuidado que implican estas enfermedades.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021⁸, señala que las principales causas de muerte en Colombia por grandes grupos registradas en el periodo 1997-2010 están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, que osciló entre un 28 y un 30% del total de muertes. Es importante señalar que en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, las muertes originadas por enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares se registraron como las dos primeras causas más frecuentes (45,7% y 23,8% respectivamente). De las 59.398 muertes registradas en el año 2010, el centro del país concentró el 50,4% de las muertes originadas por las enfermedades del sistema circulatorio.

Respecto a la morbilidad sentida causada por condiciones crónicas de salud con mayor frecuencia en ambos sexos fue, hipertensión arterial (6,1%), alguna enfermedad del

⁷ BEAGLEHOLE R, Yach D. Op., cit., p. 903-8.

⁸ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Plan decenal de salud pública, 2012-2021. 202 p. [en línea]. [consultado el 20 de marzo 2013]. Disponible en internet: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

corazón (2,3%). Las causas de consulta ambulatoria general más frecuentes para ambos sexos, fueron la hipertensión arterial (11,2% en mujeres y 8,7% en hombres).

Las estadísticas sobre mortalidad en Colombia para el año 2012, reportadas por Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE⁹, señalan a las enfermedades isquémicas del corazón como primera causa de mortalidad, con 26.925 muertes, seguida por enfermedad cerebrovascular con 12.269 muertes. Como tercera causa de mortalidad se encuentran las agresiones (homicidios) y secuelas, con un total de 11.464 fallecimientos. Los anteriores datos son significativos y de gran importancia a tener en cuenta para el desarrollo e implementación de acciones promocionales y preventivas que beneficien la salud.

Estudios como el de Dolores y otros (2007)¹⁰, afirman que a lo largo de la historia se han producido cambios importantes en la incidencia y mortalidad de las ECV, debido a aspectos fundamentalmente relacionados con: la “transición epidemiológica” y “transición nutricional”. Respecto al primer aspecto se supone que existen patrones de salud y enfermedades susceptibles de tipificación, los cuales configuran un sistema complejo en estrecha relación con determinantes demográficos económicos y sociológicos¹¹, su desarrollo se da en diferentes etapas. La primera se caracteriza por una alta mortalidad y fecundidad, una esperanza de vida baja y fluctuante, en las poblaciones fueron comunes las hambrunas, la desnutrición severa, epidemias frecuentes y aumento de niveles endémicos de: enfermedades parasitarias y carenciales. La segunda etapa está relacionada con el aumento del nivel económico y el mejoramiento de las condiciones sanitarias, se produce un aumento en la mortalidad por enfermedades no

⁹ DANE. Defunciones no fetales 2012, preliminar [en línea]. Colombia: DANE, s.f., [consultado el 16 de marzo de 2013]. Disponible en Internet: <http://www.dane.gov.co/dane/index.php/poblacion-y-demografia/nacimientos-y-defunciones/118-demograficas/estadisticas-vitales/2863-defunciones-no-fetales-2012-preliminar>

¹⁰ CORELLA, Dolores y ORDOVAS, José M. Genes dieta y enfermedades cardiovasculares [en línea]. En: Revista Investigación y ciencia. Nov. 2007, no. 374, p. 74-83. [consultado agosto 19 de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.investigacionyciencia.es/files/2792.pdf>

¹¹ OMRAN, Abdel. The epidemiology transition: A theory of the epidemiology of population change [online]. In: Milbank Memorial Fund quarterly. 1971, vol. 49 no. 4, p. 509-538. Citado por: GÓMEZ, Ruben. La transición epidemiológica y salud pública ¿explicación o coordinación?. En: Rev. FNSP. 2001, vol. 19 no. 2, p. 57-74.

infecciosas como las cardiovasculares y el cáncer. Este fenómeno está ligado a estilos de vida de las personas (alimentación, actividad física, condiciones socioeconómicas) en los diferentes grupos poblacionales. Se asume que los comportamientos de riesgo se han modificado por condiciones socioculturales que operan en la vida cotidiana y no por las “platicas” del médico entonces se asume el significado del estilo de vida como un efecto de la globalidad y no de comportamientos individuales¹² aislados.

Respecto a la categoría “transición nutricional” está relacionada con el aumento del nivel socioeconómico, prácticas y creencias relacionadas con la alimentación; pues al tener un mayor poder adquisitivo, le permite a la población cambiar su dieta diaria o tradicional por otra más rica y variada, que en algunas ocasiones no es saludable, teniendo como resultado un desequilibrio perjudicial para la salud y especialmente en relación con el aumento de las enfermedades cardiovasculares, puesto que actualmente las condiciones socioeconómicas, políticas e ideológicas generan más riesgos que “antes” en el ámbito colectivo. Es decir, la sociedad actual expone a los individuos a riesgos adicionales que este no puede determinar” (Oden, 1982, Citado por Menéndez, p. 55)

De otra parte, el perfil epidemiológico presentado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS. 2007) para Colombia¹³, señala que el fenómeno de la migración interna, determinada en gran medida por el fenómeno del desplazamiento, conlleva a que las personas modifiquen su estilo de vida, (alimentación, sedentarismo, stress) lo cual se constituye en un factor de riesgo para las ECV. Con respecto a los problemas de salud, las enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio, estas ocuparon el primer lugar entre el grupo de causas de muerte en la población general en 2007, superando a las muertes por causas externas (homicidios, suicidios y accidentes de tránsito). El perfil epidemiológico en Colombia, muestra un cambio ligado en parte a los estilos de vida de las personas, los cuales no siempre son saludables, estos cambios son el resultado de

¹² MENÉNDEZ, Eduardo. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes [en línea]. En: Estudios sociológicos. 1998, vol. 16 no. 46, p. 37-67. Disponible en internet: <http://www.ciesas.edu.mx/biblioteca/BIBLIOGRAFIAS/DA-%20REARTES-OSORIO/36.%20R-O.pdf>

¹³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Perfil de salud de Colombia 2007 [en línea]. En: Salud en las Américas. Estados Unidos: OPS. 2007, p. 220-241. [consultado agosto 19 de 2011]. Disponible en Internet: <http://www1.paho.org/hia/archivosvol2/paisesesp/Colombia%20Spanish.pdf>

los procesos de industrialización o urbanización y desarrollo tecnológico, como lo muestra, Moya y Cols¹⁴. Según este estudio, los principales factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en el contexto colombiano son el sedentarismo con un 47,7% como principal factor de riesgo en las diferentes regiones del país; factores metabólicos como (38% aumento de colesterol, 33% aumento de triglicéridos, 25% obesidad) y por último encontró el tabaquismo, con un 18%, y la hipertensión arterial, con un 16%¹⁵. De igual manera los hábitos alimenticios, la actividad física, la recreación, las horas de sueño adecuadas, el consumo o no de tabaco y alcohol, entre otros comportamientos, hacen a la persona más o menos vulnerable a la enfermedad o a mantener su estado de salud, de ahí la importancia de conocer los estilos y formas como se vive debido a que los cambios relacionados con estos aspectos de la vida de las personas determinan cambios en las condiciones y calidad de vida de las personas y modifican el proceso salud enfermedad. (Espinosa, 2004).

Respecto a las ECV en población rural, objeto del presente estudio, se constituye en población vulnerable, entendida esta como la potencialidad de enfermarse o no enfermarse relacionada a todos y cada individuo que vive en cierto conjunto de condiciones, por lo tanto es la resultante de aspectos individuales como del contexto o condiciones colectivas, es decir por las características personales y también por las condiciones adquiridas en el transcurso de la vida o resultantes del estilo de vida¹⁶. La población rural se encuentra inmersa en su mayoría en condiciones de pobreza, con poca o ninguna accesibilidad a los servicios de salud, con condiciones de vida no favorable, se han constituido en el eje de algunos estudios desde el enfoque de riesgo, los cuales han reportado que no se encontraron factores de riesgo exagerados, para la presencia de ECV, muy posiblemente, debido al estilo de vida de estas personas, Segura (1999), González (2002), Calvo González, A., (2004), Sanabria, (2007), Creber (2010);

¹⁴ MOYA, Luis A y CORRAL, Juan Manuel. Factores de riesgo cardiovascular en Colombia 1992-1998. En: Revista Colombiana de Cardiología. Octubre 1999, vol. 7, Suplemento 3, p.

¹⁵ Ibíd,

¹⁶ IZUMI NICHIIATA, Lucia et al. La utilización del concepto de “vulnerabilidad” por enfermería. [en línea]. En: Rev. Latino-Am. Enfermería, Ribeirão Preto. octubre de 2008, vol. 16 no. 5, p. 923-928. [consultado 11 de mayo 2012]. Disponible en Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000500020&lng=en&nrm=iso.

mientras que el estudio de Ferreyra Martínez (2007), muestra que la población rural estudiada presenta los mismos factores de riesgo para las ECV que la población del área urbana, debido a la industrialización.

De otra parte la revisión de literatura, relacionada con las ECV en población rural, trabajadores del área rural o campesinos, señala que dichos estudios se han enfocado principalmente a explicar conductas e identificación de factores de riesgo modificables como inactividad física y alimentación mal sana, dejando de lado aspectos como el contexto y el estilo de vida, concepto que desde su origen fue construido a partir de lo no patológico,(Menéndez, 1998) y pertenece al ámbito de lo privado, de las personas¹⁷.

Algunos avances en este sentido se dan en el estudio sobre factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud, realizado por Cid, Merino y Stieповich (2006), que tuvo como propósito, analizar el estilo de vida promotor de salud e identificar algunas orientaciones culturales que resultan predictores de este estilo de vida, para desarrollar estrategias dirigidas a adquirir en las personas las motivaciones necesarias para desarrollar conductas positivas en sus estilos de vida. Este estudio se sustentó en el Modelo Promotor de Salud de Pender, el cual se soporta en un esquema que integra constructos de la teoría de expectativas-valores y de la teoría cognitivo-social, para detectar la estructura multidimensional de los rasgos individuales que, en interacción con su ambiente, mejoran los resultados asociados a la salud. Concluye que la conducta promotora de salud es un resultado determinado por características y experiencias individuales previas, y por cogniciones y afectos relativos a comportamientos específicos.

1.2 Justificación

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen un problema importante para la salud pública en la mayoría de los países del mundo¹⁸; no solo causan muertes

¹⁷ CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *En*: Historia, Ciencias, Saúde, Manguinhos. Jul-Out. 1997, vol. 4 no. 2, p. 287-307.

¹⁸ BEAGLEHOLE R, Yach D. Op., cit., p. 903-8.

prematuras sino que también son responsables de discapacidades de la población mundial, ya que se asocian con muchas formas de enfermedades crónicas, lo cual aumenta el costo de estas enfermedades y disminuye la calidad de vida de quienes las padecen y sus familias.

La importancia de estas patologías son ratificadas en el Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021, donde se muestra el comportamiento de la enfermedad cardiovascular en el país; se evidencia una prevalencia alta de la hipertensión arterial (22,8%) y su asociación con el aumento de riesgo para cardiopatía isquémica en un 49%, y el 62% de los trastornos cerebrovasculares. En mayores de 45 años, la hipertensión arterial, es el motivo de consulta más frecuente tanto para los hombres como para las mujeres. De las primeras 20 causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar aportando un 3,5% del total, la insuficiencia cardíaca el 2,0% y la diabetes mellitus el 1,6%. La enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca congestiva ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios en el grupo de personas mayores de 50 años de edad, y junto con la enfermedad cerebrovascular, la diabetes mellitus y otras enfermedades de origen arterial, también hacen parte de las 10 primeras causas de egreso hospitalario en mayores de 45 años¹⁹.

Las ECV pueden evitarse o retrasarse mediante el control de los factores de riesgo modificables, la implementación de estilos de vida saludables de la población. Tarea compleja porque incrementar las actividades saludables o disminuir las que determinan riesgos no es fácil, puesto que significa cambios que a su vez implican confrontar las prácticas, creencias, valores²⁰ y comportamientos frente al mantenimiento de la salud. La OMS (2011), ha manifestado de manera reiterativa que la prevención de la enfermedad, la detección precoz, el tratamiento oportuno y el control de los factores de riesgo para las ECV, evitan o retrasa la aparición de estas, puesto que su prevalencia está relacionada con los hábitos y estilos de vida de las personas que las

¹⁹ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Plan decenal de salud pública, 2012-2021. Op. cit., p. 50-60.

²⁰ PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn and PARSON, Mary Ann. Health Promotion in nursing practice. 5th. ed. New Jersey: Pearson, Prentice Hall, 2006. 368 p.

padece, constituyéndose en herramienta fundamental en la disminución de enfermedades crónicas de manera temprana.

El control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las cuales se encuentran las ECV, se fundamenta en principios diferentes a los de las enfermedades transmisibles; implica un proceso educativo, para entender la enfermedad, para realizar los cambios significativos y focalizados de las conductas para el mantenimiento de la salud, utilización a largo plazo de múltiples fármacos, evaluaciones frecuentes por diferentes especialistas y profesionales de la salud, en conjunto con la familia²¹. De igual manera la prevención de la enfermedad y el control de enfermedades crónicas y degenerativas, así como y los eventos agudos de estas, debe ser una prioridad para el sector salud, puesto que su crecimiento, los años de vida perdidos y su letalidad lo justifica. El efecto de estas patologías es creciente ya que afecta a los individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud, la familia, y constituyen un factor que afecta directamente la calidad de vida tanto de las personas que la padecen como las de su familia.

Por lo anterior, se requiere que los servicios de salud implementen estrategias de tipo promocional y preventivo, que permitan que los sujetos en riesgo a padecer estas enfermedades, adopten estilos de vida saludables, mediante acciones desarrolladas en los lugares donde viven y trabajan las personas.

En Colombia la Ley 1438 de 2011, modificó la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud), tiene por objeto “el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud (APS) que permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”²² y que garantice el acceso universal a todos los servicios de

²¹ CORDOVA VILLALOBOS, José Ángel et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral [en línea]. En: Salud pública Méx. 2008, vol.50 no. 5, p. 419-427. [consultado Abr. 20, 2012] Disponible en Internet: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&nrm=iso

salud y lograr la sostenibilidad del sistema de salud. La APS, como estrategia netamente comunitaria, posibilita el desarrollo de estrategias que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de las poblaciones en los niveles locales, donde enfermería ha demostrado liderazgo y avances investigativos en esta área, a partir del fortalecimiento de estrategias que permiten mejorar la salud de las personas a nivel individual y colectivo, como lo muestran algunos estudios realizados.

El estudio desarrollado por González G. L. y Capote, M. L. (2005) denominado la educación continua en consulta de enfermería concluyo que:

- Un 78% de los pacientes que se intervinieron modificó total o parcialmente los factores de riesgo cardiovascular a largo plazo y un 57% asumió estilos de vida saludables.
- Los mejores resultados se obtuvieron con el abandono del tabaco.
- La educación continua se mostró como un recurso idóneo y eficaz que contribuye a la salud cardiovascular²³

Alonso, L. E, (2004), señala que desde la óptica de Bourdieu, frente a los estilos de vida la aplicación de determinadas estrategias pueden contribuir a desarrollar dos capacidades presentes en las comunidades: a. la capacidad de producir unas practicas y b. la capacidad de diferenciar y apreciar estas prácticas. La relación de estas dos capacidades es la que permite construir el *mundo social representado* esto es, el espacio de *los estilos de vida*. (Bourdieu, 2000b)²⁴, para el caso del presente estudio el

²² COLOMBIA. Congreso de la Republica. Ley 1438 (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial no. 47.957 de 19 de enero de 2011.

²³ GONZÁLEZ LÓPEZ, Juan y CAPOTE TOLEDO, Maria. La educación continua en consulta de enfermería: una herramienta para motivar los cambios de Estilo de vida del paciente coronario [en línea]. En: Rev. Enfermería Cardiológica. 2005, no. 35, p. 20-22, [consultado el 12 de septiembre de 2011]. Disponible en internet: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=Content-disposition&blobheadertype2=cadena&blobheadertype3=Didea+num21.pdf&blob>.

²⁴ ALONSO, Luis. El estructuralismo genético y los estilos de vida: consumo, distinción y capital simbólico en la obra de Pierre Bourdieu. Documento [en línea]. España: Universidad de Navarra, 2004. [consultado noviembre 9 de 2011]. Disponible en internet: http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_lecciones/LM-Alonso-consumo.PDF

espacio social esta constituido por los pobladores rurales del territorio local (municipio de Tarqui), el cual tiene una significancia individual y colectiva por ser un espacio con condiciones particulares que los diferencian de otros, las cuales son expresadas en formas de ventajas o privilegios para sus habitantes, (de Pablo, J. C., Sánchez, L. 2003) o dificultades y problemáticas relacionadas con sus condiciones de vida o de salud, las cuales no han sido estudiadas.

Actualmente lo importante y urgente en relación con la problemática de la salud cardiovascular, como lo plantea Fuster (2007), es entender que es una enfermedad de conducta, relacionada con un mundo de consumo, por lo que existe la urgencia de iniciar desde edades tempranas, acciones relacionadas con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y plantea las siguientes conclusiones:

- Se necesita liderazgo a través de las organizaciones a un alto nivel, no solo de los gobiernos, puesto que parece que no hubiera responsabilidad. Además no existe una visión de tener un problema y como atacarlo.
- No hay conexión entre el individuo y lo que lleva a este cambio de conducta, por ejemplo la agricultura, las tabacaleras, las empresas de alimentación tienen una influencia extraordinaria en la vida de las personas, puesto que el entorno juega un papel fundamental en el estilo de vida de las personas.
- Es necesario incentivar a las personas para que se ponga en marcha frente a esta problemática, es decir implicar a la población tratando de inculcar una cultura nueva, que es la que le dé importancia a la salud²⁵.

De igual manera las tendencias investigativas en la temática propuestas por Goldbaum, M. sugieren:

²⁵ FUSTER, Valentín. La enfermedad cardiovascular es una epidemia y las soluciones deben implicar a toda la población [en línea]. Colombia: Publicación Médica de Cardiología. Publicación Sanitaria 2000, 2007 p. 1.2. [consultado noviembre 19 de 2011]. Disponible en internet: <http://cardiologia.publicacionmedica.com/spip.php?article117>

- Estimular el desarrollo de estudios sobre estilos de vida no solo sobre enfermedades crónicas sino relacionadas con enfermedades infecciosas y parasitarias donde no ha tenido aplicación.
- Desarrollo de metodologías adecuadas, al concepto desde las disciplinas sociales.
- Desarrollo de estudios integrales que respondan a la identificación del proceso de generación de estilos de vida especialmente aquellos nocivos para la salud.

Los estudios desarrollados desde la epidemiología sobre los factores de riesgo cardiovascular tienen algunas limitaciones como:

- Se han realizado pocos estudios en población menor de 65 años, que constituye el segundo grupo de edad con mayor crecimiento y más casos de ECV.
- Los recientes cambios demográficos, culturales y en los estilos de vida, están modificando la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular.
- Con frecuencia no se estratifican los factores de riesgo cardiovascular por edad y sexo²⁶.

Para Golbaum, M., existen tres escenarios que serían apropiados para comprender los estilos de vida de las personas y establecer mecanismos de control relacionada con la morbilidad y mortalidad para el caso la ocasionada por las enfermedades cardiovasculares. El primero enfocado a mejoramiento de actividades clínicas, el segundo dirigido a la recuperación de la salud pública tomando como objeto de trabajo la intervención sobre grupos poblacionales, el tercero comprende la posibilidad e incidir en las decisiones de las políticas tanto a nivel nacional, regional y local.

Desde esta perspectiva se hace necesario desarrollar estudios que muestren la realidad de la población rural frente a los estilos de vida y sus implicaciones en la salud cardiovascular, para que con el conocimiento aportado se puedan desarrollar programas

²⁶ BAENA D, José M. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en Atención primaria [en línea]. En: Rev Esp Cardiol. 2005, vol. 58 no. 4, p. 1- 7. [consultado agosto 15 de 2012]. Disponible en Internet: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13073893&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=88&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v58n04a13073893pdf001.pdf.

y estrategias dirigidos hacia la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que respondan a las necesidades de la población que lleven a retrasar o disminuir la morbilidad, reducir el costo ocasionados por servicios de salud, evitar las discapacidades y muertes prematuras.

Teniendo en cuenta el contexto descrito anteriormente y las políticas sobre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades cardiovasculares que promueven organizaciones tanto internacionales como nacionales entre estas OMS/ OPS, CIE, se realizó la presente investigación que está enmarcada en la línea de Investigación: Cuidado para la Salud Cardiovascular, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Su estudio tiene aspectos enriquecedores para Enfermería. Las tendencias demográficas, la legislación vigente y el tipo de estilos de vida que tiene la población, llevan a pensar que ésta es un área de gran importancia para estudio e intervención en la actualidad y en los años venideros. Cuidar, en diferentes situaciones de Salud Cardiovascular, plantea innumerables retos para Enfermería y la Investigación en cada uno de ellos se hace cada día más necesaria.²⁷

Es importante mencionar que a nivel internacional y nacional, no se encontraron estudios de Enfermería relacionados específicamente con estilos de vida en población rural, sin embargo es importante resaltar que para la disciplina esta temática ha sido interés investigativo con diferentes sujetos, diferentes contextos y diferentes abordajes, algunos de estos estudios enfocados al contexto laboral. Estudios como el de Umaña, A. (2007)²⁸, indagó sobre la relación del estilo de vida y la condición de salud en profesionales de enfermería en Costa Rica. Mesa Benavides, M. y col.(2011)²⁹, realizaron estudio sobre estilos de vida, ambiente laboral y factores protectores y de

²⁷ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería "Cuidado para la Salud Cardiovascular" [Hipertexto]. 2012, Bogotá.

²⁸ UMAÑA MACHADO, Alejandra. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005 [en línea]. En: Revista Enfermería en Costa Rica, junio 2007, vol. 28 no. 1, p. 5-12 [consultado enero 18 de 2011]. Disponible en internet: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v28n1/art2.pdf>.

²⁹ MESA BENAVIDES, M, et al. Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008 [en línea]. En: Revista Enfermería en Costa Rica. 2011, vol. 32 no. 2, p. 51-58. [consultado enero 18 de 2011]. Disponible en internet: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>.

riesgo en trabajadores, con el objetivo de establecer un análisis sobre los estilos de vida, el ambiente laboral y los factores protectores y de riesgo, entre seis diferentes grupos de trabajadores y trabajadoras de una empresa transnacional en Costa Rica.

Para el grupo de cuidado cardiovascular de la Facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia esta temática es de interés puesto que su estudio contempla aspectos como tendencias demográficas, los estilos de vida que tiene la población, lo cual la constituye en un área de importancia para la intervención e indagación. Entre los estudios a destacar están: de Cuervo L. D y Garzón M.M. (2003)³⁰, cambios en los estilos de vida adoptados en personas que asisten al programa de promoción de factores de riesgo cardiovascular. Desde 1993 se ha realizado investigación sobre factores de riesgo relacionados con la enfermedad cardiovascular. En el documento investigación en cuidado para la salud cardiorespiratoria tendencias y proyecciones, se realizó una revisión de la producción del conocimiento entre 1977 y 2009 obteniéndose tres (3) ejes temáticos, el primero relacionado con auto cuidado para la salud cardiovascular y respiratoria, los estudios se centraron en indagar sobre fenómenos como la conservación de hábitos protectores y el control de factores de riesgo; el segundo relacionado con cuidado a la mujer coronaria; y el tercero evaluación de intervenciones de cuidado³¹.

Existe consenso, en que el estilo de vida influye de manera fundamental en el proceso salud enfermedad, por lo que se considera fundamental y prioritaria su identificación. En razón a un razonamiento lógico se espera que un estilo de vida saludable, este relacionado con un mejor estado de salud, sin embargo es muy poca la objetividad en la medición, dada su vulnerabilidad lo que se constituye en una primera limitante, razón por la cual se hace necesario realizar este estudio de manera que las acciones de

³⁰ CUERVO ESTUPIÑÁN, Luz Dary y GARZÓN GUEVARA, M. Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular. Colombia: Actualizaciones en enfermería, [en línea]. 2003, vol. 6 no. 4, p. 8-15. 58 [consultado febrero 18 de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-cambiosestilo.htm>.

³¹ CESPEDES CUEVAS, Viviana et al. Investigación en cuidado para la salud cardiorespiratoria: tendencias y proyecciones. En: Rev. Avances en enfermería en prensa, 2013, vol. 31 no.1. [en prensa]

promoción de la salud y prevención de enfermedad sean fundamentadas en información cercana a la realidad.

En razón a que la salud se constituye en interés general para todas las personas, y cuando se trata de actuar individual o colectivamente para mejorarla, es un proceso complejo y no siempre es atractivo, puesto que existe mayor preocupación y motivación por la enfermedad que por la salud y se logra aumentar el interés por las enfermedades cuando se sienten enfermas. Además se dan situaciones en que la población identifica causas, síntomas y mecanismos para prevenir las enfermedades pero sus comportamientos y prácticas no responden a ese conocimiento, demostrando que existe un divorcio entre las prioridades de salud que tiene la gente y los comportamientos saludables esperados por los servicios de salud; ejemplo de ello es el carácter social del consumo de alcohol, tabaco, y otras sustancias que contribuyen a aumentar de manera significativa comportamientos de riesgo, además los patrones de alimentación responsables de la obesidad, aumento de lípidos en sangre e hipertensión arterial, están ligados a la ECV y arraigados en tradiciones y costumbres³² por lo que se hace necesario construir alternativas innovadoras y motivadoras que busquen transformar condiciones y estilos de vida.

La relevancia social de esta investigación está dada de una parte por el aporte del conocimiento generado en este estudio para obtener información sobre un problema de carácter mundial, representado en las altas cifras de morbilidad atribuibles a la enfermedad cardiovascular y las repercusiones que esta tiene sobre la calidad de vida de la población que la padece. De otra parte en el hecho de que la conducta es un determinante decisivo de las primeras causas de mortalidad y morbilidad en todo el mundo; además se ha demostrado con estudios que el estilo de vida se puede cambiar o modificar, siempre y cuando exista la motivación para hacerlo^{33, 34} y en el caso concreto

³² DE ROUX, Gustavo. La prevención de comportamientos de riesgo y promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud [en línea]. En: Rev. Educación médica y salud. 1994, vol. 28 no. 2, p. 58. [consultado enero 18 de 2011]. Disponible en internet: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/prevencion_y_promocion.pdf.

³³ CUITIVA MORENO, Maricel. Nivel de actividad física y motivos que llevan a un grupo de adultos de la UBA Ramajal a practicarlo [en línea]. En: Avances en Enfermería. 2003, vol. 21 no. 2, p. 28-43 [consultado junio 3 de 2011]. Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi2_3.pdf.

³⁴ CUERVO ESTUPIÑÁN, Luz Dary y GARZÓN GUEVARA, M. Op. cit., p. 8-15.

de las ECV, lo que se necesita es la modificación del estilo de vida para mejorar el pronóstico entre otras cosas. La prevención o disminución de la fase sintomática de las enfermedades crónicas, dentro de ellas las ECV, dependen gran medida del aprendizaje y la implementación de un estilo de vida saludable en etapas tempranas.

1.3 Planteamiento del problema

¿Cuál es el estilo de vida de la población entre 20 y 60 años, de las veredas: Potrerillo, La Esperanza y el Tablón, del corregimiento de Maito, municipio de Tarqui (Huila) y su relación con la salud cardiovascular?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Describir el estilo de vida en relación con la salud cardiovascular de la población entre 20 y 60 años, de las veredas: Potrerillo, La Esperanza y el Tablón, del corregimiento de Maito, municipio de Tarqui (Huila).

1.4.2 Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los participantes.
- Identificar el estilo de vida de la población entre 20 y 60 años, de las veredas: Potrerillo, La Esperanza y el Tablón, del corregimiento de Maito, municipio de Tarqui (Huila).
- Analizar el estilo de vida de la población objeto de estudio en relación con su salud cardiovascular.

1.5 Definición de Conceptos

1.5.1 Población rural

Actualmente, no existe una definición internacional para determinar cuándo una población es rural o urbana, sin embargo existen criterios para determinarlo; a partir del concepto básico dado por el DANE, sobre el área rural o resto municipal, donde

manifiesta que esta “se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas”³⁵, se puede decir entonces que la población rural, está constituida por aquellas personas que habitan en el campo, cuya actividad económica principal es la producción de materia prima tanto agrícola como ganadera y dicha actividad la realizan en pequeños pueblos o caseríos.

Para esta investigación, la población rural estará constituida por los habitantes de las veredas, Potrerillo, la Esperanza y el Tablón, pertenecientes al corregimiento poblado de Maito (Tarqui).

Las poblaciones rurales siempre se asocian con un estilo de vida natural y por lo tanto alejado de los elementos que caracterizan la vida moderna, como la tecnología y los medios de comunicación; además estas poblaciones se asocian con estructuras organizacionales, consideradas más primitivas o tradicionales, ligadas en gran manera a la religión, al valor de la familia, las tradiciones, etc.

1.5.2 Estilo de vida.

Es el conjunto de decisiones de las personas, que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control. (Lalonde 1974), coherente con el propuesto por la OMS (1986), *“el estilo de vida se concibe como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales”*; donde el contexto es determinante en la adopción de los estilos de vida, razón por la cual se adoptó este concepto. La OPS (1998), *concibe “el estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto,*

³⁵ DANE. Conceptos básicos [en línea]. Colombia: DANE. [consultado 15 de agosto de 2011]. Disponible en Internet. http://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf.

alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares”.

Para Campos, L. Citada por Trinidad Mellado-Sampedro et al, 2011, El estilo de vida es un aspecto de la actividad vital diaria de la persona, que revela hábitos estables, costumbres, conocimiento, valores y riesgos de la conducta que se convierten en componentes de las principales de causa de muerte por comportamientos poco sanos. El estilo de vida poco sano contribuye a potencializar los factores de riesgo cardiovascular.

Para el caso de la presente investigación el estilo de vida de la población objeto de estudio se identificó mediante las categorías contempladas en el “Instrumento Fantástico”³⁶⁻³⁷, donde se valoraron las dimensiones como: Familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol, sueño – stress, tipo de personalidad, introspección, conducción al trabajo, otras drogas.

La relación entre la salud cardiovascular y los estilos de vida se da en razón a, como lo señala Núñez (2000), que el estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, por ser la resultante de múltiples factores, los cuales deben ser vistos desde una perspectiva integral y enmarcados en el contexto en la cual se desenvuelve la vida de las personas.

1.5.3 Salud Cardiovascular.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como “estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”. Esta definición bien podríamos aplicarla a la salud cardiovascular; en esta definición se pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad, así, cuando

³⁶ WILSON, Douglas and CILISKA, Dona. Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. En: Can Fam Physician. 1984, vol. 30, p. 1527-32

³⁷ RAMÍREZ VÉLEZ Robinson y AGREDO. R. A. Fiabilidad y validez del instrumento "FANTÁSTICO" para medir el estilo de vida en adultos colombianos [en línea]. En: Rev. Salud pública. 2012, vol. 14 no. 2, p. 226-237. [consultado 17 mayo 2012]. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04.pdf>.

perdemos la salud por cualquiera de las ECV, nos enfermamos y es precisamente allí cuando la salud cardiovascular adquiere su total dimensión, cuando recobra sentido la prevención para poder evitar cualquiera de las enfermedades que involucran el corazón y vasos (arterias, venas y linfáticos) como: Enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades hipertensivas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades del músculo cardíaco, trastornos del ritmo y/o conducción, Enfermedades del pericardio, fiebre reumática aguda y enfermedades reumáticas crónicas del corazón, enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar, enfermedad de arterias, arteriolas y capilares, enfermedad de venas, vasos y ganglios linfáticos no clasificados en otra parte.

De otra parte, vista la salud desde el punto de vista higienista, la cual se centra en la determinación social de la enfermedad, como resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra, acceso a servicios de salud, (Caponi, S. 1997), aspectos estos relacionados con el estilo de vida de las personas, determinantes en gran medida de la salud cardiovascular.

La línea de investigación de Salud Cardiovascular de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional, plantea que: “definir, opinar, conceptualizar acerca SALUD CARDIOVASCULAR, es una tarea más confusa y difícil para unos y otros ya que cuando se piensa dos veces, su significado sobrepasa los términos patológicos y se extiende al ámbito de la vida cotidiana. La experiencia de vivir la salud o enfermedad constituye un proceso complejamente interrelacionado interna y externamente; existen factores intervinientes desde el contexto presente y contextos pasados, experiencias previas, resultados esperados frente al proceso”³⁸, de salud.

³⁸ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. “Cuidado para la Salud Cardiovascular” [Hipertexto]. En: Documentos de apoyo. Bogotá: UNC. Maestría en Enfermería. Facultad de Enfermería, 2012.

2. Marco Conceptual

2.1. Estilo de vida

Los factores determinantes de la salud están relacionados con los estilos de vida, los cuales están ligados a varios problemas importantes de salud; estos a su vez se relacionan con los denominados factores de riesgo para las ECV. Figueiredo y Rebollo (2003), manifiestan que los cambios socioeconómicos y culturales, los numerosos avances tecnológicos han supuesto un nuevo estilo de vida en la población. Coincidiendo con Howley y Frank (1995) quienes señalan que los avances de la tecnología de una parte ha contribuido a una mejora en los niveles de vida de las personas, pero por otra parte han propiciado una serie de riesgos para la salud, debido a que la tecnología ha incorporado nuevos conceptos de confort y bienestar, modificando el estilo de vida de los individuos lo cual necesariamente lleva a mejorar la calidad de vida a largo plazo.

Desde tiempos remotos se encuentran referencias sobre la importancia de los estilos de vida en el mantenimiento de la salud de las personas, los tratados Hipocráticos (siglo IV y V a. c), hacen referencia a la *diata* que el hombre debía adquirir, es decir al régimen de vida adecuado desde el punto de vista de la salud, que abarca un conjunto de elementos tales como la alimentación, la actividad profesional, los hábitos de vida social y los ejercicios, incluyéndose no solo la gimnasia, sino también el paseo, el descanso y el sueño (Lain Entralgo, 1987), los anteriores aspectos están relacionados con lo que hoy se denomina estilos de vida saludables.

El concepto de “estilo de vida” posee una larga trayectoria en la historia de las ciencias sociales. Los primeros datos sobre este concepto fueron realizadas a finales del siglo XIX y principios del XX por filósofos como Marx (1867), Veblen (1899) y Weber (1922), Bourdieu, (2000), los cuales dieron un enfoque sociológico del estilo de vida, haciendo énfasis aquellos factores sociales que determinaban que se adoptara un estilo de vida u otro por ejemplo, nivel de renta, posición ocupacional, nivel educativo, estatus social.

Posteriormente, Alfred Adler (1929/1973) introdujo el término estilo de vida como un concepto central en la psicología del individuo.

Para él, el estilo de vida es un patrón único de conductas y hábitos con los que el individuo busca alcanzar un estado de superioridad³⁹. El estilo de vida sería único para cada individuo y este se desarrollaría en la infancia a partir de las influencias de las aptitudes innatas del ambiente y de la educación.

A este respecto Maffesoli (1990) citado por Pablos, R. J. C. y Sánchez, T.L. 2003 señala que las nuevas formas de organización social llevan a las personas a convertir sus modos de vida en un auténtico estilo de vida, como expresión de su capacidad individual y de la búsqueda de nuevas formas de comunidad. Por ser cada vez menos que los estilos de vida sean “transmitidos” y son “adoptados” como consecuencia de prácticas vitales que se hacen consistentes y están relacionadas con los diferentes aspectos que conforman la vida cotidiana, (Giddens, 1995, citado por Pablos, 2003) de las personas.

Soldevila, A. 1998, plantea que la construcción del estilo de vida se desarrolla en tres fases:

- Fase deconstructiva de uno mismo, de repliegue hacia dentro y búsqueda interna.
- Fase constructiva, caracterizada por la construcción del propio proyecto personal.
- Fase de implementación, interactiva, comunitaria es la puesta en práctica del propio estilo de vida: unos valores, y fines, unas formas y condiciones de vida que se expresan de manera comunitaria.

Los anteriores aspectos se constituyen en guía en los procesos que buscan contribuir identificar y a la implementación de estilos de vida saludables.

³⁹ MORENO SIGÜENZA, Yolanda. Un estudio de la influencia del auto concepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana [en línea]. Tesis. Valencia (España): Doctorado en psicología. 2003. 401 p. [Consultado enero 18 de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10182/moreno.pdf?sequence=1>.

Hasta mediados del siglo XX coexisten dos ideas diferentes de estilo de vida, una centrada en los condicionamientos socioeconómicos y la otra centrada en el individuo y en los factores individuales de experiencia personal que determinan la conducta.

Es a partir del redimensionamiento del concepto de salud y de los determinantes sociales, se adiciona el concepto de estilo de vida al área de la salud; las primeras investigaciones que se realizaron en salud, se inclinaron a estudios médico-epidemiológicos, desconociendo la parte psicosocial del comportamiento y el concepto de estilo de vida es reducido a conductas aisladas que tienen alguna repercusión sobre la salud (Bandura, 1982)⁴⁰; (Rodríguez Marín, 1992)⁴¹; y es a partir de esta perspectiva que se introduce el término de estilo de vida saludable (Coreil et al., 1992)⁴², es decir coherente con el concepto amplio de salud.

Los cambios en el concepto de salud y plasmados en documentos como “A new perspective on the health of the Canadians: a working document”, también conocido como Informe Lalonde (1974)⁴³, señala claramente que el estilo de vida es el conjunto de decisiones de las personas, que afectan a su salud y sobre las cuales ellas tienen más o menos control. Concepto con el cual concuerda el “The Surgeon Generals Report Health People en 1979, estas nuevas concepciones de salud fueron reforzadas por la OMS en el Europa Health Promotion Office y el Healthy Cities Project, donde se hace referencia a factores de riesgo, estilos de vida y aspectos de conducta personal como variables exploratorias de la salud de los individuos⁴⁴.

⁴⁰ BANDURA, Albert. Teoría del Aprendizaje Social. Barcelona: Hora – Centro de Investigaciones Sociológicas. 1982, p. 57-85.

⁴¹ RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús. Estilos de vida y salud. En: Clínica y salud. 1992, vol. 3 no. 3, p. 233-237.

⁴² COREIL, J., LEVIN, J.S., & JACO, G. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. Clínica y Salud, vol.3, N°3: 221-231.

⁴³ LALONDE, M.A. A new perspective on the health of Canadians [online]. Ottawa: Canadian Government; 1974. [Cited Aug. 23, 2011] Available from Internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

⁴⁴ ARCOS TIRADO, José L. y FERNÁNDEZ CASTILLO, Antonio. Por qué los programas de salud no previenen [en línea]. En: Rev. Internacional de Psicología Clínica y de salud. 2002, vol. 2 no. 2, p. 209-226. [consultado noviembre 9 de 2011]. Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33720201.pdf>.

“El interés por los estilos de vida surge en los años cincuenta desde el ámbito de la salud pública cuando las enfermedades crónicas empiezan a constituirse como problema central del sistema sanitario” Castillo (1995). Pero es realmente en la década de los ochenta cuando se aumenta “Vertiginosamente la preocupación por estudiar las posibles relaciones entre estilos de vida y salud, interés que tiene su origen en el acelerado incremento de pacientes con enfermedades crónicas derivadas, en gran medida, por estilos de vida poco saludables (...)” Gutiérrez Sanmartín (2000).

Para la OMS (WHO, 1986), el estilo de vida se concibe como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por los factores socioculturales y las características personales.

La OPS. (1998), concibe el estilo de vida como un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares.

Tarlov (1999), describió un esquema de determinantes de la salud coincidiendo con lo planteado por Lalonde, en el sentido que el estilo de vida está relacionado con la salud. Señala cinco niveles relacionados con los determinantes de salud, en el nivel I: conformado por determinantes biológicos, físicos y psíquicos, nivel II: están los determinantes relacionados con el estilo de vida, en el nivel III los determinantes relacionados con el ambiente comunitario, nivel IV determinantes del ambiente físico, clima, nivel V: determinantes estructurales.

Para Bachman (2007), el estilo de vida es un conjunto de comportamientos y actitudes que desarrollan las personas, algunos son saludables y otros son nocivos para la salud.

Los anteriores conceptos referentes a estilos de vida señalan claramente que este se relaciona directamente con la conducta del individuo, es decir con la exteriorización de la voluntad, la cual adopta en su diario vivir; estas conductas, tienen la particularidad de ser

observables, constituyen hábitos, por lo tanto, se repiten a lo largo del tiempo y poseen consecuencias para la salud⁴⁵. También se puede ver que en la adopción de los estilos de vida cumple un papel muy importante la parte motivacional, es decir lo que lo impulsa a hacer algo, lo que quiere alcanzar; también se cree que la familia como grupo particular tiene un estilo de vida propio, que a su vez determina las pautas del estilo de vida de los miembros de la familia lo cual se ve reflejado en la salud del grupo familiar.

La OMS y la OPS, señalan que las consecuencias a largo plazo de un estilo de vida no saludable, permite calcular que para el año 2030 cerca de 23,6 millones de personas morirán por ECV, sobre todo por cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales (AVC), y se prevé que estas enfermedades sigan siendo la principal causa de muerte⁴⁶, aspectos que llevan a plantear la necesidad de iniciar y desarrollar acciones que implementen estilos de vida saludables en las personas, familias y grupos comunitarios aspectos planteados por Schwartzman, 2003 citado por Guerrero, L.R 2010 quien destaca la importancia de abordar en los estudios el estilo de vida de las personas a partir de sus percepciones, sus deseos, sus motivaciones, sus prácticas, sus necesidades, puesto que la esencia del concepto está en reconocer como estas perciben su salud.

Enfermería ha realizado muchos intentos de intervención para ayudar a las personas y los grupos a entender, adoptar y mantener estilo de vida saludables tendientes a reducir el riesgo de enfermar y morir; pero los datos relacionados con morbilidad y mortalidad de enfermedades relacionadas con los estilos de vida no se han modificado sino que se han aumentado los riesgos, debido a que estas están relacionadas con las motivaciones y conductas de salud de las personas.

Los determinantes del estilo de vida relacionado con la salud son numerosos, desde el punto de vista individual y colectivo como aspectos biológicos, genéticos, conductuales,

⁴⁵ ELLIOT, D.S. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. 1993 In: S.G. Millstein, A.C. Petersen, y E.O. Nightingale (Ed.), Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century Oxford, Oxford University Press. 1993, p. 119-145.

⁴⁶ OMS. Óp. Cit., página Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.

las características psicológicas individuales, sociodemográficos y culturales; los cuales con el desarrollo del ser humano hacen interrelaciones y se establecen patrones adaptativos de conducta, que terminan conformando el “estilo de vida relacionado con la salud”, determinados por cada uno de estos factores.

2.2. Estilos de vida saludable

En la actualidad el estilo de vida saludable es considerado como un constructo que involucra una serie de factores psicológicos, sociales, culturales y hasta económicos que buscan mantener un estado de salud. Dicho constructo es importante en la medida que permite caracterizar a las personas y ubicarlas en categorías en función de la manera cómo viven y dirigen sus conductas relacionadas con su salud. (Grimaldo, M. P. 2012)

Para Maya (2001) el estilo de vida saludable es un proceso social que involucra una serie de tradiciones, hábitos y costumbres de los individuos y grupos que conlleva la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y una vida satisfactoria.

De igual manera manifiesta Y. Binella, J. Garrucho, G., y March, T.(2004), el estilo de vida es aquel que permite traducir la manera de vivir de las personas, las pautas de conducta que de manera individual y colectiva mejora su calidad de vida en su cotidianidad.

Oblitas (2004), reafirma lo planteado por otros autores respecto a que el estilo de vida es de dos tipos: 1. *Estilos de vida saludables* con dos dimensiones: a. Sobriedad que comprende comportamientos como no fumar, alimentación saludable, abstención de sustancias como tabaco y alcohol. b. Actividad: ejercicio y mantenimiento de la masa corporal. 2. *Estilo de vida libre*: que se caracteriza por comportamientos opuestos al anterior.

Los estilos de vida saludables, abarcan, diferentes dimensiones según el escenario en el cual se trabaja o se interviene. La dieta saludable y la actividad física suficiente y regular son algunos de los factores de promoción de la salud y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida.

Existe un consenso universal relacionado con alimentación saludable, actividad física, liberación de estrés, eliminación de hábitos nocivos (tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, agresividad, ingesta excesiva de alcohol y/o de sustancias psicoactivas), una buena higiene personal, sexualidad responsable, las horas de sueño, y las relaciones familiares, todo esto encaminado a adoptar un estilo de vida acorde con la modernidad que le permita a la persona vivir con calidad⁴⁷.

2.2.1. Actividad física

Desde el inicio de la humanidad y durante millones de años, los seres humanos para conseguir el alimento gastaron grandes cantidades de energía. Sin embargo desde mediados del siglo XIX, con los avances científicos y tecnológicos, especialmente en los países desarrollados llevo a que los seres humanos se encuentren mal adaptados a un estilo de vida, donde encuentran una gran disponibilidad de energía y en la que ya no es necesario un gran esfuerzo físico para la obtención de la misma. La sociedad moderna, no estimula la actividad física, añadiendo además que la automatización de las fábricas, el gran desarrollo en los sistemas de transporte y la inundación de las viviendas de equipos electrónicos han reducido la necesidad de realizar trabajo físico, pues todo se consigue fácilmente, favoreciendo el sedentarismo o (Jackson y cols., 2003).

La actividad física se refiere a la energía utilizada para el movimiento. Es decir, un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales tales como respiración, digestión, circulación de la sangre, etc. Diariamente las personas al realizar las actividades cotidianas, realizan actividad física relacionada con actividades tales como andar, transportar objetos, subir escaleras, hacer las tareas del hogar o ir a la compra.

Según la OMS, la actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por el sistema musculoesquelético, que exija gasto de energía.

⁴⁷ TERCEDOR SÁNCHEZ, Pablo y DELGADO FERNÁNDEZ, Manuel. Modalidades de práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares [en línea]. En: Efedepportes, Revista Digital. 2000, vol. 5, p. 1-6. [consultado el 18 de junio de 2011]. Disponible en internet: <http://www.efdeportes.com/efd24b/estilo.htm>

La morbilidad y mortalidad por ECV, está relacionada con parámetros de estilos de vida entre los cuales es fundamental el nivel de actividad física. Su incidencia ha ido en aumento en la medida en que se disminuyen las exigencias de la actividad física en la vida cotidiana. Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. La intensidad de la actividad física depende de la experiencia y el historial de ejercicio de cada individuo. La falta de actividad física constituye un factor de riesgo potencialmente modificable que debería recibir mayor énfasis en los actuales esfuerzos para reducir el impacto de la enfermedad coronaria cardiaca en la sociedad (Marcos Becerro y Galiano, 2003)

La "actividad física" no debe confundirse con el "ejercicio", el cual es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física. La actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas⁴⁸.

La OMS, recomienda un mínimo de actividad física para mantener un buen estado de salud y reconoce que existe una dosis que responde a la relación correcta entre actividad física y salud. La intensidad de la actividad física, refleja la velocidad a la que se realiza la actividad, o la magnitud del esfuerzo requerido para realizar un ejercicio o actividad; se utilizan los equivalentes metabólicos (MET) para expresar la intensidad de las actividades físicas. Los MET son la razón entre el metabolismo de una persona durante la realización de un trabajo y su metabolismo basal. Un MET se define como el costo energético de estar sentado tranquilamente y es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h. Se calcula que, en comparación con esta situación, el consumo calórico es unas 3 a 6 veces mayor (3-6 MET) cuando se realiza una actividad de intensidad moderada, y más de 6 veces mayor (> 6 MET) cuando se realiza una actividad vigorosa. La intensidad de la actividad física depende de lo ejercitado que esté cada uno y de su forma física.

⁴⁸ OMS. Op. cit., página Web: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.

La actividad física moderada (aproximadamente 3-6 MET) requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco, como por ejemplo: caminar a paso rápido; bailar; jardinería; tareas domésticas; caza y recolección tradicionales; participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos; trabajos de construcción generales (p. ej., hacer tejados, pintar, etc.); desplazamiento de cargas moderadas (< 20 kg).

Actividad física intensa (aproximadamente > 6 MET) Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca. Se consideran ejercicios vigorosos: footing; ascender a paso rápido o trepar por una ladera; desplazamientos rápidos en bicicleta; aeróbic; natación rápida; deportes y juegos competitivos (p. ej., juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto); trabajo intenso con pala o excavación de zanjas; desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg).

La OMS ha elaborado las recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud con el objetivo general de orientar sobre la relación dosis-respuesta entre frecuencia, duración, intensidad, tipo y cantidad total de actividad física y prevención de las enfermedades no transmisibles (ENT).

La actividad física recomendada para adultos entre 18 a 64 años, es de 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 comunitarias. Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que los adultos de este grupo de edad dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

La actividad física puede ser acumulativa en bloques de diez minutos a través del día, logrando los mismos resultados que si fuera por treinta o veinte minutos seguidos. Si se quieren obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades

pueden aumentar hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa y dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

2.2.2. Alimentación saludable

La alimentación involucra un conjunto de procesos entre otros la nutrición, la cual constituye un condicionante del desarrollo biológico, pues afecta la estructura y la función del cuerpo, Frenk, J (1991).

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Según las recomendaciones de la OMS y de los informes de expertos nacionales e internacionales y las revisiones de la bibliografía científica actual hacen recomendaciones sobre la ingesta de nutrientes para prevenir las enfermedades crónicas, la cual debe consistir en: lograr un equilibrio calórico y un peso saludables; reducir la ingesta calórica procedente de las grasas; cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos; aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta de azúcares libres; reducir el consumo de sal (sodio), cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada.

El consumo de frutas y verduras variadas garantiza un consumo suficiente de la mayoría de los micronutrientes, de fibra dietética y de una serie de sustancias no nutrientes esenciales. Además, su consumo puede ayudar a desplazar los alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares por lo cual se consideran componentes esenciales de una dieta saludable, el consumo diario suficiente puede contribuir a la prevención de enfermedades importantes, como las cardiovasculares. Según cifras de la OMS, se calcula que cada año podrían salvarse 1,7 millones de vidas si se aumentara lo suficiente el consumo de frutas y verduras.

La OMS, FAO (2003)⁴⁹, reconocen las pruebas científicas cada vez más numerosas de que muestran como la ingesta insuficiente de frutas y verduras es un factor de riesgo fundamental de varias enfermedades no transmisibles, razón por la cual lanzaron una iniciativa global para la mayor producción y consumo de frutas y verduras, "Estrategia mundial de alimentación, actividad física y salud", aprobada en el año 2004; la cual recomienda "aumentar el consumo de frutas y hortalizas [...]"⁵⁰.

De igual manera el informe de expertos publicado recientemente por la OMS y la FAO, titulado "Dieta, nutrición y prevención de las enfermedades crónicas", establece como meta poblacional una ingesta de al menos 400 g diarios de frutas y verduras (excluyendo la papa y otros tubérculos ricos en almidón)⁵¹

2.3. Enfermedad Cardiovascular (ECV)

Las enfermedades cardiovasculares, como concepto integran a un conjunto de patologías, de etiología y localización diversa; corresponden a estas los trastornos del sistema circulatorio que incluye el corazón los vasos sanguíneos y la sangre e incluyen las siguientes entidades:

La cardiopatía coronaria – enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio);

Las enfermedades cerebrovasculares – enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro;

Las arteriopatías periféricas – enfermedades que afecta las venas y las arterias que irrigan los miembros superiores e inferiores;

⁴⁹ OMS. Op. cit., página Web: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index.html>.

⁵⁰ Ibid. página Web: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf §22.

⁵¹ Ibid. página Web: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf.

La cardiopatía reumática – lesiones del miocardio y de las válvulas del corazón, debidas a infecciones por bacterias del grupo de los estreptococos;

Las cardiopatías congénitas – malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento; y

Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares – coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones.

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos que se deben sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro. La causa más frecuente es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro. Los AVC también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre.

2.4. Factor de riesgo cardiovascular

Es importante incluir este aspecto por estar relacionado con el de estilo de vida saludable y ser usado de manera indiscriminada. Para Yusuf (1998) y Rozo (1999), citado por Estrada, (2000) el factor de riesgo se puede definir como una característica, medida de laboratorio, tratamiento u otro hallazgo encontrado en un individuo que predice el riesgo para desarrollar una enfermedad; puede que desempeñe un papel en la patogénesis de la enfermedad o simplemente sea un marcador del riesgo para el desarrollo de esta⁵². La valoración que se realice de los factores de riesgo cardiovasculares y la distinción entre la prevención primaria y secundaria, son aspectos indispensables para establecer la intervención⁵³.

⁵² ESTRADA ESPINOSA, Gilberto. Factores de Riesgo para enfermedad aterotrombótica [en línea]. En: Enfermería Cardiovascular. Sociedad Colombiana de Cardiología. 2000, p. 396, [consultado 25 de mayo de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.scc.org.co/libros/libro%20cardiologia/libro%20cardiologia/capitulo5.pdf>.

⁵³ GAITAN, María Lucía y RODRIGUEZ, Mariluz. Prevención de la enfermedad coronaria. En: Enfermería Cardiovascular. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Editorial Distribuna. 2008, p. 263 – 340.

2.4.1. Factor de riesgo mayor o independiente

Se define como tal aquel factor cuya presencia en un individuo, aun sin estar presentes otros factores de riesgo, si no recibe tratamiento, en un período de varios años puede producir enfermedad coronaria o cardiovascular prematura. A pesar de ser un factor de riesgo mayor o independiente, un solo factor no permite la estimación del riesgo cardiovascular.

2.4.2. Factor de riesgo condicional

Presenta asociación con aumento de riesgo de enfermedad coronaria, pero al día de hoy su causalidad no está bien demostrada.

2.4.3. Factor de riesgo predisponente

Empeoran los factores de riesgo independiente o mayores.⁵⁴

2.5. Principales factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular.

Las causas de las ECV han sido bien definidas y son bien conocidas. Las causas más importantes de cardiopatía y AVC son los llamados "factores de riesgo modificables": dieta malsana, inactividad física y consumo de tabaco. Los efectos de la dieta malsana y de la inactividad física pueden manifestarse como "factores de riesgo intermedios": aumento de la tensión arterial y del azúcar y los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad. Los anteriores aspectos están relacionados con el estilo de vida de las personas.

Los factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular. También existe unos determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, "las causas de las causas", que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales,

⁵⁴ JARAMILLO, M. Estratificación de riesgo cardiovascular. Ciotado por: Varela EA, Jaramillo M, Rodríguez NI, editores. Cardiología preventiva 2001, Tomo I, p. 33-49.

económicos y culturales: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población. Otros determinantes de las ECV son la pobreza y el estrés.

Factores de riesgo mayores o independientes

- Tabaquismo
- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus (DM)
- Síndrome metabólico
- Dislipidemia

Factores de riesgo predisponentes o del hábito de vida

- Sobrepeso y Obesidad
- Sedentarismo
- Stress

Factores emergentes

- Hiperhomocisteíнемia
- Proteína C reactiva (PCR ultra sensible)

Los principales factores de riesgo se describen en la tabla 2-1

Tabla 0-1: Factores de riesgo cardiovascular

Factores de riesgo mayores o independientes	Factores de riesgo predisponentes o del hábito de vida	Factores emergentes
1. Tabaquismo 2. Hipertensión 3. Colesterol sérico Total LDL elevados 4. Colesterol HDL bajo < de 40 mg/dL en hombres < de 50 mg/dL en mujeres 5. Historia Familiar de enfermedad coronaria prematura en primer grado de consanguinidad en: Hombres > de 55 años Mujeres > de 65 años 6. edad Hombres $\geq$ de 45 años Mujeres $\geq$ de 55 años 7. Diabetes Mellitus (equivalente a enfermedad coronaria)	1. Obesidad, sobrepeso, obesidad abdominal. 2. Sedentarismo 3. Dieta aterogénica 4. Estrés psicosocial crónico y agudo, trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad, factores de personalidad y carácter y aislamiento social.	1. Lipoproteína (a) sérica elevada. 2. Homocisteína elevada 3. Aumento del fibrinógeno 4. proteína C reactiva (PCR ultra sensible) 5. Citoquinas elevadas (factor proinflamatorio). 6. Microalbuminuria. 7. Resistencia a la insulina. 8. Infecciones (Clamidia, helicobacter)

Fuente: Gaitán. María. Prevención de la enfermedad coronaria.(2008)

3. Marco Teórico

El marco teórico del presente estudio se ha construido a partir de la revisión de literatura y la evidencia encontrada, con el propósito de responder a los objetivos del estudio.

Un elemento fundamental con esta problemática está relacionado directamente con la conducta de los individuos y donde las acciones de promoción de la salud desde la óptica de O'Donnell (1986), la define como la ciencia de ayudar a las personas a cambiar sus estilo de vida en favor de una salud más favorable, lo cual permite establecer en parte la diferencia entre promoción de la salud centrada en conducta, estilos de vida y protección de la salud centrada en el entorno físico y los relacionados con determinantes de salud⁵⁵, donde el principio de prevención/precaución se está volviendo cada vez más imperativo en tiempos en los cuales la consideración de los escenarios futuros es una constante en las propuestas de gestión de varios aspectos de las vidas de las personas⁵⁶, entre los cuales se enmarca el estilo de vida; por ser una aspecto de la actividad vital de la vida diaria que revela hábitos estables, costumbres, conocimientos, valores y riesgos de la conducta que se convierten en componentes de las principales causa de muerte por comportamientos no sanos⁵⁷.

Para Arcos J. et. Al (2002), los principales problemas que afectan la salud, están relacionados con las alteraciones de la salud y la convivencia. El primer aspecto enfatiza en: consumo de sustancias psicoactivas, enfermedades cardiovasculares,

⁵⁵ ARCOS TIRADO, José L. y FERNÁNDEZ CASTILLO, Antonio. Óp. cit., p. 209, 226.

⁵⁶ CASTIEL, Luis David y ÁLVAREZ DARDET, C. La salud persecutoria [en línea]. En: Rev Saúde Pública 2007, vol. 41 no. 3, p. 461-6. [consultado 10 diciembre 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v41n3/6212.pdf>.

⁵⁷ CAMPOS C., Lilia. Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco [en línea]. En: Rev. de investigación en Psicología. 2009, vol. 12 no. 2, p. 89-100. [consultado 14 agosto 2012]. Disponible en Internet: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n2/pdf/a06v12n2.pdf.

alimentación y actividad física. El segundo aspecto está relacionado con: marginación, pobreza, embarazos no deseados en adolescentes, violencia y desempleo.

3.1. Estilo de vida

Concepto que proviene de corrientes teóricas como el marxismo, el comprensivismo weberiano, el psicoanálisis y el culturalismo antropológico estadounidense, (Coreil, et.al.18), pero las ideas que más han influido el desarrollo de este concepto es el historicismo alemán (Menéndez, 1998). El desarrollo de este concepto pretendía establecer un enlace entre los elementos macros con los micro donde se expresaban las condiciones materiales y simbólicas de estilos en la vida cotidiana de los sujetos individuales y colectivos en el contexto en el cual desarrollaban sus vidas. Este concepto se concibió como un concepto holístico, donde a partir de las condiciones particulares de los sujetos se buscaba conocer de manera integral los estilos particulares de las personas los cuales pudieran influir en la salud por ser el estilo la vida de estos y no un riesgo específico⁵⁸.

Inicialmente la epidemiología utilizó este concepto asimilándolo solo a riesgo, lo cual no concuerda con su concepción inicial. Buck (1988, citado por Menéndez, 1998), señala que “se ha demostrado que algunos de los problemas de los estilos de vida son generados por problemas ambientales. ...”. En estudios realizados en Michigan se encontró que la gente que trabaja a destajo o en tensión en especial en el tipo de trabajo por fuera de los ritmos naturales del cuerpo humano, fuman más”. Najera (1988), afirmó “el estudio del concepto estilo de vida se ha centrado en aspectos secundarios, y no en aquellos considerados como fundamentales para la salud como condiciones de trabajo y empleo, que ha llevado a que los esfuerzos realizados desde la década de los 50 acerca de las enfermedades crónicas se haya desviado hacia problemas eminentemente ocupacionales”, lo cual exige que se busque recuperar e indagar sobre este concepto desde su visión holística; puesto que los estilos son el eje

⁵⁸ MENÉNDEZ, Eduardo. Op. cit., p. 48-49.

de la vida diaria de las personas, convirtiéndose en la forma o modo de vida, de relacionarse con otros y con el sistema de salud.

Para Bourdieu (1988,1998, 2000), citado por Alonso L. E. (2004) “el gusto tiene un papel fundamental donde se constituye el mundo social representativo, esto es, el espacio de los estilos de vida, siendo el consumo el principal indicador. El estilo de vida como un conjunto unitario de preferencias distintivas que expresan en la lógica específica de cada uno de los subespacios simbólicos-mobiliario, vestidos la misma intención expresiva”, este autor plantea el profundo problema del “valor” de los comportamientos y los estilos de vida⁵⁹; los cuales se expresan en espacios sociales concretos, y no se limitan al capital material, al trabajo representado en objetos materiales, sino que se constituyen en sistemas de capitales particulares como el capital cultural, social y el simbólico con que cuentan las personas y los grupos sociales, influyendo considerablemente en su salud de manera positiva o negativa y donde los estilos de vida que se buscan modificar están relacionados con hábitos, conductas, costumbres y consumos definidos social y culturalmente, lo que lleva a considerar la salud como un activo social y un bien deseable; por lo que modificar estilos de vida significa trastornar comportamientos con frecuencia rutinarios, fuertemente arraigados en sistemas de creencias y tradiciones culturales⁶⁰.

Por tanto, se da un punto de convergencia que hace relación a la importancia del estilo de vida y este se da desde la epidemiología y la antropología médica, al plantear que las condiciones de vida del trabajador, la subcultura del adolescente, o el estilo de vida del fumador están directamente relacionados con el control y desarrollo de los problemas de salud. El concepto estilo de vida, aparece como decisivo en la constitución y solución de problemas de salud entre los cuales están los ocasionados por importancia de las condiciones de vida como causa de las enfermedades, razón por la cual este concepto es el que ha tenido mayor visibilidad y aplicabilidad de parte de los salubristas (Syme, 1978, Bauer, 1980, Berlinger, 1981, Gottlieb y Green, 1984, Pill y Stott, 1987, Blaxter, 1990, Davison et al, 1992.... Citado por Menéndez). Es

⁵⁹ BOURDIEU, Pierre. La metamorfosis de los gustos. En: Cuestiones de sociología. Madrid: ediciones AKAL; 2000, p. 161-172.

⁶⁰ DE ROUX, Gustavo. Op., cit., p. 223.

importante destacar que el concepto estilo de vida se constituye en un concepto clave de mayor visibilidad y aplicabilidad por los salubristas por su dimensión holística, que por medio del sujeto/grupo, se comprende la cultura de manera global expresada mediante estilos particulares de las personas.

Su importancia está dada por:

- El estilo de vida del sujeto es su vida y no solo riesgos específicos.
- Algunos de los problemas de los estilos de vida son generados por políticas ambientales específicamente las ocupacionales.
- Escindir comportamientos y convertirlos en riesgosos puede ser eficaz para intervenir las conductas individuales pero anula la comprensión de los comportamientos en términos de estilos de vida.
- Los comportamientos de las personas hacen parte del estilo de vida, los cuales pueden ser modificados en algunos en beneficio de la salud, y es en este aspecto donde juegan un papel importante las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad donde los profesionales de la salud, específicamente enfermería juegan un papel importante.
- La relación del concepto de riesgo con el de estilo de vida se da por existir la tendencia en la biomedicina de colocar el riesgo como responsabilidad exclusiva de los sujetos⁶¹.

Algunos elementos anteriores han sido reforzados a partir de la corriente epidemiológica y otras disciplinas sociales que relacionaban los procesos salud y enfermedad con factores sociales, por la cual desde la antropología médica se refuerza la posición diacrónica constructivista, donde le dan gran significación al valor de la construcción social de la enfermedad, y es en función de esa concepción holística que se podrán entender los comportamientos y las prácticas de salud de las personas y no desde una mirada sesgada fragmentada y vertical lo cual le permitirá a los profesionales de la salud, y específicamente a enfermería proporcionar un cuidado integral, acorde a las necesidades de las personas, puesto que este concepto fue construido desde lo no patológico, por lo cual se requiere entender el estilo y comportamiento de los sujetos en

⁶¹ MENÉNDEZ, Eduardo. Op. cit., p. 37-67.

ese marco, para proponer soluciones que lleven al fortalecimiento de acciones promocionales y preventivas en contextos concretos con el objeto de eliminar o limitar el daño (Menéndez) de la salud.

De igual manera, la mayoría de los modelos teóricos de cambio de conducta de salud, han sido derivados de forma deductiva, de la teoría cognitiva tradicional desde la psicología. Los principales modelos motivacionales, que han sido utilizados para explicar y predecir la adherencia individual en la iniciación y mantenimiento de la conducta de salud cardiovascular son: El modelo de creencia en salud (Maimen y Becker 1974); el modelo de promoción de la salud (Pender 1987); Teoría de la acción razonada / Teoría de conducta planeada; teoría de autoeficacia⁶². Núñez de Villavicencio (2000), manifiesta que el estilo de vida puede condicionar la salud y la enfermedad del individuo, el cual, ha sido afectado de muchas formas, dependiendo de los problemas de la sociedad (violencia, alcoholismo, los efectos del endeudamiento, el desempleo, reducción de los presupuestos para la educación y la salud, entre otros) y siempre con repercusiones sobre la salud.

Se puede decir que los estilos de vida no son el resultado de un solo factor, deben ser vistos desde una perspectiva integral, no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen. La cultura como uno de los determinantes de los estilos de vida se debe manejar desde una perspectiva conductual o comportamentalista, describiendo los comportamientos o hábitos de vida, por tanto se debe manejar desde un enfoque diferente al epidemiológico y al individualista; se debe crear entonces un enfoque que tenga unos requisitos mínimos como: a) que se entienda a la experiencia de enfermedad tal como es evidenciada y que permita describir el sentido que esta tiene para el enfermo y sus pares en su propio lenguaje y desde su propia perspectiva, b) que reduzca o elimine la parcialización reduccionista en la transformación de lo cultural a simples hábitos o comportamientos; c) que facilite la articulación de los datos biológicos con los datos biográficos, sociales y culturales, integrando al análisis las interacciones entre el contexto a nivel inmediato , el micro y el

⁶² FLEURY, Julie. La Aplicación de la Teoría Motivacional a la Reducción del Riesgo Cardiovascular. En: Image: Journal of Nursing Scholarship. 1992, vol. 24 no. 3, p. 229-239.

macro contexto⁶³. Así, Pedersell (1982), manifiesta que la perspectiva individualista con que se empezó a orientar el concepto de estilos de vida en los países bajos, tiene limitaciones obvias para entender las relaciones causales o simplemente asociativas entre estilos de vida y salud. Manifiesta además que los comportamientos humanos se dan dentro de un contexto global, político y económico. Como se manifestó en párrafos anteriores no existe un único determinante de los estilos de vida, son numerosos, por lo tanto deben ser tenidos en cuenta para su análisis, para las proyecciones futuras relacionadas con el mantenimiento de la salud.

Maya L.H.⁶⁴, considera y clasifica los estilos de vida desde una perspectiva integral y como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico a partir de los planteamientos de (Bibeau y col 1985):

- En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.
- En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.
- En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Un avance significativo a la temática es el aporte realizado por Gómez y González (2004), sobre indicadores que permiten medir desde la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con énfasis estilos de vida con las de: control social de los estilos de vida y desarrollo de habilidades.

⁶³ PEDERSELL, D. La Construcción Cultural de la Salud y Enfermedad en la América Latina. En: la Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Colcultura - ICA, Santa Fe de Bogotá. 1994, p. 141-152.

⁶⁴ MAYA, L. H. Los estilos de vida saludables: componentes de la calidad de vida. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio [en línea]. En: Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Costa Rica. S. F, [consultado junio 10 de 2012]. Disponible en Internet: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>.

Tabla 0-1: Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud factores que deben considerarse

Énfasis	Dimensiones a evaluar	Factor crítico	Áreas para posibles indicadores
Estilos de vida	Control social de los estilos de vida y desarrollo de habilidades personales	Definición de determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida.	Diagnósticos de estilos de vida determinantes del perfil local de salud (existencia características del diagnóstico)
			Plan para el control del perfil local de estilos de vida
			Grado de participación de los grupos de interés en la elaboración del diagnóstico.
			Porcentaje del presupuesto destinado al control de estilos de vida determinantes del perfil local de salud.
			Cambios alcanzados en el patrón de conductas determinantes del perfil local de salud según metas previstas en el plan.
		Adopción de una conducta saludable	Número de sujetos informados sobre la conducta saludable seleccionada.
			Tendencia de actitudes que actúan como determinantes de salud.
			Número de sujetos que inician el comportamiento saludable seleccionado.
			Número de sujetos que persisten en el comportamiento saludable seleccionado después po x después del tiempo x.
			Número de grupos de interés conformados alrededor de la promoción de un comportamiento saludable.
			Frecuencia de repetición del comportamiento saludable según el patrón que se haya previsto. (Registros de autocontrol).
			Cambios favorables en los patrones de consumo de bienes y servicios.

Fuente: Gómez, R. González, E..

Debido a la importancia que está tomando identificar comportamientos y actitudes que influyen sobre la calidad de vida y de salud de poblaciones específicas como prioridad para todo profesional de la salud, y especialmente los que realizan cuidado y atención a adultos de mediana edad, ciclo vital de mayor productividad de los individuos⁶⁵, se hace necesario identificar los estilos de vida, para establecer y proyectar acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, que sean efectivas y acordes con las condiciones de salud reales de este grupo poblacional. La temática abordada cobra vigencia a partir de la denominada “Carta de Ottawa” que establece 2 elementos relevantes y relacionados íntimamente con los estilos de vida de las comunidades a tener en cuenta en la implementación de los programas de

⁶⁵ TRIVIÑO, Lisbeth Patricia et al. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. En: Rev. Acta Medica Colombiana. 2009, vol. 34 no. 4, p. 158-163.

promoción de la salud: a) El desarrollo de aptitudes personales y b) Creación de ambientes favorables; aspectos de gran importancia en el mantenimiento de la salud.

Debido a que el aumento de la esperanza de vida de las personas constituye un triunfo de la salud pública y del resultado del desarrollo económico y social de los países, el cual se da de manera más lenta que el proceso de envejecimiento de la población, proceso que conlleva un incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad, como las ocasionadas por enfermedades cerebro vasculares, ocasionados por problemas de la hipertensión arterial, es un ejemplo de afección crónica que puede controlarse y tratarse; este tipo de problemática requiere y exige atención y cuidado específico que ocasionan altos costos sociales, familiares y económicos.

Esta situación requiere que los servicios de salud y los profesionales de la salud implementen estrategias que les permitan enfrentar esta problemática y tendencia demográfica de manera positiva y generando los impactos esperados, las cuales pueden ser realizadas mediante la estrategia APS, puesto que se estima que el 80% de los cuidados comunitarios se deben prestar en el primer nivel de atención, que constituyen el eje y la puerta de entrada al sistema, como es el caso de la población objeto de estudio de la presente investigación, donde se desconoce su estilo de vida y su relación con la salud cardiovascular, por lo que se hace necesario tener en cuenta en las implementación de este, la población hacia la cual deben ser dirigidas las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación, pues las poblaciones procedentes de zonas rurales y con problemas de salud relacionados con enfermedades crónicas enfrentan múltiples barreras para acceder a los servicios de salud como son:

- Transporte, horarios y disponibilidad de los profesionales para prestar la atención.
- Dificultad para cumplir con los requisitos exigidos por el sistema
- El alto costo de medicamentos.

- Perder la motivación para buscar o continuar con los tratamientos, lo cual puede agravar su problemática de salud⁶⁶.

3.2. Enfoques teóricos en el abordaje estilo de vida

Para el abordaje de este concepto en su relación con la salud de las personas los estudiosos de la temática, han desarrollado desde las disciplinas de la salud y de las ciencias sociales diferentes modelos y posturas teóricas. Los más desarrollados unos a partir de la psicología social y de la psicología de la salud, los cuales abordan la relación que tienen las estructuras y los procesos sociales con la adquisición de patrones de conductas hábitos que conllevan a establecer estilos de vida y desde los modelos cognitivos los cuales enfatizan en el papel de los procesos cognitivos con los comportamientos para el caso de salud.

Moreno (2003), clasificó estos modelos y teorías que contribuyen al conocimiento de la adquisición de los estilos de vida en: a) Teorías clásicas de la socialización, las cuales proporcionan información acerca de las estructuras y procesos sociales implicados en la adquisición de los patrones de conductas y hábitos que constituyen el estilo de vida, también sobre las actitudes, los valores y las normas relacionadas con los estilos de vida. b) Modelos socio cognitivos, los cuales manifiestan que los procesos cognitivos como la intención, las expectativas, la percepción de control, los costes/beneficios percibidos, etc., determinan las conductas relacionadas con la salud.

Teorías clásicas de la socialización:

- **Teoría Ecológica del Desarrollo**, propuesta por Bronfenbrenner (1987), que permite entender la influencia del contexto social en el que se desarrollan los estilos de vida relacionados con la salud, se destacan los siguientes aspectos:
 - Permite caracterizar los contextos y sistemas que inciden en la socialización de los estilos de vida y los clasifica en cuatro niveles. a. el *microsistema*, (lo constituye el entorno inmediato), b. el *mesosistema*, (se relaciona con las interrelaciones entre

⁶⁶ World Health Organization. Op. cit., página Web: http://www.who.int/hpr/ageing/af_report.pdf.

dos o más entornos con los cuales la persona interactúa), c. *el exosistema* es un contexto más amplio no incluye la persona en desarrollo de las personas pero situaciones o hechos que se dan en el las afectan, es en este espacio en el que su ubica el sistema de salud) y d. *el macrosistema* corresponde a la cultura con el cual el individuo crece y se desarrolla.

- **La Teoría de Campo**, propuesta por Kurt Lewin; esta teoría permite comprender la conducta como una función de la persona y su ambiente. En ella se explica que la interdependencia entre persona y ambiente conforma el espacio vital, el cual está constituido por espacios positivos y negativos, fuerzas que nos atraen y nos repelen. La posición que ocupa la persona en este espacio vital y la configuración de fuerzas que percibe de su ambiente influirán en su conducta (Lewin, 1963).
- **Teoría del Aprendizaje Social**, propuesta por Bandura (1977), esta teoría sostiene que los procesos de imitación y modelado sirven de base para entender la socialización del estilo de vida, se tiene entonces que la conducta de los padres, los amigos, los pares y los profesores y las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de los niños y adolescentes.

Modelos socio cognitivos:

- **Teoría de la Acción Razonada (TAR)**, propuesta por Ajzen y Fishbein (1980), según esta teoría lo que determina la conducta es la intención de la persona de ejecutar esa conducta; esa intención de llevar a cabo una conducta está determinada por la actitud hacia la conducta, es decir, por la evaluación positiva o negativa que la persona hace de la realización de esa acción, y también por la norma subjetiva o la creencia de que existen presiones sociales para realizar o no la acción en cuestión. En cuanto a la actitud hacia la conducta, manifiesta que es una función, primero, de las creencias sobre si la conducta considerada conduce a ciertos resultados y, después, de la valoración que la persona hace de esos resultados. En consecuencia según esta teoría, existen más probabilidades que los individuos lleven a cabo conductas de salud, si las consecuencias de esas acciones, son vistas como deseables. Referente a la norma subjetiva, manifiesta que está determinada por dos factores: las creencias normativas (la creencia de lo que los otros significativos esperan que haga la

persona) y la motivación para cumplir esta expectativa. Modificada como Teoría de la Acción Planificada.

- **Teoría de la Acción Planificada (TAP)**, Ajzen (1985) y Ajzen y Madden (1986), estos autores introducen una nueva variable en el modelo anterior: el control percibido sobre la conducta. Esta teoría considera que la conducta se ve influida, además de las variables anteriores, por la percepción de control personal. De manera sintética se presentan algunos de sus planteamientos que pueden tener relación con el estilo de vida.
 - La persona es vista con capacidad para tomar decisiones en función de sus comportamientos y expectativas
 - Busca integrar la racionalidad cultural o normativa mediante opinión favorable/ desfavorable, frente a la conducta.
 - La norma social de grupo de referencia influye sobre los comportamientos y no sobre la conducta real.
 - Trata de explicar las conductas que están bajo control consciente de las personas
- **Teoría de la Autoeficacia de Bandura** (1982, 1986, 1997), esta teoría sostiene que la conducta está determinada tanto por las creencias acerca de los resultados que conlleva esa conducta (expectativas de resultado), como por la creencia de la capacidad de la persona para llevar a cabo dicha conducta (expectativa de eficacia). En el caso de las conductas relacionadas con la salud, las expectativas sirven para regular los intentos de abandonar hábitos perjudiciales para la salud y también el esfuerzo y la persistencia en la ejecución de conductas favorecedoras de la salud (Villamarín y Álvarez, 1998).

Desde esta postura teórica la motivación y la acción humana están reguladas por las creencias de control con tres tipos de expectativas:

- Expectativas de situación de resultados: las consecuencias se producen por aspectos ambientales independientes de lo personal.
- Expectativas de acción resultado las cuales son productos de la acción personal

- Autoeficacia percibida hace referencia a la confianza de la persona en sus capacidades para lograr un resultado⁶⁷.

Las anteriores expectativas juegan un papel importante en la adopción de conductas saludables, puesto que los hábitos pueden favorecer o no la salud, lo que capacita a las personas para poder ejercer control sobre la salud mediante la modificación del estilo de vida

Desde esta teoría la expectativa de autoeficacia o eficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud en dos niveles: a. Como mediador cognitivo de la respuesta al stress. b. como variables cognitivas motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia de comportamientos elegidos, (Bandura, 1999, citado por Ortego, M.C et al) este aspecto tiene un control directo sobre cómo se modifican las conductas en salud y prevención de riesgos, elemento importante para la enfermedad cardiovascular.

- **Modelo Locus de Control de la Salud**, Wallston, Wallston y De Vellis (1978), según este modelo, las creencias acerca de quién o qué tiene control sobre la salud, influyen en la implicación que las personas tienen con el comportamiento saludable o no saludable. Este modelo se ha relacionado con las siguientes variables del estilo de vida: el ejercicio, el consumo de alcohol, las conductas de prevención del SIDA, el autoexamen de mamas, el control de peso y dejar de fumar. Tiene tres dimensiones que evalúan la medida en que la persona considera que su salud depende de su propio comportamiento (LCS-Interno), de otras personas influyentes (LCS-Otros poderosos) o de la suerte o destino (LCS-Suerte). Las personas que crean que su salud depende de sí mismos se comprometerán en mayor medida con estilos de vida saludables, mientras que las que crean que su salud depende de la suerte o de lo que otras personas puedan hacer, realizarán menos esfuerzos por practicar conductas saludables o por abandonar hábitos insanos.

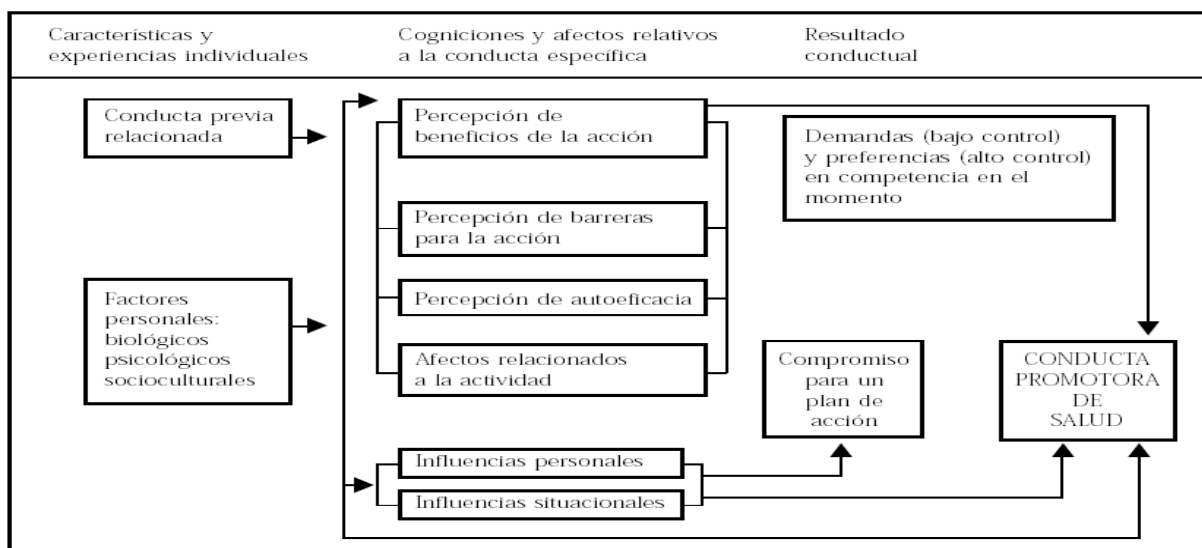
⁶⁷ ORTEGO, M., M. de C., LOPEZ, G.S., ALVAREZ, T. M. Tema 14. Adherencia al tratamiento [en línea]. En: Universidad de Cantabria. Open Course Ware. [consultado diciembre 12- 2012]. Disponible en Internet: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf>.

- **Modelo de Creencias sobre la Salud**, Rosentock (1969, 1974); Rosentock y Kisch (1979). Este modelo se desarrolló para explicar y predecir las conductas de salud preventivas. Según este modelo, la probabilidad de realizar una conducta promotora de la salud está determinada por el balance costos/beneficios percibidos de esa acción y por la amenaza percibida de enfermedad. La amenaza percibida depende de dos creencias: la susceptibilidad de contraer determinada enfermedad y la gravedad percibida de esa enfermedad.
- **Teoría de la Conducta Problema**, Jessor y Jessor (1977); Jessor (1992). Este modelo sostiene que, tanto las conductas de riesgo para la salud, como otras conductas problemáticas de la adolescencia, son manifestaciones de una propensión general hacia la desviación o la no-convencionalidad. Estas conductas vienen determinadas por cuatro grupos de factores: las variables de la estructura sociodemográfica, los aspectos de la socialización, las variables del sistema de personalidad y las variables del ambiente percibido (Jessor y Jessor, 1977). En 1992, Jessor reformula esta teoría y propone los siguientes determinantes: las características biológicas y genéticas, las características del ambiente social, las características del ambiente percibido, la personalidad y otras conductas relacionadas que practique el adolescente.
- **Modelo de Promoción de la Salud (MPS)**, Pender (1987, 1996); este modelo introduce tres grandes bloques de factores como predictores de las conductas promotoras de la salud: a) los afectos y las cogniciones específicas de la conducta, b) las experiencias previas y las características individuales y c) los antecedentes de la acción. Los afectos y las cogniciones constituyen el mecanismo motivacional primario que afecta directamente a la adquisición y al mantenimiento de conductas saludables. Las barreras percibidas para llevar a cabo la acción, los beneficios percibidos de la misma, la autoeficacia percibida para llevarla a cabo y el afecto relacionado con la conducta son los elementos que forman parte de este mecanismo motivacional. Existe una serie de influencias situacionales e interpersonales que, junto a los afectos y las cogniciones, influyen en el compromiso de llevar a cabo determinada conducta. Las experiencias previas con la conducta y las características individuales actúan indirectamente sobre las conductas promotoras de salud a través de su interacción con los afectos y las cogniciones y también con las influencias situacionales e

interpersonales. Por último, los antecedentes de la conducta son estímulos internos o externos que están directamente relacionados con la conducta. En Enfermería, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) en su desarrollo aplica varias teorías, la del Aprendizaje social de Bandura, denominada actualmente teoría cognitiva social, que incluye las siguientes auto creencias: auto atribución, autoevaluación y auto eficacia, esta última es central para el MPS; también toma aspectos del modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather (1982), que afirma que la conducta es racional y económica.

Como modelo conceptual se formuló con el objetivo de integrar lo que se conoce sobre la conducta de promoción de la salud, para generar preguntas que lleven a poder demostrarse posteriormente (Marinner A. et al, p. 461). El MPS constituye un intento de ilustrar la naturaleza multifacetica de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar el estado de salud.

Figura 0-1: Modelo de Promoción de la salud revisado



De Pender, N.J., Murdaugh, C. L. & Parsons M. A. (2002) Health promotion in nursing practice (4 ed., p. 60) Upper Saddle River NJ; Prentice- Hall Pearson Education , Upper Saddle River, NJ. Marriner, A., Raile M. Modelos y teorías en Enfermería, p- 458 2005

El modelo revisado, empíricamente ha demostrado la capacidad de identificar los conceptos importantes para las conductas de promoción de la salud y facilita la generación de hipótesis demostrables. Este modelo ha sido utilizado en poblaciones

como: Adultos trabajadores, adultos más mayores que viven en comunidad, pacientes ambulatorios con cáncer y pacientes en rehabilitación cardíaca.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente, vale la pena resaltar en las teorías clásicas de la socialización, la Teoría del Aprendizaje Social, propuesta por Bandura, a partir de la cual los estilos de vida son producto de los procesos de imitación y modelado de la conducta de los padres, amigos, pares y profesores, así como las consecuencias que estas conductas tienen para sus actores, influyen en el aprendizaje del estilo de vida de los niños y adolescentes; por lo tanto en el presente trabajo es posible que los hallazgos encontrados sobre el estilo de vida de la población rural estudiada se enmarque en estos planteamientos.

Desde la perspectiva de los planteamientos propuestos por Bronfenbrenner, relacionada con la Teoría Ecológica del Desarrollo, permite entender la influencia del contexto social en el que se desarrollan los estilos de vida relacionados con la salud y caracteriza los contextos y sistemas que inciden en la socialización de los estilos de vida, así: el entorno inmediato, las interrelaciones entre dos o más entornos con los cuales la persona interactúa, el sistema de salud y la cultura con la cual el individuo crece y se desarrolla; contextos propios donde se desenvuelve la comunidad incluida la del área rural, en la cual se realiza la presente investigación.

3.3. Salud cardiovascular

El fenómeno salud ha sido también concebido como expresión del modo de vida (estilo y condiciones de vida), que explica las condiciones de trabajo, del medio ambiente y el perfil epidemiológico de la población. El estudio de la situación de salud según condiciones de vida, ha privilegiado las articulaciones con cuatro dimensiones de la reproducción social: la reproducción biológica donde se manifiesta la capacidad inmunológica y la herencia genética; la reproducción de las relaciones ecológicas, que envuelve la interacción de los individuos y grupos con el ambiente residencial y de trabajo; la reproducción de las formas de conciencia y comportamiento, que expresan la cultura; y la reproducción de las relaciones económicas, donde se realizan producción, distribución y consumo.

La importancia de la temática se destaca a partir de 1994, donde un grupo de trabajo sobre las principales funciones de la salud pública, con participación de CDC y el secretario adjunto para el control de las enfermedades crónicas, en relación con las ECV, se plantearon los siguientes objetivos:

- Promoción y fomento de conductas saludables.
- Garantía de Accesibilidad de conductas saludables.

Igualmente se plantearon los 10 servicios esenciales de salud pública, de los cuales los siguientes se relacionan con el desarrollo del presente estudio:

- Identificar los problemas de salud de la comunidad.
- Diagnostico e investigación de los problemas y riesgos de salud y de la comunidad.
- Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva
- Investigaciones sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.⁶⁸

En esa dirección el papel de los servicios no pueden circunscribirse exclusivamente a reparación de daños y atención de enfermos sino que debe contribuir a la integridad y desarrollo de potencialidades de personas y grupos, para el mantenimiento de la salud mediante la implementación de estilos de vida saludables, significa transformar comportamientos que con frecuencia son rutinarios y fuertemente arraigados en sistemas de creencias y tradiciones culturales⁶⁹, donde aspectos como el género y la clase social son determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud, porque, en función del sexo o de la posición socioeconómica, las personas crecen en entornos culturales diferentes, con distintos valores y oportunidades (Macintyre, S. et al, 1997).

⁶⁸ MUNOZ, Fernando et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud [online]. En: Rev Panam Salud Publica. 2000, vol. 8 no. 1-2, p. 126-134. [consultado 04 abril 2012] Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017.

⁶⁹ DE ROUX, Gustavo. Op. cit., p. 223.

Esta concepción pone de manifiesto que los estilos de vida no son conductas individuales, sino que dependen del entorno de la persona⁷⁰.

La salud cardiovascular está estrechamente relacionada con los llamados factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, los cuales tienen un efecto acumulativo, aditivo y progresivo respecto al riesgo de presentar ECV, para lo cual es preciso abordar una estrategia global de prevención de la enfermedad⁷¹ y de promoción de la salud con el objetivo de influir de manera sistemática en los estilos de vida de las personas, estableciéndose claramente la diferenciación entre estos conceptos.

⁷⁰ ARTAZCOZ, Lucia et al. La Salud de personajes en Las adultas [en línea]. En: Gac Sanit. 2004, vol. 18 supl. 1, p. 56-68. [consultado agosto 05 de 2012]. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700011&lng=en&nrm=iso.

⁷¹ BAENA D, José M. Op. cit., p. 1- 7.

4. Marco de diseño

4.1. Tipo de estudio y metodología

El estudio es descriptivo, censal de corte transversal con abordaje cuantitativo.

Descriptivo: Su principal objetivo es describir e interpretar de manera detallada los datos obtenidos relacionados con las condiciones existentes, prácticas, opiniones, puntos de vista o actitudes⁷² que prevalecen sobre el estilo de vida y la relación con la salud cardiovascular de una población rural del municipio de Tarqui.

Censal: porque se tomó el total de la población, entre 20 a 60 años, que se encontraban en la base de datos (CENSO), a febrero de 2012, suministrada por la Secretaría de salud del municipio de Tarqui.

De corte transversal porque se estudió la categoría estilos de vida, haciendo un corte en el tiempo el cual fue determinado de septiembre a octubre de 2012, para describir el estado del fenómeno determinado.

Cuantitativo. Se pretende medir el fenómeno de estudio (estilos de vida) en población rural a través de la descripción, análisis e interpretación de datos, obtenidos a partir de la información recolectada mediante el instrumento FANTASTICO, para luego ser sistematizada e interpretada.

⁷² PARDO de V. C., CEDEÑO, C. M. Investigación en salud. Factores sociales. Bogotá: Mc. Graw Hill. 1997, p. 119.

4.2. Elementos del diseño

4.2.1.Universo

Para este estudio, el universo lo constituye el total de la población rural del municipio de Tarqui (Huila) y de acuerdo al CENSO del año 2005, está conformada por 11.592 personas⁷³.

4.2.2.Población

Para la determinación del número de participantes en el estudio se realizaron los siguientes pasos:

- a. Solicitud de información a la Secretaría Municipal de Salud, sobre el censo poblacional de municipio, de donde se obtuvo la población rural total del municipio de Tarqui en edades comprendidas entre 20 y 60 años para un total de 7.516 personas, según la base de datos del municipio a febrero de 2012. Con esta información las personas que vivían en las tres veredas: Potrerillos, la Esperanza y El Tablón, del corregimiento poblado Maito, que cumplían con los criterios del estudio y que participarían en el estudio era de 106.

La decisión de tomar estos espacios geográficos obedece a las siguientes razones:

- Este grupo poblacional está inmerso en el contexto cercano al área urbana del municipio.
- Facilidad para establecer contacto con los pobladores de las veredas seleccionadas, por estar concentrados y por contar con apoyo de líderes comunales, para el diligenciamiento del instrumento, la encuesta prediseñada, la valoración física y exámenes de laboratorio.
- Las veredas seleccionadas son de fácil acceso.
- Las autoridades municipales de salud están interesadas en conocer los resultados del estudio, para retroalimentar el Plan Local de Salud, 2013.

⁷³ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. Op. cit., página Web: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>.

- Este estudio se puede considerar como preliminar o como una línea de base para realizar otros de mayor envergadura, que contribuyan a direccionar las acciones a desarrollar con el objeto de mejorar las condiciones de salud de la población.
- b. Para preparar la fase operativa se realizó la inmersión en el campo con el objetivo verificar la información de la población según el censo entregado por la Secretaría Local de Salud. Se encontraron inconsistencias respecto al censo como: cincuenta y tres (53) personas registradas en el censo, en la actualidad habían cambiado de lugar de residencia y otras se encontraban trabajando por fuera de estas veredas; igualmente veintinueve (29) personas, no aparecían registradas en el censo, pero eran residentes en la vereda desde hacía más de un año, razón por la cual se actualizó el censo con dos objetivos: entregarlo a la Secretaría de Salud Local y que estas personas pudieran participar en el estudio.
- c. Con la información actualizada, se determinó que el número total de personas que cumplían con los criterios de inclusión era de ochenta y dos (82) personas; Una vez finalizada esta etapa se inició el acercamiento inicial con los pobladores donde se dio información básica sobre el estudio y el proceso a seguir, se obtuvo como resultado que doce (12) personas decidieron no participar en el estudio quedando una población total de setenta (70) personas.
- d. Por ser un estudio de carácter censal, se contó con la participación de setenta **(70) personas** a quienes se les aplicó la encuesta prediseñada, el instrumento FANTÁSTICO y la valoración física; la toma de exámenes de laboratorio solo se realizó con cincuenta y siete (56) personas, que acudieron el día de la toma de los exámenes.

4.3. Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres en edades entre 20 y 60 años.
- Residir en la zona rural del municipio de Tarqui (veredas seleccionadas), como mínimo un año.

4.4. Control de sesgos y calidad de los datos

- Con el fin de reducir los sesgos de información se realizó la capacitación a la auxiliar de enfermería en el manejo de los instrumentos de recolección de los datos (Instrumento FANTASTICO, y encuesta prediseñada y valoración física), fin de lograr que el diligenciamiento se realizara en forma estandarizada.
- La investigadora explico a cada uno de los participantes de manera sencilla los objetivos del estudio, lo mismo que los instrumentos que se iban a utilizar y los exámenes de laboratorio que se les realizaría además se les informó que se les garantizaba la confidencialidad de los datos suministrados por ellos y los reportes de los exámenes de laboratorio.
- Una vez dada esta información se diligencio de manera voluntaria el consentimiento informado.
- Se realizo el control de calidad de los datos registrados en los instrumentos una vez estos eran diligenciados en el trabajo de campo, aquellos instrumentos que presentaban alguna inconsistencia se les hizo la verificación respectiva.
- Los equipos de medición (tensiómetro, báscula y tallímetro), fueron calibrados antes de la realización del procedimiento; para la toma y procesamiento de las muestras sanguíneas, se siguió el protocolo estandarizado del laboratorio clínico.
- El procesos de recolección de información se realizo en dos fases en la primera se realizo el diligenciamiento del instrumento Fantástico la encuesta prediseñada y la valoración física, y en la segunda fase se realizo la toma de muestras de laboratorio. (a los 15 días)
- La información se organizo, sistematizó y proceso de manera standardizada.
- Una vez se tuvieron los resultados de cada fase se dio orientación a las personas sobre su situación de salud y las acciones iniciales para el mejoramiento de la misma, (solicitar consulta para control médico, pautas para su alimentación)

- Los exámenes de laboratorio se entregaron a la auxiliar de enfermería para ser anexados a la historia clínica.

4.5. Aspectos ambientales

El presente estudio se desarrolló, en la zona rural del municipio de Tarqui (Huila), el cual está ubicado al suroccidente del departamento de Huila, entre la Cordillera Central de los Andes y la margen izquierda del río Magdalena en el valle de Altamira (ver anexo A). Limita por el norte con el municipio de Pitalito; al sur con los municipios de Altamira y Elías; al oriente los municipios de Garzón y Altamira; y por el occidente los municipios de Oporapa y La Argentina. La superficie total de 3080 km².²; se encuentra a 2° 25'35" al norte de la línea ecuatorial y a 1° 27'36" al occidente de Bogotá.

El Municipio de Tarqui (ver anexo B), está dividido en 3 corregimientos poblados: Maito (ver anexo C), Quituro y el Vergel; los cuales a su vez están subdivididos en 55 pequeñas veredas: Quebrada Seca, *Potrerillos*, *La Esperanza*, Pueblito, Ceibas, Pradera, *El Tablón*, La Mexicana, Buenavista, Minas, El Triunfo, Palestina, Las Delicias, Alto Pradera, El Tablón de Bélgica, El Caimital, Quebraditas, El Vegón, La Vega, La Pampa, Galaxia, La Playa, El Cedro, San Francisco, Los Alpes, El Porvenir, Los Llanitos, Betania, Espinal, Bélgica, Líbano, Mesitas, La Mirada, El Carmen, La Eureka, Las Mercedes, Buenos Aires, El Pescado, El Tambo, San Joaquín, El Guavito, La Lagunilla, El Zapatero, Agua Azul, Las Nieves, Las Acacias, La Sabina, Peñas Negras, El Mirador, Montañitas, Bellavista, Llano del Hato, Los Andes y los Pinos⁷⁴.

Según cifras del DANE, la proyección de la población para el año 2012, del municipio de Tarqui es de 17.106 personas y de estos sólo 4,142 personas, viven en el área metropolitana⁷⁵.

Las población de las tres veredas seleccionadas para el estudio *Potrerillos*, *La Esperanza* y *El Tablón*, está conformada por los campesinos que se dedican en su

⁷⁴ ALCALDÍA DE TARQUI, Huila. Municipio de Tarqui [en línea]. Colombia: Tarqui, s.f. Disponible en internet: <http://tarqui-uila.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mlxx-1-&m=f>.

⁷⁵ DANE. Op. cit., página Web: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/huila/tarqui.pdf>

mayoría a las actividades de la agricultura, siendo el cultivo de café la principal actividad de la cual derivan el sustento diario y en las épocas de no cosecha se ven obligados a desplazarse a otros lugares en busca de trabajo para conseguir lo necesario para el sostenimiento de las familias.

4.6. Técnicas y procedimientos para recolección de la información.

Una vez obtenido el concepto del comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y realizado los ajustes propuestos, se inició el trabajo de campo.

La fuente de información fue de tipo primario, se obtuvo a través de la aplicación del instrumento FANTÁSTICO (ver anexo D), encuesta prediseñada (ver anexo E), valoración física y exámenes de laboratorio. El procedimiento para la recolección de la información fue el siguiente:

- Después de realizar la coordinación respectiva con la Dirección Local de Salud para facilitar los procesos operativos, se estableció contacto con líderes de las veredas a través de la Junta de Acción Comunal, con el fin de: Dar información general del estudio, conocer el censo actualizado y de coordinar aspectos relacionados con el trabajo operativo. Lo que permitió la localización de las personas que podían participar en el estudio, acorde con el censo.
- Una vez identificados los participantes y teniendo en cuenta las características de la población y el contexto se decidió implementar dos estrategias para invitar a los posibles participantes: a. Conjuntamente la investigadora y los líderes comunitarios se realizó invitación y motivación a los pobladores para participar del estudio, el día domingo (día de mercado) que la mayoría de los habitantes de estas tres veredas (Potrerillos, la Esperanza y El Tablón), salen al corregimiento poblado de Maito para hacer el mercado de la semana; b. Otra estrategia se hizo de manera personal mediante visita a la vivienda.
- Las personas que aceptaron participar en el estudio, fueron visitados casa a casa, donde se dio la información detallada del estudio, se aclararon dudas, se

informo que la participación era voluntaria, luego se les invito a diligenciar el consentimiento informado (Anexo F). Una vez surtido este procedimiento se diligenció la encuesta prediseñada, el instrumento FANTASTICO a través de entrevista y se realizó la valoración física. Estas actividades fueron realizadas por la investigadora y se contó con el apoyo de la auxiliar de enfermería, quien fue capacitada previamente en el manejo de los instrumentos de recolección de los datos y en la valoración física.

Previo a la valoración física, se le explico a cada uno de los participantes las actividades a realizar, las cuales consistieron en:

- Medición de la talla: se realizó a cada participante en posición de pie y sin zapatos, utilizando un Tallímetro convencional (Incolmedicas).
- Peso: se determinó con el participante en ropa interior, con los brazos a los lados del tronco y mirando hacia el frente, en una báscula profesional OMRON HN-283LA.
- IMC: se calculó con el valor del peso en kilogramos y la talla en metros elevada al cuadrado.
- Perímetro abdominal: se midió utilizando la cinta métrica en centímetros (medido en el punto más estrecho del abdomen o en el punto intermedio entre el reborde costal inferior y las crestas iliacas), con la persona en posición de pie.
- Presión arterial: se tomó a través de un Tensiómetro aneroides Welch Allyn, en el brazo derecho, el cual reposaba sobre una superficie plana, con la persona sentada y después de 5 minutos de reposo. Se realizaron 2 lecturas de presión arterial con 3 minutos de intervalo entre sí, y en caso de encontrarse una diferencia > 10 mm de Hg en las cifras de presiones (sistólica – diastólica, se realizaba de nuevo el procedimiento y se registró el promedio de acuerdo con las cifras encontradas, si la diferencia era menor de los 10 mm de Hg, se registró la primera lectura.
- Finalizada la recolección de la información a través de los instrumentos y la valoración física, los participantes fueron citados para los 15 días siguientes, en sitios

estratégicos de cada vereda (escuela) para realizar, la toma de las muestras de laboratorio requeridas en el estudio. Se hicieron las recomendaciones para el día de la toma de las muestras de sangre como ayuno no menor a 12 horas, no haber ingerido alcohol en las últimas 24 horas, no haber realizado actividad física intensa previa al examen.

Para la toma de las muestras de laboratorio (toma de muestras de sangre), se realizó la coordinación con la dirección del laboratorio y se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- Coordinación con el laboratorio para establecer el protocolo a seguir y preparar el equipo correspondiente
- Verificación que las personas habían cumplido con las recomendaciones dadas.
- Se tomó una muestra de 7 ml de sangre para la determinación del de Colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (c-HDL), triglicéridos (TGS) y glicemia. Todas las determinaciones se llevaron a cabo mediante métodos enzimáticos y colorimétricos, técnica de Biosystems, método GOD-PAP de un laboratorio particular de la ciudad de Garzón Huila. Todas las muestras fueron recolectados por la investigadora y la auxiliar de enfermería.
- Una vez tomadas las muestras fueron almacenadas de acuerdo al protocolo estandarizado del laboratorio clínico y posteriormente centrifugadas, para ser trasladadas y procesadas de acuerdo al mismo protocolo.
- Se acordó que estas muestras permanecerían en custodia durante un mes.
- Una vez entregados a la investigadora los resultados por el laboratorio, se inicio el proceso de análisis estadístico.
- Los exámenes se entregaron a la auxiliar de enfermería para anexar en la historia clínica.
- Los exámenes que mostraron alguna alteración, se localizaron las personas, se les informo, motivo y se estableció coordinación con la auxiliar de enfermería para que tuvieran la posibilidad de asistir a control medico. Para luego ser incluidas en el programa de Riesgo Cardiovascular el cual se inicio en el mes de diciembre con los parámetros de datos por el Hospital Local del Municipio de Tarqui, y con asesoría de la investigadora.

Una vez obtenida la información a través del instrumento FANTASTICO, la encuesta prediseñada, la valoración física y los exámenes de laboratorio, se procedió a la verificación, sistematización y análisis de la información.

4.6.1. Instrumentos

Para la medición de estilos de vida, en la revisión de la literatura realizada, se encontraron varios instrumentos los cuales habían sido utilizados en diferentes tipos de población: como universitaria (cuestionario de estilo de vida en jóvenes universitarios, Universidad Javeriana de Cali, 2009; instrumento sobre estilos de vida saludables en estudiantes universitarios, Universidad San Martín de Porras en Lima Perú, 2005; cuestionario “Wellness Practices”, universidad de New Hampshire, USA, 2009; cuestionarios internacionales de actividad física (IPAQ), 2000); estos instrumentos excepto el IPAQ, fueron diseñados por los investigadores para su propio estudio, lo cual dificulta la comparación con otras poblaciones. También se encontró el instrumento FANTASTICO, diseñado para medir el estilo de vida, utilizado en varias poblaciones a nivel internacional y nacional y validado en nuestro contexto colombiano; razón por la cual para el presente estudio se decidió utilizar este instrumento, previa autorización del autor (ver Anexo G).

▪ Características de Instrumento FANTÁSTICO (Anexo D)

Este instrumento genérico fue desarrollado en 1984 por Wilson y Ciliska⁷⁶, del Departamento de Medicina Familiar, en el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad McMaster de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos a evaluar el estilo de vida de los pacientes y establecer medidas correctivas en la prevención de enfermedades. Debido a su alto grado de validez y confiabilidad, se han realizado diversas versiones corta y larga del mismo y aplicado a estudiantes^{77, 78}, en trabajadores⁷⁹, pacientes con hipertensión⁸⁰, pacientes diabéticos^{81, 82}. Ambas versiones,

⁷⁶ WILSON, Douglas and CILISKA, Dona. Op. cit., p. 1527-32.

⁷⁷ *Ibíd.*

⁷⁸ KAMIEN, M y POWER R. Lifestyle and health habits of fourth year medical students a University of Western Australia. *In:* Aus Fam Physician. 1996, Supl I, p. 26-29.

⁷⁹ SHARRATT, JKy SHARRATT, MT, Smith DM, Howell MJ, Davenport L. FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo Employees. *Can Fam Physician*. 1984;30:1869-72.

han sido adaptadas por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión en sujetos mexicanos, españoles y brasileños.

En Colombia se utilizó la versión en español del instrumento FANTASTICO, para identificar la relación entre el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular en una muestra de adultos de mediana edad, con el fin de planificar una estrategia de intervención dentro del contexto de empresa saludable⁸³.

Posteriormente el instrumento FANTASTICO, fue validado en Colombia, en adultos⁸⁴, se encontró que los 25 ítem, agrupados en 9 dominios superaron el estándar propuesto de fiabilidad (α de Cronbach) mayor a 0.50 y 0.73 respectivamente. Se encontró correlación interescalar buenas y aceptables, en las diferentes categorías del cuestionario FANTASTICO (Total Vs Dominios), ($r=0.19-0.79$ $p<0,01$). Su objetivo es orientar a los profesionales de la salud para la planeación y ejecución de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Este cuestionario contiene 25 ítems cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados al estilo de vida. Presenta tres opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 2 para cada categoría, y se califica por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos. Se toma como punto de corte la medida de las calificaciones propuesta por los autores del instrumento; el comportamiento estilo de vida se estratifica en cinco niveles de calificación: (< 39 puntos = existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente).

⁸⁰ LÓPEZ CARMONA, JM, *et al.* Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Aten Primaria*. 2000;26: 542-9.

⁸¹ RODRIGUEZ MOCTEZUMA R, *et al.* Validez y consistencia del instrumento "FANTASTIC" para medir estilo de vida en diabéticos. *Rev. Med. IMSS*. 2003;41:211-20.

⁸² LÓPEZ CARMONA JM, *et al.* Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud pública de Mex*. 2003; 45(4):259-268.

⁸³ TRIVIÑO, Lisbeth Patricia *et al.* Op. cit., p. 158-163.

⁸⁴ RAMÍREZ VÉLEZ Robinson y AGREDO. R. A. Op. cit., p. 226-237.

Es un instrumento auto administrado que valora los comportamientos relacionados con los estilos de vida durante el último mes y permite establecer la relación entre el estilo de vida y la salud.

▪ **Encuesta prediseñada (Anexo E)**

Con el fin de obtener una información integral de cada participante en el estudio se elaboró la encuesta que contiene los siguientes apartados:

Identificación de aspectos socio-demográficos: evalúa aspectos como edad, sexo, estrato socioeconómico, estado civil, mayor nivel educativo alcanzado (primaria, secundaria, técnico, universitario y posgrado), ocupación u oficio y afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Antecedentes personales de los factores de riesgo cardiovascular (FRC): Los antecedentes personales de los FRC (DM, HTA, dislipidemia e historia familiar de ECV prematura) fueron evaluados mediante un cuestionario estructurado con respuestas dicotómicas de presencia o usencia del factor, haciendo énfasis en que el diagnóstico hubiera sido realizado por un médico.

Valoración física: Se valoró el peso corporal en kilogramos, la talla en metros, el perímetro abdominal en centímetros, la presión arterial en milímetros de mercurio (mmHg) y el índice de masa corporal (IMC).

Exámenes de laboratorio: se tomaron muestras sanguíneas, en ayuno, para determinar la concentración de Colesterol total (CT), colesterol de alta densidad (c-HDL), triglicéridos (TGS) y glicemia.

4.7. Variables

4.7.1. Estilo de vida

El comportamiento estilo de vida se estratifica en cinco niveles de calificación: (< 39 puntos = existe peligro, 40 a 59 puntos = malo, 60 a 69 puntos = regular, 70 a 84 puntos = bueno, 85 a 100 puntos = excelente); tomando como punto de corte la medida de las calificaciones propuesta por los autores del instrumento.

4.7.2.Presión Arterial

Para el análisis de la presión arterial se tuvo en cuenta los siguientes parámetros: Presión arterial optima < 120 / 80 mmHg, Presión arterial normal 120/80–129/84 mmHg; Presión arterial normal alta 130/85 –139/89 mmHg, Hipertensión grado 1 140 – 159 / 90–99 mmHg, Hipertensión grado 2 160 – 179 / 100 – 109 mmHg, Hipertensión grado 3 > 180 / 110 mmHg, Hipertensión sistólica aislada > 140 / <90 mmHg⁸⁵.

4.7.3.Peso Corporal

Para analizar el peso corporal se empleó el IMC (kg/m²), clasificando a las personas en una de las siguientes 6 categorías: a) bajo peso: IMC < 18,5; b) peso normal: IMC entre 18,5 y 24,9; c) sobrepeso: IMC entre 25 y 29,9; d) obesidad de grado I: IMC entre 30 y 34,9; e) obesidad de grado II: IMC entre 35 y 39,9, y f) obesidad de grado III: IMC4012⁸⁶.

4.7.4.Obesidad Central

Se consideró obesidad central (OC) a los hombres con un perímetro abdominal ≥ 90 cm y a las mujeres perímetro abdominal ≥ 80 cm⁸⁷.

4.7.5.Diabetes

Se consideró Diabética (DM) a aquella persona que en el momento de ingresar al estudio reconociera tener la condición o estuviese consumiendo hipoglucemiantes orales, o se aplicara insulina, o que tuviera una glicemia en ayunas con valores ≥ 126 mg/dl⁸⁸.

⁸⁵ SÁNCHEZ, Ramiro A, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial [en línea]. Chile: Revista Chilena de Cardiología - Vol. 29 N° 1, 2010. [consultado junio 3 2012], Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>.

⁸⁶ National Heart, Assessment and classification of overweight and obesity. En: Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Bethesda: National Institutes of Health, [en línea] publication N° 98-4083, 1998. [consultado junio 5 201], disponible en internet: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf.

⁸⁷ ALBERTI KG. Et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. [en línea] Circulation. 2009;120(16):1640-1645. [consultado abril 8 2012], Disponible en internet: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2009/10/05/CIRCULATIONAHA.109.192644.short>.

4.7.6. Dislipidemia

Se consideraron con Dislipidemia a las personas que al diligenciar la encuesta refirieron serlo, o estuvieran consumiendo algún medicamento hipolipemiante, o que en el perfil lipídico se les encontró alterado al menos uno de los valores, bien sea el colesterol total, HDL-c, LDL-c, triglicéridos; se consideraron valores alterados, tener un CT ≥ 240 mg/dl, HDL-c < 40 mg/dl, TGs ≥ 200 mg/dl⁸⁹.

4.8. Consideraciones Éticas

Durante el desarrollo de la investigación, se mantuvo la conducta ética, por lo tanto se consideraron los principios éticos básicos de beneficencia - no maleficencia, justicia, autonomía; los residentes de la zona rural de las veredas seleccionadas para el estudio, del municipio de Tarqui, aceptaron de manera libre la participación en la investigación; se les informo sobre los objetivos, tipos de datos, tiempo y duración de la investigación, la forma como se tomarían los datos, los beneficios, garantía de confidencialidad, consentimiento voluntario y derecho a retirarse de la investigación en el momento que así lo dispusieran.

Se tuvo en cuenta la Resolución No. 008430 de 1993⁹⁰, del entonces Ministerio de Salud de Colombia, la cual establece las normas académicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, de la cual se toma el aparte que se refiere a la investigación en seres humanos, en los siguientes artículos:

El Artículo 5, de la mencionada resolución reza: *“En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la*

⁸⁸ Executive summary: standards of medical care in diabetes, 2012 [en línea]. Estados Unidos: *Diabetes Care*. 2012; 35 Suppl 1:S4. [consultado 15 abril 2012], Disponible en Internet: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S4.full.pdf+html.

⁸⁹ Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). [en línea] JAMA, May 16, 2001—Vol 285, No. 19 (Reprinted), article and related content current as of February 28, 2009. [consultado 22 de mayo de 2012], Disponible en internet: www.jama.com at St Jude Children's Research Hosp on February 28, 2009.

⁹⁰ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 (4 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

protección de sus derechos y su bienestar. Por eso no se divulgará su nombre en la investigación y podrá tomar la decisión de retirarse de la misma en el momento que lo desee”.

El Artículo 6. *“La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:*

- a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.*
- b) Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.*
- c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.*
- d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.*
- e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.*
- f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.*
- g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución”.*

Artículo 8: “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”.

En la presente investigación prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos, bienestar, seguridad de los participantes y la definición de los posibles riesgos. En cuanto a la calificación del riesgo, el presente estudio correspondió a un diseño descriptivo, de corte transversal con abordaje cuantitativo y acorde con la Resolución 008430 de 1993, no ocasiona lesión o daño vital ni sufrimiento psicológico, tal como lo estipula el artículo 11, inciso b, que reza:

“Investigación con riesgo mínimo: Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, (...)”.

Dentro de los principios de la bioética⁹¹, se tuvieron en cuenta los principios de:

“beneficencia no maleficencia”, el cual busca maximizar los beneficios y minimizar los daños, por tanto las participantes de la investigación deben conocer los riesgos y los beneficios que alcanzan con su participación en la investigación; se deberá alcanzar que los riesgos sean mínimos asociados a los máximos beneficios que se conseguirán. Se identificará dentro del trabajo de campo las reglas morales, se protegerán y defenderán los derechos de las pacientes, se prevendrá que suceda algún daño, se suprimirá las condiciones que pueda producir perjuicio a otros.

“Justicia” se puede afirmar que lo justo se identifica con lo bueno y lo correcto. Por lo tanto se espera que todas las personas sean beneficiadas con los resultados de la investigación; se tendrá en cuenta la equidad en el trato de todas las personas participantes de este estudio.

“Autonomía”, este principio establece que debe permitirse a los individuos la libertad individual de decidir sus propias acciones, y es esto que el consentimiento informado es de vital importancia. Los participantes tendrán derecho a un trato justo, a la privacidad y confidencialidad de la información dada.

Los participantes de la presente investigación, obtuvieron como beneficio el poder conocer la relación que existe entre el estilo de vida que ellos tienen y la salud cardiovascular, además de recibir asesoría y orientación en aspectos relacionados con la salud cardiovascular en el momento de la entrevista y contribuir al bienestar de otras personas en su misma situación.

⁹¹ ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA. ANEC. Óp., cit., p. 16.

Se incluyó la aplicación del procedimiento de consentimiento informado, que ofrece a los participantes de la investigación, información suficiente para tomar una decisión acerca de los riesgos y beneficios de su participación.

En cuanto a la difusión de los resultados, fueron los participantes del presente estudio, las primeras personas en conocer los resultados del mismo. Se les presentó los resultados a través de una reunión convocada por los miembros de la Junta de Acción Comunal de las veredas donde se realizó el estudio, donde se dieron a conocer los resultados del estudio de forma general y posteriormente de manera individual se les hizo entrega de estos.

Los mecanismos de difusión y socialización de la investigación se realizarán a partir de la presentación de los resultados a los miembros de la Junta de Acción comunal de las zonas rurales, secretaria de salud municipal a la cual pertenecen la comunidad rural donde se realizó la investigación; posteriormente se socializará el estudio en un evento científico. De igual forma se elaborará un artículo original que será publicado en revista indexada.

5. Marco de análisis y discusión.

Para el análisis de la información obtenida se utilizó la estadística descriptiva, la cual permitió reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información obtenida, de manera que fuera significativa y comprensible.⁹² En términos de análisis y para la realización de las respectivas pruebas se tomó un nivel de significancia del 10% (0.01).

En el proceso de análisis se siguieron los siguientes pasos:

- Depuración de la base de datos; en esta etapa se realizó la revisión y verificación de la correcta digitación de la información en la base de datos, para identificar valores atípicos, faltantes o perdidos.
- La información obtenida en los tres instrumentos de recolección: Encuesta prediseñada, resultados de los exámenes de laboratorio e instrumento FANTÁSTICO, se procesaron en el paquete estadístico licenciado SPSS versión 20.
- Análisis descriptivo; En esta etapa se realizó el análisis de la información obtenida en la encuesta prediseñada. Luego se inició el proceso de comparación de los puntajes totales obtenidos sobre el estilo de vida (instrumento FANTASTICO), en la población participante con los datos obtenidos en las pruebas de laboratorios y el examen físico tales como, los niveles de glucosa, triglicéridos, presión arterial, entre otras y sus diferencias por sexo haciendo uso de la prueba no paramétrica U de Mann Withney para diferencia de poblaciones. Se analizó la significancia entre el estilo de vida, el género y el padecimiento de dislipidemia, obesidad central,

⁹² POLIT,, D. , BERNADETTE, H. investigación científica en ciencias de la salud. McGraw- Hill Interamericana, 6 Ed. México 2000, p. 421.

obesidad general e hipertensión arterial por medio del test exacto de Fisher o chi-cuadrado según sea el caso.

- Posteriormente se realizó el análisis de conglomerados se seleccionaron aquellas variables que presentaron correlaciones significativas para ser incluidas de manera que permitió agrupar a los individuos participantes de acuerdo a las características comunes en su estilo de vida.

5.1. Resultados

A partir de los resultados obtenidos se realizará una descripción de cada uno de los pasos.

Depuración de la base:

Al hacer la depuración de la información se encontró que algunas variables tales como; vereda, estado civil y profesión presentaban inconsistencias razón por la cual se revisó la encuesta prediseñada para hacer la verificación correspondiente. Se encontraron 2 valores faltantes en la variable “nivel de escolaridad, los cuales se remplazaron por ninguno debido a que verificar directamente con los informantes no tenían nivel de escolaridad.

En el elemento que mide el uso de drogas se omite el ítem que mide el consumo de marihuana, pasta base, cocaína entre otras sustancias alucinógenas debido a que en ningún caso los individuos sostienen consumirlas y por tanto no aportaba variabilidad en el análisis.

Los exámenes de laboratorio correspondientes a Glucosa, Colesterol Total, Colesterol de Alta densidad y Triglicérido se realizaron a 56 personas debido a que los otros 14 participantes se ausentaron de las veredas en los días de la toma de medición de estos exámenes, en su gran mayoría porque se encontraban trabajando en veredas o municipios diferentes al de su residencia y se les dificultó el desplazamiento hasta el sitio de la toma de muestras de sangre.

Tabla 0-1: Características sociodemográficas – Población rural de 20 a 60 años, de las veredas la potrerillos, La Esperanza y el tablón del corregimiento Poblado de Maito – Tarqui (Huila) 2012.

Variables	Frecuencia	%
Vereda		
El Tablón	37	52,9
La Esperanza	17	24,3
Potreriillo	16	22,9
Genero		
Femenino	43	61,4
Masculino	27	38,6
Escolaridad		
Ninguno	2	2,9
Primaria	48	68,6
Secundaria	19	27,1
Técnico	1	1,4
Estado Civil		
Casado	29	41,4
Soltero	3	4,3
Unión libre	36	51,4
Viudo	2	2,9
Ocupación u oficio		
Agricultor	52	74,3
Ama de casa	18	25,7
Afiliación al SSS		
Ninguno	1	1,5
Subsidiado	69	98,5
Total	70	100,0

Fuente: Bases de datos de ficha sociodemográfica.

La población participante en el estudio tiene una edad mínima de 20 años y máxima de 60 años; el 75% no supera los 47 años y medio de edad. Respecto a la procedencia “veredas”, el 52.9% de las personas proceden de la vereda El Tablón, el 24.3% de la vereda la esperanza y el 22.9% de la vereda Potrerillo. Respecto al género se encontró que el (61.4%) son mujeres, y el 38.6% son hombres, esta relación difiere de las proyecciones Nacionales, Departamentales y Municipales. En cuanto a nivel educativo el 68,6% tiene un nivel de primaria, el 27,1% alcanza el nivel secundario, el 1.4% nivel de técnico y el 2.9% no tiene ningún nivel educativo. En relación al estado civil el 51.4% vive en unión libre, seguido de casados con el 41%. Respecto a la ocupación (74,3%) de la población son agricultores, de estos 25 mujeres se dedican a la agricultura y 18 que corresponde a (25.7%) son amas de casa. El 98.5% de la población está afiliada al SGSSS lo cual es positivo para poder proyectar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con este grupo poblacional.

Artazcoz, L. (2004) cita la Macintyre, S y Hunt, K. (1997), plantean que tanto el género como la clase social son aspectos importantes determinantes del estilo de vida y su relación con la salud se da porque es en función del sexo o de procesos socioeconómicos como las personas como las personas crecen en entornos culturales diferentes con distintos ambientes, valores y oportunidades. Esta concepción pone de manifiesto que los estilos de vida no son conductas individuales sino que dependen del entorno de la persona. De ahí la importancia de estudiarlos en poblaciones rurales.

En cuanto a la presencia de antecedentes personales relacionados con la salud cardiovascular (Diabetes Mellitus, (DM), Hipertensión Arterial (HTA) y Dislipidemia), se encontró que ninguna de las personas encuestadas provenientes de las tres veredas del estudio refiere antecedentes de DM. Sin embargo un 12, 9% tienen antecedentes de Dislipidemia y un 1.4% tiene antecedentes de HTA, aspecto importante a tener en cuenta para hacer la comparación con los resultados de laboratorio clínico y la valoración física y hacer seguimiento para el mantenimiento de su salud.

El estilo de vida fue identificado y caracterizado mediante la aplicación del instrumento FANTASTICO mediante la aplicación individual de cada participante. Los autores del instrumento, para el análisis de los puntajes, toman los puntos de corte en 5 categorías, las cuales se presentan en la tabla 5-2

Tabla 0-2: Categorías del puntaje total del estilo de vida.

Categoría	Puntaje mínimo	Puntaje Máximo
Excelente	85	100
Bueno	70	84
Regular	60	69
Malo	40	59
Existe peligro	<39	

Fuente: Wilson DM, Ciliska D. Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician* 1984; 30: 1527-32.

Al realizar la valoración del estilo de vida de los participantes en el estudio y analizar la información recolectada se encontró que se ubicaron en las categorías especificadas en la Tabla 5-3.

Tabla 0-3: Estratificación del estilo de vida población rural participante del estudio.
Según el instrumento FANTASTICO. 2012

Categoría	Total	%
Bueno	49	70%
Excelente	4	5.70%
Regular	17	21.4%
Malo	2	2.9
Total	70	100.00%

Fuente: Bases de datos de la Investigadora

Para la valoración del estilo de vida de los participantes, es decir el puntaje total obtenido en el cuestionario, se procedió sumando los puntajes de cada ítem y multiplicándolos por dos para obtener los puntajes de la población participante como se presenta en la tabla 5-2, donde se presentan las categorías definidas para la medición del estilo de vida. De acuerdo a los puntajes obtenidos las personas participantes en el estudio se ubicaron así: el 70% en la categoría bueno, el 5.70% en la categoría excelente, el 21.4% en la categoría regular, y el 2.9% en la categoría malo, los que obtuvieron un puntaje entre 56 y 58 respectivamente. Los datos reportados en el estudio de Triviño realizado con adultos de mediana edad y quien uso el mismo instrumento difieren de los encontrados en el presente estudio, encontró que entre el 56,5 y 54.9% tenían un buen estilo de vida, en la categoría excelente se obtuvo un porcentaje de 35.5% y 23.9%, en la categoría de regular tuvo un porcentaje entre 7.8% y 21.1%, no se encontraron personas en la categoría malo.

Es importante destacar que en la categoría ALCOHOL, la respuesta correspondiente a la pregunta “maneja el auto después de beber alcohol” y en la categoría CONDUCCIÓN – TRABAJO, la respuesta correspondiente a la pregunta “Usa siempre el cinturón de seguridad”; se encontró que faltaban el 52.8% y el 78.6% de los datos respectivamente, dado que las respuestas a estos implicaba que el sujeto tuviese un vehículo automotor o se transportaran en auto y dado que es una zona rural, el medio de transporte utilizado por esta población para su desplazamiento es mediante el uso de animales (Caballo, Mula).

Los datos obtenidos en la valoración física (presión arterial, /talla (IMC), perímetro abdominal) y los exámenes de laboratorio, permitió hacer una clasificación de los sujetos participantes en el estudio la cual se plasma en la Tabla 5-4

Tabla 0-4: Proporción de personas con Diabetes, Dislipidemia, Hipertensión Arterial, obesidad Central, Sobrepeso y Obesidad, según reportes de exámenes de laboratorio y valoración física.

		Genero	
		Mujeres	Hombres
		%	%
Diabetes		0%	0%
Dislipidemia	No	55,60%	42,90%
	Si	44,40%	57,10%
Presión Arterial	Hipertensión Grado 1	2,86%	1,43%
	Hipertensión Grado 3	1,43%	0,00%
	Normal	10,00%	10,00%
	Normal Alta	5,71%	1,43%
	Optima	41,43%	25,71%
Perímetro Abdominal	Normal	8,86%	26,58%
	Obesidad	45,57%	7,59%
IMC	Normal	25,71%	25,71%
	Sobrepeso	21,43%	12,86%
	Obesidad T1	12,86%	0,00%
	Obesidad T2	1,43%	0,00%

Fuente: Bases de datos de la Investigadora

En la tabla anterior se sistematizaron los datos resultados de la valoración física como de los exámenes de laboratorio, según el género, lo que permite ubicar la proporción de hombres 57,10%, y mujeres 44,40% con dislipidemia, datos diferentes a los repostados en antecedentes para esta misma categoría; en cuanto a hipertensión arterial el 2.86% de las mujeres y el 1.43% de los hombres, se ubicaron en hipertensión grado 1 y solo el 1.43% de las mujeres se encuentran con hipertensión grado 3. Respecto a la obesidad, medida en relación con el perímetro abdominal se encontró que el 45.57% de las mujeres y el 7.59% de los hombres la presentaban. De acuerdo al indicador IMC se encontró que el 21.43% de las mujeres se encontraban en sobrepeso, mientras que 12.86% de los hombres estaban en sobrepeso. En relación con obesidad T1 y T2 se encontró que solo se presentó en las mujeres con un 12.86% y 1,43%. Respectivamente.

Los anteriores datos se constituyen en elementos importantes para poder proyectar programas de promoción de la salud y seguimiento a quienes presentan alteraciones en la salud cardiovascular, obtenida mediante el examen físico.

Respecto a la proporción de obesidad central entre hombres y mujeres, se encontró que el género femenino es más propenso a sufrir de esta obesidad, con un 45.57%, mientras que en los hombres se encontró un 7.59% de obesidad central; al aplicar el test exacto de Fisher para la comparación de proporciones se concluye que esta diferencia es significativa y por lo tanto las mujeres son más propensas a padecer sobrepeso (21,43%) y obesidad Tipo 1 (12.86%); lo cual es de esperarse dado que se encontró diferencia significativa entre el género y la obesidad general por medio del coeficiente de asociación, evidenciando que las mujeres son quienes más padecen de obesidad y además es de notar que aproximadamente el 14.3% de las mujeres de la población padece de obesidad tipo I o II. En el caso de la presión arterial, se encontró que el 41.43% de las mujeres tienen una presión arterial optima; ninguno de los hombres padece hipertensión grado 3 y tan solo el 1.43% de estos padece hipertensión grado I, además el coeficiente de asociación, evidencia que no existe relación entre el tipo de hipertensión y el género, es decir que la clasificación de la hipertensión arterial es independiente del genero del individuo. En cuanto a la dislipidemia, se observan proporciones similares entre hombres y mujeres, al aplicar el test exacto de Fisher se encontró que estas diferencias no son significativas, lo cual evidencia que el padecimiento de dislipidemia es independiente del sexo de la persona.

Es importante destacar que tomando como referencia los datos reportados por el laboratorio para D. M., así como para dislipidemia en la población de estudio no se encontraron personas con alteraciones en la glicemia que permitiera clasificarlos como diabéticos. Se encontró que la proporción de mujeres con niveles altos de colesterol es mayor que la de los hombres, pero en general se encontró mayor dislipidemia en los hombres (57.10%), respecto a las mujeres (44,40%).

Posteriormente los datos obtenidos en la valoración física (presión arterial, /talla (IMC), perímetro abdominal) y exámenes de laboratorio, se analizaron de acuerdo con la valoración obtenida según las categorías establecidas para el estilo de vida, en el instrumento fantástico obteniéndose los resultados que se encuentran en la Tabla 5-5

Tabla 0-5: Dislipidemia. Hipertensión Arterial y Obesidad, según estilo de vida.

		Puntaje Fantástico			Total
		Bueno	Excelente	Regular	
Padece Dislipidemia	Si	33,33%	5,26%	12,28%	50,88%
	No	31,58%	1,75%	15,79%	49,12%
Total		64,91%	7,02%	28,07%	
Presión Arterial	Hipertensión G1	4,29%	0,00%	0,00%	4,29%
	Hipertensión G3	0,00%	0,00%	1,43%	1,43%
	Normal	17,14%	1,43%	1,43%	20,00%
	Normal Alta	2,86%	1,43%	2,86%	7,14%
	Optima	45,71%	2,86%	18,57%	67,14%
Total		70,00%	5,71%	24,29%	
Perímetro abdominal	Normal	30,00%	0,00%	10,00%	40,00%
	Obesidad central	40,00%	5,71%	14,29%	60,00%
Total		70,00%	5,71%	24,29%	
IMC	Normal	38,57%	1,43%	11,43%	51,43%
	Obesidad T1	8,57%	1,43%	2,86%	12,86%
	Obesidad T2	1,43%	0,00%	0,00%	1,43%
	Sobrepeso	21,43%	2,86%	10,00%	34,29%
Total		70,00%	5,71%	24,29%	

Fuente: Bases de datos de la Investigadora

En la población de estudio se encontró en general que el 50.88% de los sujetos padecen dislipidemia y aproximadamente el 60% del total de la población padecen de obesidad central, lo cual se puede considerar como predisponente para ECV. Es importante resaltar que las personas que se encuentran clasificadas en el grupo correspondiente a un excelente estilo de vida, el 100%, padecen de obesidad central y tan solo el 25.08% no padecen de obesidad general.

Respecto a las personas que se les realizaron los exámenes de laboratorio, correspondió al 81, 43 % de la población total del estudio, se encontró que el 7,02% lleva un excelente estilo de vida y de estos el 5,26% son dislipidémicos, además sus cifras de presión arterial se encuentran entre optima y normal, lo cual evidencia que su salud cardiovascular podría verse afectada, si no modifican su estilo de vida y practicas relacionadas con alimentación; para conseguir la modificación de los estilos de vida, desde la teoría de Bandura, es necesario tener en cuenta que los procesos de

imitación y modelado de la conducta de los padres, amigos, pares y profesores influyen en el aprendizaje del estilo de vida; lo cual es factible de implementarse a través de estrategias educativas para este tipo de poblaciones.

En ninguno de los casos se encontró una asociación significativa entre el puntaje del estilo de vida y la obesidad general, obesidad central, dislipidemia o hipertensión arterial, lo cual evidencia que la forma de medición del estilo de vida a través del instrumento “FANTÁSTICO” y su relación con la salud cardiovascular se constituye en un instrumento de tamizaje que permite orientar las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detectar de manera temprana las personas vulnerables hacia estas patologías.

Al comparar el puntaje total del estilo de vida con resultados de la valoración física y exámenes de laboratorio, se obtuvieron los siguientes datos que se muestran en la tabla 5-6.

Tabla 0-6: Resumen estadístico de las variables de valoración física y exámenes de laboratorio, respecto a las categorías del estilo de vida, derivadas del instrumento fantástico

Variables		Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	Regular	43,35	12,74	20,00	60,00
	Bueno	34,76	10,79	20,00	59,00
	Excelente	36,75	9,18	29,00	50,00
Perímetro abdominal (CM)	Regular	91,26	11,94	73,50	117,00
	Bueno	88,82	11,11	71,00	128,00
	Excelente	89,13	6,06	85,00	98,00
Índice de Masa corporal IMC	Regular	25,80	4,13	18,22	34,97
	Bueno	25,30	3,95	18,86	37,84
	Excelente	27,13	2,47	24,24	30,26
Glucosa	Regular	75,07	8,12	63,70	94,10
	Bueno	74,59	9,68	52,30	98,20
	Excelente	77,43	11,76	64,50	87,50
Colesterol Total	Regular	185,42	24,90	148,10	235,20
	Bueno	179,29	34,42	104,90	254,00
	Excelente	139,37	13,12	127,40	153,40

Variables		Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Triglicéridos TGS	Regular	187,36	96,62	101,20	491,60
	Bueno	178,19	69,24	96,40	421,80
	Excelente	292,57	180,77	149,10	495,60
Presión arterial sistólica	Regular	113,5294	14,87077	90,00	150,00
	Bueno	107,6531	15,71564	70,00	140,00
	Excelente	117,5000	9,57427	110,00	130,00
Presión arterial diastólica	Regular	73,8235	11,92809	60,00	110,00
	Bueno	69,7959	10,40629	50,00	90,00
	Excelente	75,0000	5,77350	70,00	80,00
	Total	71,0714	10,66257	50,00	110,00

Fuente: base de datos de la investigadora.

Al comparar el puntaje total del estilo de vida con resultados de la valoración física y exámenes de laboratorio, se realizó análisis descriptivo utilizando promedio, la desviación estándar, el mínimo y el máximo de valores para examen físico, y edad, por nivel de estilo de vida según el puntaje total del cuestionario FANTÁSTICO; mediante este análisis, para la población de estudio no existe diferencia entre las categorías del puntaje de estilo de vida y la edad, el perímetro abdominal, el índice de masa corporal (IMC), los niveles de glucosa, de colesterol total, de colesterol de alta densidad, de triglicéridos y la presión arterial tanto sistólica como diastólica.

En relación con la edad se encontró que quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 43,35 años, con una desviación estándar de 12,74 y con un mínimo de 20 y un máximo de 60; los de la categoría de bueno, la media estaba en 34,76, con una desviación estándar de 10,79 y con un mínimo de 20 y un máximo de 59 y los de la categoría excelente, la media estaba en 36,75, con una desviación estándar de 9,18 y con un mínimo de 29 y un máximo de 50. En relación con el perímetro abdominal, se encontró que quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 91,26 cm, con una desviación estándar de 11,94 y con un mínimo de 73 y un máximo de 117; los de la categoría de bueno, la media estaba en 88,82 cm, con una desviación estándar de 11,11 y con un mínimo de 71 y un máximo de 128 y los de la categoría excelente, la media estaba en 89,13, con una desviación estándar de 6,06 y con un mínimo de 85 y un máximo de 98.

Respecto al IMC se encontró que quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 25,80 con una desviación estándar de 4,13 y con un mínimo de 18,22 y un máximo de 34,97; los de la categoría de bueno, la media estaba en 25,30

con una desviación estándar de 3,95 y con un mínimo de 18,86 y un máximo de 37,84 y los de la categoría excelente, la media estaba en 27,13 con una desviación estándar de 2,47 y con un mínimo de 24,24 y un máximo de 30,26. En cuanto a los niveles de glucosa en sangre se encontró que quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 75,07 mg/dl, con una desviación estándar de 8,12 y con un mínimo de 63 y un máximo de 94,10; los de la categoría de bueno, la media estaba en 74,59 md/dl con una desviación estándar de 9,68 y con un mínimo de 52 y un máximo de 98 y los de la categoría excelente, la media estaba en 77,43 con una desviación estándar de 11,76 y con un mínimo de 64,50 y un máximo de 87,50. En lo referente al colesterol total se encontró que quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 185,42 mg/dl, con una desviación estándar de 24,90 y con un mínimo de 148 y un máximo de 235; los de la categoría de bueno, la media estaba en 179,29 mg/dl con una desviación estándar de 34,42 y con un mínimo de 104 y un máximo de 254 y los de la categoría excelente, la media estaba en 139,37 con una desviación estándar de 13,12 y con un mínimo de 127,40 y un máximo de 153,40.

En relación con los triglicéridos se encontró que quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 187,36 mg/dl, con una desviación estándar de 96,62 y con un mínimo de 101,20 y un máximo de 491; los de la categoría de bueno, la media estaba en 178,19 mg/dl, con una desviación estándar de 69,24 y con un mínimo de 96,40 y un máximo de 421 y los de la categoría excelente, la media estaba en 292,57, con una desviación estándar de 180,77 y con un mínimo de 149,10 y un máximo de 495.

Finalmente en relación con la presión arterial se encontró que la presión sistólica de quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 113,5294 mmHg, con una desviación estándar de 14,87077 y con un mínimo de 90 y un máximo de 150; los de la categoría de bueno, la media estaba en 107,6531 mmHg con una desviación estándar de 15,71564 y con un mínimo de 70 y un máximo de 140 y los de la categoría excelente, la media estaba en 117,5000 mmHg con una desviación estándar de 9,57427 y con un mínimo de 110 y un máximo de 130 y en la presión arterial diastólica se encontró que quienes se ubicaron en la categoría de estilo de vida regular, la media estaba en 73,8235 mmHg, con una desviación estándar de 11.92809 y con un mínimo de 60 y un máximo de 110; los de la categoría de bueno, la media estaba en 69,7959 con una desviación estándar de 10.40629 y con un mínimo de 50 y un máximo de 90 y los de la categoría excelente, la media estaba en 75,0000, con una desviación estándar de 10,66257 y con un mínimo de 50 y un máximo de 110.

Se puede apreciar como se dijo anteriormente que al comparar el puntaje total del estilo de vida con resultados de la valoración física y exámenes de laboratorio, no existe diferencia entre las categorías del puntaje de estilo de vida y lo encontrado en las

mediciones antropométricas y bioquímicas; se esperaba que quienes obtuvieron puntaje total del cuestionario FANTÁSTICO como excelente, se viera reflejado en las pruebas bioquímicas y en las medidas antropométricas, situación que no se dio.

Luego se realizó la comparación por género de las pruebas paramétricas y pruebas bioquímicas las cuales se muestran en la (tabla 5-7)

Tabla 0-7: Resumen estadístico de las variables de valoración física y exámenes de laboratorio respecto a la comparación de medias por género.

Variables	Genero										Prueba U de Mann Withney (Valor p)
	Femenino					Masculino					
	Media	Máximo	Mediana	Mínimo	Desviación estándar	Media	Máximo	Mediana	Mínimo	Desviación estándar	
Edad	38,028	60,000	35,500	20,000	12,589	38,143	59,000	35,000	20,000	11,231	0,934
Perímetro abdominal (CM)	92,111	128,000	89,000	73,500	12,056	87,214	103,000	84,500	71,000	8,457	0,552
Índice de Masa corporal IMC	26,165	37,840	25,730	18,222	4,599	24,473	29,383	24,387	20,783	2,356	0,152
Glucosa	75,275	98,200	72,200	63,900	9,640	74,171	87,800	76,400	52,300	8,701	0,947
Colesterol Total	186,528	254,000	190,050	104,900	34,211	172,167	244,200	156,900	139,700	26,539	0,087
Colesterol de alta densidad	45,723	68,900	46,700	25,900	9,353	42,929	61,100	45,600	27,400	8,509	0,191
Triglicéridos TGS	183,264	495,600	161,150	98,900	85,169	192,390	491,600	169,800	96,400	89,360	0,597
Presión arterial sistólica	107,083	150,000	110,000	70,000	19,063	114,286	140,000	110,000	100,000	9,122	0,099
Presión arterial diastólica	70,417	110,000	70,000	50,000	12,500	72,619	90,000	70,000	60,000	9,168	0,435
Puntaje total estilo de vida	72,833	88,000	74,000	56,000	7,847	75,333	92,000	74,000	60,000	9,281	0,430

Fuente: Bases de datos de la Investigadora

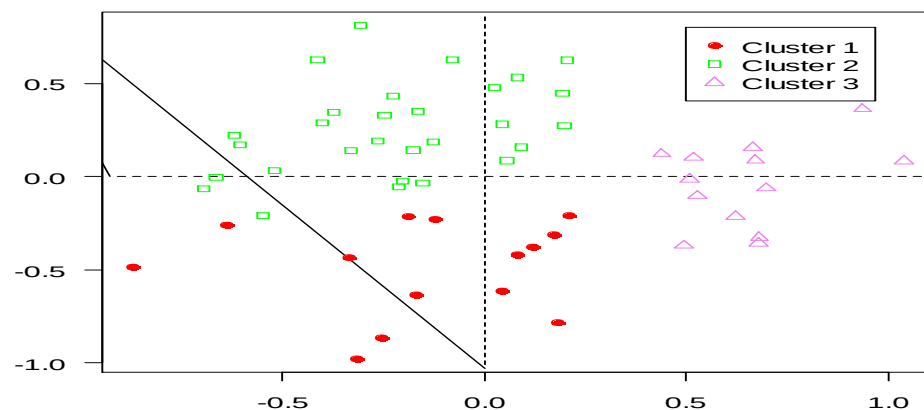
Para la comparación de la población por género se realizó la prueba no paramétrica “U de Mann Withney”, tomando como diferencias significativas aquellas que tengan un valor p menor a un nivel de significancia del 10% (0.1) de esta forma se encontró que la presión arterial sistólica es mayor en el género masculino que el femenino y que las mujeres tienen colesterol más alto que los hombres; por otra parte, la edad, el perímetro

abdominal, los niveles de glucosa, el colesterol de alta densidad, los niveles de triglicéridos y el puntaje de estilo de vida no presentan diferencia significativa por género.

Análisis de conglomerados

Para dar mayor utilidad a la información obtenida se realizó análisis de conglomerados, en el cual se incluyen aquellas variables que evidenciaron una relación significativa en la descripción del estilo de vida del área de estudio. Para la clasificación se usaron los primeros 8 ejes de un análisis de correspondencias múltiples (ACM) de tal forma que en los tres clúster se logra explicar el 78.16 % de la varianza total acumulada. Para este análisis se incluyeron todas las personas que contestaron correctamente el cuestionario y además tenían sus exámenes de laboratorio completos, correspondiendo a un total de 56 informantes del estudio. En la gráfica 5-1 se observan los primeros dos ejes del ACM usados para la clasificación y su distribución de individuos por clase, en él se puede observar que el clúster 3 se compone de menos individuos y se encuentra un poco más alejado de los demás.

Gráfica 0-1: Distribución de los conglomerados según ACM



Fuente: Base de datos del estudio.

Clúster 1:

Está conformado por 14 personas que corresponden al 25% de la población que participo en el estudio, los que se caracterizan por ser personas cuyo estilo de vida,

corresponde a una nutrición balanceada, no consumen grasas, azúcares, sales o comida chatarra en exceso. Son además personas que ocasionalmente se sienten enojados y se encuentran entre la población que no padece de dislipidemia. (Tabla 5-8).

Tabla 0-8: Variables significativas en clúster 1

Variable	Test de significancia (Valor-P)
Nutrición: Alimentación balanceada nivel medio	0.018
Nutrición: No consumo de grasas, azúcares, comida chatarra	0.004
Nutrición: Peso ideal	0.010
Tipo de personalidad: En ocasiones se siente enojado o agresivo	0.003
No padecen Dislipidemia	0.0001

Fuente: Bases de datos de la Investigadora

Clúster 2:

Está conformado por 29 personas, los cuales representan el 51.8% de la población, se caracterizan por que en su vida cotidiana, beben más de cuatro tragos en una misma ocasión sin embargo son personas que casi siempre se sienten capaces de manejar situaciones de estrés o tensión y su relación con familiares y amigos es óptima, esta situación refleja que en la población de estudio el beber representa un acto socialmente aceptado y permite establecer mejores relaciones con su entorno y un estilo de vida más tranquilo no obstante también son personas que se encuentran pasados más de 8 kilos de su peso ideal y padecen dislipidemia, lo cual refleja que pese a llevar un estilo de vida ameno su salud cardiovascular se ve afectada por su propensión al consumo de alcohol dado que la mayoría padece dislipidemia. (Tabla 5-9).

Tabla 0-9: Variables significativas en clúster 2

Variables	Test de significancia (Valor-P)
Sueño y estrés: Maneja situaciones de tensión	0.015
Alcohol: Bebe más de cuatro tragos por ocasión	0.016
Alcohol: Ocasionalmente bebe más de cuatro tragos por ocasión	0.012
Tipo de personalidad: Casi nunca se siente enojado	0.007
Hipertensión normal	0.007
Nutrición: A veces se alimenta de forma balanceada	0.004
Familia y amigos: Habla con familiares y amigos	0.003
Nutrición: Pasado de su peso ideal en más de 8 kilos	0.002
Padecen de dislipidemia	0.001

Fuente: Bases de datos de la Investigadora

Clúster 3:

Esta clase se encuentra conformada por 13 personas que representan aproximadamente el 23.21% de la población, se caracterizan por ser personas que ocasionalmente se relacionan con sus familiares y amigos y se sienten tensos además son personas que a veces no duermen bien, sin embargo no beben y no fuman pero padecen de obesidad. En este grupo la mayoría son mujeres. (Tabla 5-10).

Tabla 0-10: Variables significativas en clúster 3

Variables	Test de significancia (Valor-P)
Familia y amigos: Ocasionalmente hablan con familiares y amigos	0.019
Introspección: Ocasionalmente se siente tenso	0.006
Sueño y estrés: A veces no duerme bien	0.001
Alcohol: Casi nunca bebe más de cuatro tragos por ocasión	0.0001
Tabaco: No fuma ningún cigarrillo al día	0.0001
Género: Femenino	0.0001
Padece obesidad	0.0001

Fuente: Bases de datos de la Investigadora

Es de resaltar que en el Clúster 1, el 25% de la población, son personas cuyo estilo de vida, corresponde a una nutrición balanceada, no consumen grasas, azúcares, sales o comida chatarra en exceso. Son además personas que ocasionalmente se sienten enojados y se encuentran entre la población que no padece de Dislipidemia; sin

embargo, en el **Clúster 2** el 51.8% de la población, se caracterizan por que en su vida cotidiana, beben más de cuatro tragos en una misma ocasión, son personas que casi siempre se sienten capaces de manejar situaciones de estrés o tensión y su relación con familiares y amigos es óptima; también son personas que se encuentran pasados más de 8 kilos de su peso ideal y padecen Dislipidemia. **En el Clúster 3**, el 23.21% de la población, se caracterizan por ser personas que ocasionalmente se relacionan con sus familiares y amigos y se sienten tensos además son personas que a veces no duermen bien, sin embargo no beben y no fuman pero padecen de obesidad. Es decir el 75.01% de la población tienen problemas de salud relacionados con la salud cardiovascular, lo cual amerita intervenciones por parte del sistema de salud, el cual hace parte del contexto para el desarrollo de los estilos de vida como lo planteado por Bronfenbrenner en la **Teoría Ecológica del Desarrollo** del marco teórico.

Con el fin de complementar este análisis se calcula el coeficiente de correlación de Spearman para cada par de variables en el estudio que cumplan con la condición de ser al menos de escala ordinal y no se ve afectada por las unidades de medida debido a que su cálculo es con base a rangos. La matriz de correlación de Spearman se muestra en el anexo H, junto con un test de significancia en cada caso. A partir de la matriz de correlaciones se puede observar que aquellas personas que sostienen no fumar en general tampoco beben pues su coeficiente de correlación es positiva y significativa, sin embargo quienes beben y fuman se relacionan mejor con sus familiares y amigos pues su correlación es en sentido opuesto, lo cual indica que estas actividades se realizan en eventos sociales.

Por otro lado quienes tienen una vida social más activa se sienten menos tensos o deprimidos y más satisfechos con su trabajo, para estos ítems se evidencia correlación positiva y significativa. Aquellas personas con un mayor grado de hipertensión, sostienen beber más de cuatro tragos ocasionalmente y sus niveles de glucosa son más altos que aquellos que los que no beben. Debe tenerse en cuenta que la clasificación de la hipertensión se realizó puntuando de 0 a 5, donde 5 representa aquellos individuos cuya presión óptima y cero aquellos que tienen hipertensión en tercer grado.

Las personas que realizan actividad física son más conscientes de sus hábitos alimenticios y son menos propensos a auto medicarse, lo que puede observarse en el anexo H, donde se evidencia una correlación positiva en ambos ítem. En general la mayor parte de las correlaciones por pares de variable son poco significativas lo cual evidencia falencias en el cuestionario para contrastar el estilo de vida con la salud cardiovascular del individuo, sin embargo este resultado era esperado dado que como se ha venido exponiendo se presenta también en otras poblaciones.

5.2. Discusión

El objetivo de este estudio fue describir el estilo de vida y su relación con la salud cardiovascular de la población entre 20 y 60 años, de las veredas: Potrerillo, La Esperanza y el Tablón, del corregimiento de Maito, municipio de Tarqui (Huila).

Los estilos de vida están ligados a varios problemas importantes de salud, los cuales a su vez se relacionan con los denominados factores de riesgo para las ECV; Figueiredo y Rebollo (2003), manifiestan que los cambios socioeconómicos y culturales, los numerosos avances tecnológicos han influido en los nuevos estilos de vida en la población. Coincidiendo con Howley y Frank (1995) quienes señalan que los avances de la tecnología de una parte ha contribuido a una mejora en los niveles de vida de las personas, pero por otra parte han propiciado una serie de riesgos para la salud, debido a que la tecnología ha incorporado nuevos conceptos de confort y bienestar, modificando el estilo de vida de los individuos, lo cual necesariamente lleva a mejorar la calidad de vida a largo plazo; dicho sea entonces que el estilo de vida de las personas influye en gran forma en la percepción de la salud y la enfermedad que tienen los individuos, de allí la importancia que los trabajadores de la salud y específicamente enfermería desde la Atención Primaria en Salud, los identifique y proponga estrategias de intervención en el caso de ser necesario.

Se esperaría entonces que quienes tengan un excelente o buen estilo de vida, este se relacione directamente con su estado de salud; sin embargo al medir “el estilo de vida”, existe la limitante de la subjetividad, situación que también fue planteada por Triviño y Col (2009); se esperaría entonces que la población del estudio que obtuvo según el cuestionario FANTASTICO un excelente estilo de vida, fuera consistente con un

excelente estado de salud cardiovascular, pero se encontró que el 100% de esta población, ubicada en esta categoría padece de obesidad general y el 74.9% padece de obesidad central (Tabla 5-5).

En la presente investigación, según la estratificación del estilo de vida dado por los autores del cuestionario, el 70% de la población estudiada, se encuentra en el estrato de estilo de vida calificado como “Bueno”; el 21.4%, en la calificación de regular; el 5.7% y 2,9% en la calificación de “malo”.

En la calificación de “excelente”; el puntaje de estilo de vida no presentan diferencia significativa por género (Tabla 5-7), pero si se encontraron diferencias en las medidas antropométricas y los resultados de laboratorio; mientras que en el estudio de Triviño y Col, (2009), que usaron el mismo instrumento para medir estilo de vida, en población de mediana edad se encontró que el grupo que se ubicó en estilo de vida bueno con puntajes entre 56.5% y 54.9%, en el grupo de excelente se ubicó entre el 35.5% y el 23,9% y en la categoría regular se ubicaron entre el 21.1 y el 7.8%%, diferencias que puede darse por la procedencia de los participantes, el tipo de trabajo que realizan. Muy contrario a los resultados de la presente investigación, fueron los resultados del estudio realizado en Brasil, por Rodríguez (2008), donde trabajaron con 64 sujetos saludables y encontraron que 21% presentaban mal estilo de vida, 61% regular estilo de vida y el 18% restante mostraban excelente estilo de vida.

Respecto del análisis de la pruebas bioquímicas perfil lipídico, se encontró que la proporción de mujeres con niveles altos de colesterol es mayor que la de los hombres, pero en general se encontró mayor dislipidemia en los hombres, respecto a las mujeres, con un 57.10%; resultados que son diferentes a los reportados en el estudio de Triviño y col (2009), donde la evaluación del perfil lipídico mostró que los hombres presentaban mayores niveles de triglicéridos (150 mg/ dL) que las mujeres; cifras que deben tenerse en cuenta, pues se sabe que a partir de los 30 años de edad, estas alteraciones se asocian con EVC y que la prevalencia es mayor en los hombres, Rodríguez (2003).

El análisis general de las pruebas bioquímicas y los parámetros antropométricos mostraron dislipidemia (49.12%), obesidad central (60%) y obesidad general: obesidad tipo I, II- sobrepeso (48.57%); la presencia de estos se constituyen en factores de riesgo

para las ECV, en la población rural, obliga a revisar y hacer seguimiento para determinar, los elementos que han contribuido a la presencia de dichos factores de riesgo propios de áreas urbanas, donde el estilo de vida en teoría difiere del área rural y de esta manera prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades cardiovasculares relacionadas con estos factores de riesgo. En este mismo análisis, no se encontraron personas con alteraciones en la glicemia que permitiera clasificarlos como diabéticos; en el estudio de Ferreyra (2007), sobre detección de factores de riesgo cardiovascular en una población rural del estado de Michoacán; se encontró que fue importante la prevalencia de sobrepeso, tabaquismo, hipertensión, diabetes, dislipidemia y síndrome metabólico. Igualmente otros estudios realizados en América Latina, revelan una tasa de prevalencia de sobrepeso, obesidad, dislipidemia y síndrome metabólico: (Lanas, F. et al. 2007, Pérez, Noriega, 2007. Citados por Mellado- Sampedro, M. T., 2011); situaciones que pueden ser prevenibles y modificadas con cambios en el estilo de vida, como lo demostró el estudio INTERHEART de América Latina(Lanas, F., 2007), donde el ejercicio físico y el consumo de frutas y vegetales se constituían en conductas saludables que disminuían el riesgo de IAM.

En este estudio la población presentó en el análisis general de las pruebas bioquímicas y los parámetros antropométricos dislipidemia en un (49.12%), obesidad central en un(60%) y obesidad general: obesidad tipo I, II- sobrepeso en un (48.57%); ésta situación requiere que los servicios de salud y los profesionales de la salud implementen estrategias que les permitan enfrentar esta problemática generando los impactos esperados, las cuales pueden ser realizadas mediante la estrategia APS, la cual se materializa en el primer nivel de atención, constituye el eje y la puerta de entrada al sistema de salud.

Una vez identificado el estilo de vida de la población rural objeto de estudio y su relación con la salud cardiovascular, es importante que los profesionales de la salud y específicamente los profesionales de enfermería establezcan y proyecten acciones relacionadas con la promoción de la salud y la prevención de las ECV, para que respondan con las condiciones de salud reales de este grupo poblacional. El aumento de la esperanza de vida de las personas constituye un avance de la salud pública y al mismo tiempo un proceso que conlleva al incremento del riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad, como las ocasionadas por enfermedades

cerebro vasculares, ocasionados por problemas de la hipertensión arterial, dislipidemias, obesidad, las cuales pueden controlarse y tratarse.

Es importante que se establezcan de manera oportuna las estrategias que permitan impulsar políticas públicas saludables en este tipo de población, quienes por su trabajo, prácticas de salud y comportamientos no acuden de manera temprana y periódica a los servicios de salud, a pesar de pertenecer al sistema.

La autora de este estudio piensa que en la medida que se fortalezca la preparación de profesionales de enfermería en el área de salud cardiovascular a nivel clínico, investigativo se tendrán fortalezas que redunden en beneficio de la disciplina de enfermería y de la población en general.

6. Conclusiones y recomendaciones

6.1. Conclusiones

En el área rural de estudio se pudo establecer que la mayoría de sus habitantes no superan un nivel de escolaridad secundario, son agricultores y tienen una pareja estable ya sea casado o en unión libre, además a excepción de un habitante todos tienen acceso a la seguridad social. En cuanto a los antecedentes de enfermedades cardiovasculares el 12,9% de la población manifestó tener antecedentes de Dislipidemia y un 1.4% tiene de HTA.

La presencia del sexo femenino con un 61.4% donde el 58 % desarrolla actividades agrícolas, responde al fenómeno denominado por Kay, C, (2002) “feminización de la agricultura” dado por las crisis económicas campesinas, a la participación de la mujer como jefe de hogar y donde las mujeres proporcionan una mano de obra con poca protección laboral y condiciones de trabajo que no son las mas favorables.

Según la estratificación del estilo de vida dado por los autores del cuestionario, el 70% de la población estudiada, se encuentra en el estrato de estilo de vida calificado como “Bueno”; el 21.4%, en la calificación de regular; el 5.7%, en la calificación de “excelente” y 2,9 en la calificación de “malo”.

En el estudio se encontró que no existe relación entre el tipo de hipertensión y el género, es decir que la clasificación de la hipertensión arterial es independiente del genero del individuo.

La salud cardiovascular de los sujetos del área de estudio no evidencia un estilo de vida en particular, sin embargo se encontró que aquellas personas cuya salud cardiovascular se encuentra comprometida, obtuvieron mejores puntajes en la categoría nutrición del cuestionario, es decir que se preocupan más por tener una alimentación balanceada e ingerir menos cantidades de azúcares, sales, grasas y comida chatarra.

Es importante destacar que los puntajes obtenidos en el estilo de vida de los participantes no es consistente con lo reportado en la valoración física y los exámenes diagnósticos. Lo cual implica la importancia de hacer programas para hacer detección temprana de las personas con alteraciones en su salud cardiovascular, con el propósito de minimizar los riesgos.

El estilo de vida está relacionado con el fomento de conductas, comportamientos y prácticas de salud que se expresan en la vida cotidiana y pueden ser beneficiosas o perjudiciales para la salud para el caso la cardiovascular, (dislipidemia, obesidad).

El mejorar los estilos de vida de las comunidades implica procesos e sensibilización, motivación, información y educación para la salud con participación de los diferentes actores de manera que se logre compromiso de las personas involucradas en el mantenimiento de su salud mediante el desarrollo de conductas saludables.

Los datos obtenidos permiten tener una primera aproximación al estado de la salud cardiovascular de una parte de la población rural del municipio, teniendo en cuenta la importancia que esta tiene dentro de la población general del municipio, sería importante realizar otros estudios que permitieran tener un perfil sobre la salud de estas personas más cercano a la realidad. Con el fin de orientar a la política de salud del municipio y a los profesionales de la salud para adaptar de manera más efectiva las acciones en salud acorde a las circunstancias y que permitan alcanzar un estilo de vida más sano.

La información obtenida evidencia que existe en la población personas que cuentan con factores protectores para la salud, así como personas que tienen factores que se constituyen en amenaza para la salud cardiovascular como la obesidad, la cual se constituye en un elemento importante que en conjunto con el sobrepeso son considerados factores de riesgo predisponentes o de hábito de vida. Y la dislipidemia como un factor de riesgo mayor o independiente.

La población femenina del área presenta niveles de colesterol total superiores a la población masculina, mientras que los demás pruebas de química sanguínea realizada a los participantes del estudio no presentaron diferencias significativas de género.

El beber alcohol y fumar hace parte de sus actividades sociales, por tanto quienes lo hacen tienen mejores relaciones con sus familiares y amigos y se sienten menos estresados y más satisfechos con su trabajo, sin embargo estos estilos de vida, se ven reflejados en la salud cardiovascular y estos sujetos son más propensos a la obesidad y a tener mayores niveles de triglicéridos.

Los datos encontrados en el estudio guardan coincidencia con los reportados como factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular en el contexto colombiano (38% aumento del colesterol, 33 % aumento de triglicéridos y 25% de obesidad, aspectos significativos que ameritan desarrollar estrategias que desarrollen las capacidades de las comunidades, que las lleve a impulsar una nueva cultura que le de verdadera importancia a la salud desde edades tempranas.

Existe consenso que en que los estilos de vida influyen de manera fundamental en los procesos salud enfermedad por lo que se considera fundamental su identificación.

El instrumento FANTASTICO utilizado para describir el estilo de vida de los habitantes es un punto de partida para la caracterización de poblaciones rurales aparentemente sanas, con el propósito de iniciar de manera temprana acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad mediante una propuesta que contribuya a una vida saludable.

Este estudio aporta a la revisión del instrumento, para este tipo de poblaciones y se constituye en un punto de partida para la retroalimentación del instrumento, debido a que la objetividad en la medición se constituye en una primera limitante por la vulnerabilidad y movilidad de estos grupos poblacionales.

6.2. Recomendaciones

Este estudio plantea la base para continuar dentro de la línea de investigación «Cuidado de enfermería para la salud cardiovascular» de la facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con otros en la misma temática en los cuales exista una evidencia con mayor sensibilidad y especificidad de los estilos de vida de la población rural y la salud cardiovascular.

Es importante incidir de manera temprana sobre el estilo de vida de la población rural, por ser considerados los responsables del 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebro vasculares, lo que posteriormente lleva a la incapacidad en detrimento de la calidad de vida de las personas que la padecen y de sus familias.

Es necesario hacer otros estudios que permitan mediciones del estilo de vida, utilizando otros instrumentos que permitan establecer comparaciones, puesto que los datos obtenidos se constituyen en una línea de base que aporta la información obtenida a las autoridades locales para retroalimentar el Plan Local de Salud con el propósito de establecer líneas de acción que sustenten las estrategias de promoción de salud y prevención de la enfermedad, las cuales contribuyen a modificar la conducta de los individuos en beneficio de su salud.

Se propone realizar mediciones en poblaciones similares con el cuestionario Fantástico ya que puede ser considerado como un instrumento de tamizaje para detectar de manera temprana problemas de salud en estas poblaciones.

Planear y realizar seguimiento y programas educativos que respondan a las necesidades de las personas que participaron del estudio donde se tenga en cuenta las estrategias para el cambio de los estilos de vida relacionados con la salud cardiovascular, a partir de la información obtenida

Para próximos estudios en población rural, hacer ajustes al instrumento FANTASTICO en las preguntas relacionadas con “maneja el auto después de beber alcohol” y “Usa

siempre el cinturón de seguridad”, ya que la población rural en su mayoría no tiene auto, para desplazarse como se mencionó anteriormente, utilizan animales o motocicleta.

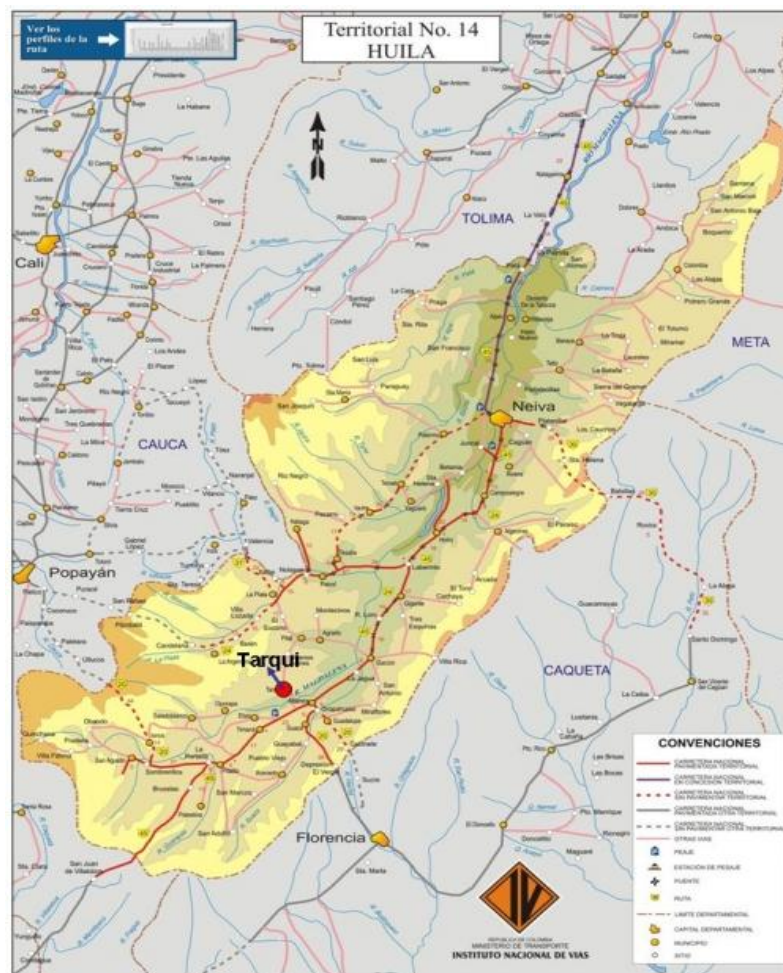
Para no alterar la suma total del puntaje del instrumento se propone modificar el puntaje del ítem de la variable alcohol que mide el consumo por ocasión a (4,2,0) quedando este elemento con dos ítems y el del elemento conducción y trabajo se modifica el puntaje del ítem que mide la satisfacción laboral a (4,2,0) quedando este elemento con un solo ítem, la modificación de estos valores no altera la clasificación posterior del estilo de vida según las categorías establecidas en la tabla 5-2. Lo cual requiere un estudio que reexamine los puntos de corte para las categorías planteadas por el instrumento así como la inclusión de ítems más específicos para la población rural. Lo cual se constituye en una limitante.

Implementar acciones de participación comunitaria en procesos educativos que contribuyan a proteger su salud, pues los estilos de vida no son la resultante de un solo factor, y deben ser estudiados desde una perspectiva integral es decir en el marco del contexto donde viven y trabajan las personas. De igual manera es importante el fortalecimiento e implementación de acciones de Atención Primaria en Salud (APS) en el nivel local, que contribuyan a fomentar estilos de vida saludables de manera temprana.

Es necesario mantener los convenios docente - asistenciales que fortalezcan el desarrollo disciplinar, científico-interinstitucional que garanticen la calidad del cuidado de enfermería que se le brinda a los pacientes cardiovasculares.

La temática investigada cobra vigencia, por la magnitud de la problemática relacionada con la salud cardiovascular, por lo cual esta investigación se socializara mediante la publicación de un artículo científico y la presentación en un evento de carácter nacional.

A. Anexo: Ubicación del municipio de Tarqui, en el departamento del Huila



Fuente:

<http://tarqui-huila.gov.co/sitio.shtml?apc=mmxx-1-&x=1807574>.

B. Anexo: Mapa político del municipio de Tarqui (Huila)



C. Anexo: Ubicación del Corregimiento de Maito, en el mapa de Colombia



Fuente: http://www.google.com.co/imgres?imgurl=http://www.tageo.com/get_map.php%3Flat%3D2.083%26long%3D-75.867%26name%3DMaito%26tag%3D1&imgrefurl=http://www.tageo.com/index-e-co-v-16-d-m834784.htm&h=600&w=600&sz=65&tbnid=TETP41ed0pcHrM:&tbnh=90&tbnw=90&zoom=1&usg=__Lcic8q5xfTunGkyqa u1x47Lr5WM=&docid=McifyLS1wmPZ1M&hl=es&sa=X&ei=iO_HUM3wJYrI9QT95oBg&ved=0CEIQ9QEwBQ&dur=14

D. Anexo: Instrumento FANTÁSTICO

Anexo I.1

TEST DE AUTOEVALUACION SOBRE ESTILOS DE VIDA: "FANTASTICO"

Contesta el cuestionario recordando tu vida en el último mes

Puntaje

F amilia y amigos	Tengo con quién hablar de las cosas que son importantes para mí: Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	Yo doy y recibo cariño: Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	
A ctividad física	Yo realizo actividad física (caminar, subir escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín) Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido): 4 o más veces por semana. ☐ 2 1 a 3 veces por semana. ☐ 1 Menos de 1 vez por semana. ☐ 0	
N utrición	Mi alimentación es balanceada(*): Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa Ninguna de estas ☐ 2 Algunas de estas ☐ 1 Todas estas ☐ 0	Estoy pasado/ a mi peso ideal en ____ Normal o hasta 4 kilos de más. ☐ 2 5 a 8 kilos de más ☐ 1 mas de 8 kilos ☐ 0
T abaco	Yo fumo cigarrillos: No en los últimos 5 años. ☐ 2 No en el último año. ☐ 1 He fumado en este año. ☐ 0	Generalmente fumo ____ cigarrillos por día: Ninguno ☐ 2 0 a 10 ☐ 1 Mas de 10 ☐ 0	
A lcohol	Mi número promedio de tragos (**) por semana es de: 0 a 7 tragos. ☐ 2 8 a 12 tragos. ☐ 1 Más de 12 tragos. ☐ 0	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión: Nunca. ☐ 2 Ocasionalmente. ☐ 1 A menudo. ☐ 0	Manejo el auto después de beber alcohol: Nunca. ☐ 2 Solo rara vez. ☐ 1 A menudo. ☐ 0
S ueño Estrés	Duermo bien y me siento descansado/a: Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida: Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre: Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0
T ipo de personalidad	Parece que ando acelerado/a: Casi nunca. ☐ 2 Algunas veces. ☐ 1 A menudo. ☐ 0	Me siento enojado/a o agresivo/a: Casi nunca. ☐ 2 Algunas veces. ☐ 1 A menudo. ☐ 0	
I ntros-pección	Yo soy un pensador positivo u optimista: Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	Yo me siento tenso/a o apretado/a: Casi nunca. ☐ 2 Algunas veces. ☐ 1 A menudo. ☐ 0	Yo me siento deprimido/a o triste: Casi nunca. ☐ 2 Algunas veces. ☐ 1 A menudo. ☐ 0
C onducción Trabajo	Uso siempre el cinturón de seguridad. Siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	Yo me siento satisfecho/a con mi trabajo o mis actividades: Casi siempre. ☐ 2 A veces. ☐ 1 Casi nunca. ☐ 0	
O tras drogas	Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base: Nunca. ☐ 2 Ocasionalmente. ☐ 1 A menudo. ☐ 0	Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta: Nunca. ☐ 2 Ocasionalmente. ☐ 1 A menudo. ☐ 0	Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína: Menos de 3 por día. ☐ 2 3 a 6 por día. ☐ 1 Más de 6 por día. ☐ 0

Adaptación autorizada de McMaster University, Ontario, Canada.

*Do you have a fantastic lifestyle?. Convenio Promoción de la Salud Canadá - Chile

Fuente: Ministerio de Salud Departamentos de Epidemiología y Promoción de la salud – Consejo Nacional VIDA CHILE

*Multiplicar el resultado final por 2

(**) Una dieta balanceada incluye en cada día:

- Frutas y verduras: 4 a 5 porciones (al menos 2 son verduras)
- Pan y cereales: 3 a 5 porciones
- Leguminosas, pescados, aves, carnes y huevos 2 porciones
- Lecha y lácteos (descremados): adolescentes y mujeres embarazadas: 3 a 4 porciones, adultos 2 porciones.

(**) Alcohol: 1 trago equivale a tomar:

- 1 botella de cerveza (5° alcohol): 300 ml.
- 1 copa de vino (12° alcohol): 125 ml.
- 1 vasito de pisco o trago fuerte (40° alcohol): 40 ml.

¿Qué significa tu puntaje?

El puntaje total no significa que has fallado. Siempre es posible cambiar el estilo de vida, empezando ahora. Mira las áreas de donde has tenido 0 o 1 punto y decide por donde quieres empezar a cambiar. Buena suerte.

85 a 100	Felicitaciones. Tienes un estilo de vida Fantástico
70 a 84	Buen trabajo. Estás en el camino correcto
60 a 69	Adecuado, está bien
40 a 59	algo bajo, podrías mejorar
0 a 39	Estás en la zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor.

Ten un estilo de vida fantástico

¿Tu estilo de vida necesita un poco de cambio?

Fíjate algunas metas. Día a día realiza pequeños pasos para llegar a tener una vida saludable y en buenas condiciones. Logra el control de tu cuerpo, de tu mente y de tu espíritu ... Prepárate para;

Lograr lo mejor que la vida te puede ofrecer.

Aquí hay algunas sugerencias de lo que se puede lograr.

Familia y amigos

Comunícate. Comparte tus sentimientos con los demás. Abraza a alguien que tu quieras todos los días.

Actividad física

Haz actividad física por lo menos 20 minutos todos los días. Camina, baila, sal en bicicleta, trota, juega con los niños. Más información en cartillas de Actividad Física y Salud de Chile Deportes.

Nutrición

Incluye frutas y verduras en tus comidas, pan y cereales, leguminosas, pescados, carne y lácteos descremados. Evita la sal, el azúcar y la comida chatarra, además reduce las grasas cuando sea posible. Mantente delgado. Más información en Guía de Alimentación del Ministerio de Salud.

Tabaco

Deja de fumar. Mejor aún no comiences. Busca ayuda de un familiar, de amigos o de un profesional. Busca ambientes libres del humo de tabaco (en el trabajo, hogar y lugares públicos)

Alcohol

Si vas a beber, no te embriagues. Consume menos de dos tragos por día de vino, cerveza o tragos fuertes. Nunca conduzcas vehículos después de beber alcohol.

Sueño. Estrés

Trata de dormir 7 a 9 horas cada noche. Libérate del estrés. Las técnicas de respirar profundo, hacer ejercicio y de relajación son una ayuda.

Tipo de personalidad

Tranquilízate. Busca maneras de relajarte (conversa con otras personas, busca una actividad entretenida, sal a dar una larga caminata). Con calma disfruta la vida.

Introspección

Piensa en positivo. Aleja la depresión manteniéndote activo. Desarrolla algún pasatiempo o involúcrate en otras actividades.

Conducción. Trabajo

Usa el cinturón de seguridad. Valora lo bueno de tu trabajo, tu aporte es importante. Comparte con tus compañeros. Trabajando unidos construyes una vida más saludable.

Otras drogas

Mantente fuera de los ambientes con drogas. Piensa dos veces antes de comprar remedios sin consultar. Limita el café, el té y las bebidas cola a dos o tres vasos o tazas por día.

E. Anexo: Encuesta prediseñada

[illegible]

Diseñada por la investigadora

F. Anexo: Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROGRAMA MAESTRIA EN ENFERMERIA

ESTILO DE VIDA DE UNA COMUNIDAD RURAL DEL MUNICIPIO DE TARQUI Y SU RELACIÓN EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

FECHA:

HORA:

Propósito del estudio: Usted está invitado a participar en el estudio titulado “**Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui y su relación con la salud cardiovascular**”, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Usted ha sido seleccionado como participante en este estudio por ser residente de la zona rural del municipio de Tarqui (Huila).

El objetivo es describir el estilo de vida y la implicación en la salud cardiovascular de una población rural del municipio de Tarqui; conocimiento indispensable para establecer estrategias que contribuyan a mejorar la salud de los pobladores de la vereda, con la participación activa de cada uno.

Si usted acepta participar, se le indicará el día y la hora en que se le realizará la entrevista, en la cual se aplicará el instrumento y se le harán varias preguntas complementarias acerca de su situación; también se le realizará examen físico en el cual incluye: medir su peso, la talla, se le tomarán muestras de sangre, para lo cual se requiere disponer de un tiempo aproximado de 1 hora.

La información suministrada será analizada exclusivamente por parte del investigador con el fin de mantener la confidencialidad. Luego se le dará a conocer a usted. Puede tener la seguridad de que en ningún momento se le identificará por su nombre cuando se publiquen los resultados.

Se pueden presentar riesgos e incomodidades, relacionadas con la participación en el estudio: Durante la aplicación del instrumento, usted podrá manifestarnos si quiere o no responder alguna de las preguntas; lo que le ocasiona incomodidad.

Esta investigación será financiada con recursos propios de la investigadora

Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria. Usted puede decidir que no participa o puede retirarse del estudio en cualquier momento. Nosotros necesitamos poder mantener contacto con usted de manera permanente a lo largo de este estudio para compartir los resultados y se quiere mantener contacto. Usted tiene la oportunidad de elegir una de las siguientes respuestas marcando una X sobre la línea en blanco:

_____ Sí, autorizo para ser contactado y mantendré mis datos actualizados.

_____ NO, yo no deseo ser contactado en el futuro.

Además de lo anterior, es importante que usted sepa que su participación no implica ningún costo económico adicional, ni tampoco una retribución económica.

Consentimiento y firmas. La enfermera Rosa Nury Zambrano Bermeo, me ha informado sobre el objetivo de la investigación "**Estilo de vida de una comunidad rural del municipio de Tarqui y su implicación con la salud cardiovascular**", me ha explicado muy bien, he tenido oportunidades para preguntar, he recibido las respuestas y he entendido qué es, cómo se hace y para qué sirve esta investigación y la forma de utilización de la información. Estoy de acuerdo en no recibir beneficio monetario por parte de la investigación, ni compensación alguna por cualquier incomodidad con mi participación

He comprendido todo lo anterior perfectamente y, por lo tanto, de manera totalmente VOLUNTARIA, YO _____, con documento de identificación (CC), (CE) No. _____ expedido en _____, DOY MI CONSENTIMIENTO para participar en este estudio de investigación, bajo las recomendaciones que me sean dadas por la enfermera Rosa Nury Zambrano Bermeo; igualmente, suministraré la información personal que me sea solicitada de manera directa. Todos mis derechos legales han sido respetados.

Tarqui, _____ de _____ de _____

Huella digital del paciente

NOMBRE DEL PACIENTE

CC: _____ de _____

Firma: _____

Por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia:

Investigador Principal: Rosa Nury Zambrano Bermeo

Firma: _____

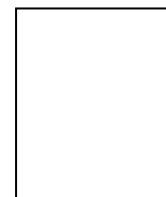
CC.55.158.151 de Neiva (H)

Responsable de la toma del consentimiento informado:

Nombre: _____ Firma: _____

CC. No. _____

Fecha: Día ____ Mes ____ Año ____



G. Anexo: Autorización para utilizar el instrumento “FANTÁSTICO”

ROSA NURY ZAMBRANO BERMEO
Para robin640@hotmail.com

 Responder ▾

Buen día,

Doctor Ramirez, encontré que en una de sus investigaciones "Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad", utilizo el instrumento FANTÁSTICO y me gustaría saber si este instrumento esta validado en Colombia, si usted le hizo modificaciones y finalmente saber si lo puedo conocer, pues en el momento estoy en búsqueda de un instrumento para medir estilos de vida para mi trabajo de investigación de maestría en la Universidad Nacional de Colombia; soy Enfermera y vivo en Cali.

Muchas gracias por su atención, se que es una persona muy ocupada.

Atentamente,

*Rosa Nury Zambrano Bermeo
Estudiante Maestría
Universidad Nacional de Colombia.*

#

UNIVALLE DR. ROBINSON RAMIREZ
Para rnzbermeo@hotmail.com

16/06/2012
Responder

2 datos adjuntos (total 705,6 KB)
Hotmail [Vista activa](#)

 ESTILOS D...pdf
[Descargar](#) (210,5 KB)

 Instrumen...pdf
[Descargar](#) (495,1 KB)

Descargar todo como zip

Estimada Rosa, cordial saludo

Gracias por interesarse en nuestro trabajo. Le comunico que después de hacer este estudio en el 2009, empezamos la recolección de la muestra para hacer la validación del instrumento FANTASTICO en población Colombiana. En adjunto encontrara la versión aceptada en la Revista de Salud Publica (U. Nacional) que será publicada en el próximo numero del *journal*.

PD: Le adjunto la versión *Proof* del manuscrito y la versión 3 del Instrumento FANTASTICO en PDF, validada por nuestro grupo. Si necesita información adicional con gusto.

Atentamente.

Robinson Ramirez Velez, PT, Ph.D

ROSA NURY ZAMBRANO BERMEO
Para UNIVALLE DR. ROBINSON RAMIREZ

Responder

Buenas noches.

Profesor Robinson, junto con mi asesora de investigación hemos estudiado el instrumento FANTASTICO y lo consideramos pertinente para nuestra investigación, por lo tanto necesitamos saber si contamos con su autorización para hacer uso de él; estaré atenta a su respuesta y una vez más, muchas gracias por su tiempo.

Atentamente,

Rosa Nury Zambrano Bermeo
Estudiante Maestría
Universidad Nacional de Colombia.

Nuevo

Responder

Responder a todos

Reenviar

Eliminar

Correo no deseado

Limpiar

Marcar como

Mover a

Categorías

Hotmail (7) Messenger (1) SkyDrive | MSN

ROSA NURY ZAMBRANO BERMEO
perfil | cerrar sesión

[Nuevo](#) | [Responder](#) [Responder a todos](#) [Reenviar](#) | [Eliminar](#) [Correo no deseado](#) [Limpiar](#) | [Marcar como](#) | [Mover a](#) | [Categorías](#) |

Opciones

SOLICITUD

2 mensajes | 0 no leídos | [Mostrar todo](#)

UNIVALLE DR. ROBINSON RAMIREZ
Para mzbermeo@hotmail.com

09/08/2012
[Responder](#)

Apreciada Rosa

Por supuesto usalo y pon la referencia de nuestro grupo-

Saludos

Robinson Ramírez-Vélez, FT, Ph.D
Profesor Investigador
Programa de Fisioterapia
Universidad Manuela Beltrán
Avenida Circunvalar N° 60-00
Bogotá DE, Colombia
Teléfono:[+571] 546 0600
E-mail: robinson.ramirez@docentes.umb.edu.co // robin640@hotmail.com

Categoría	Subcategoría	Indicador	Correlaciones										Valor
			Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Subcategoría	Indicador	Categoría										Valor
			Subcategoría										Valor
Categoría	Sub												

[illegible]

	Índice de Masa corporal IMC	1,000	Tabaco: Cigarrillos diarios	Alcohol: Promedio de tragos semanales	Alcohol: Bebe más de 4 tragos en una misma	Sueño estés: Duermes bien se siente descansado	Sueño estés: se siente capaz de manejar el estrés o la tensión en su vida	Sueño estés: se relaja y disfruta de su tiempo libre	Tipo de personalidad: Parece que anda acelerado	Tipo de personalidad: Se siente enojado o agresivo	Introspección: Es un pensador positivo u optimista	Introspección: Se siente tenso o apretado	Introspección: Se siente deprimido o triste	Condución Trabajo: Se siente satisfecho con su trabajo o actividad	Otras drogas: Usa excesivamente remedios sin receta	Otras drogas: Bebe café, te o bebidas que contienen cafeína
			Coefficiente de correlación	Sig. (2-tailed)	Coefficiente de correlación	Sig. (2-tailed)	Coefficiente de correlación	Sig. (2-tailed)	Coefficiente de correlación	Sig. (2-tailed)	Coefficiente de correlación	Sig. (2-tailed)	Coefficiente de correlación	Sig. (2-tailed)	Coefficiente de correlación	Sig. (2-tailed)
Índice de Masa corporal	Coefficiente de correlación	1,000	,200	,063	-,217	,073	,009	,037	,048	,035	-,051	-,063	-,161	-,018	,249*	,098
	Sig. (2-tailed)		,097	,606	,074	,550	,941	,762	,691	,774	,677	,607	,186	,880	,038	,420
Glucosa	Coefficiente de correlación		-,087	-,097	-,422**	-,045	,282*	,041	-,131	,119	,072	-,157	-,218	,051	,254	,118
	Sig. (2-tailed)		,519	,471	,001	,740	,033	,763	,330	,379	,594	,244	,104	,706	,057	,383
Colesterol Total	Coefficiente de correlación		-,088	,138	,087	,065	-,021	-,252	-,137	-,049	-,010	,025	,014	,063	,039	-,367**
	Sig. (2-tailed)		,514	,306	,522	,631	,878	,058	,308	,719	,941	,854	,918	,643	,774	,005
Colesterol de alta densidad	Coefficiente de correlación		,101	-,032	,292*	,066	,006	,072	-,090	-,351**	-,027	,087	,117	,008	-,178	,035
	Sig. (2-tailed)		,455	,810	,029	,627	,963	,594	,504	,007	,845	,522	,387	,952	,185	,796
Triglicéridos TGs	Coefficiente de correlación		-,183	,114	-,179	-,019	,099	,023	-,055	,302*	,136	,056	-,037	,248	-,067	-,173
	Sig. (2-tailed)		,173	,400	,186	,886	,464	,867	,684	,022	,315	,679	,784	,063	,620	,197
Ritopertensión	Coefficiente de correlación		,023	,041	,145	,053	,010	-,118	,034	-,031	,212	,228	,156	-,004	-,031	-,032
	Sig. (2-tailed)		,851	,739	,236	,662	,935	,329	,782	,801	,079	,058	,202	,975	,798	,792
Familia y amigos: hablar	Coefficiente de correlación		-,238*	-,139	-,282*	,178	,229	,239*	,019	,099	,040	,335**	,401**	,206	-,192	-,096
	Sig. (2-tailed)		,047	,250	,019	,140	,057	,046	,874	,413	,745	,005	,001	,086	,112	,428
Familia y amigos: Da y	Coefficiente de correlación		-,174	-,078	-,037	,196	,112	,099	,136	-,040	,228	,357**	,278*	,079	-,005	,099
	Sig. (2-tailed)		,150	,522	,765	,103	,354	,414	,261	,741	,058	,002	,021	,516	,966	,415
Actividad física: Realiza	Coefficiente de correlación		-,066	-,029	,055	-,012	-,012	-,170	-,096	,058	-,123	-,022	,121	-,101	,097	,033
	Sig. (2-tailed)		,589	,809	,654	,920	,922	,159	,431	,633	,312	,857	,321	,407	,423	,785
Actividad física: ejercido	Coefficiente de correlación		-,006	-,162	-,139	-,140	,050	,236*	,162	-,039	,105	-,077	,017	,031	,221	,204
	Sig. (2-tailed)		,961	,180	,253	,248	,682	,049	,179	,749	,385	,528	,887	,797	,066	,091
Nutrición: Alimentación	Coefficiente de correlación		-,126	-,071	-,087	,163	,237*	,042	,068	,283*	,220	,211	,161	,124	-,234	-,017
	Sig. (2-tailed)		,299	,560	,476	,178	,048	,731	,574	,018	,067	,079	,187	,306	,052	,888
Nutrición: consume	Coefficiente de correlación		,007	,005	,361**	-,099	-,150	-,173	,100	-,101	,001	-,081	,193	,060	,067	-,097
	Sig. (2-tailed)		,954	,969	,002	,416	,216	,152	,411	,406	,991	,505	,113	,623	,582	,423
Nutrición: Se encuentra	Coefficiente de correlación		-,163	-,111	,210	-,072	-,034	-,065	-,022	-,027	,175	-,057	,072	,173	-,133	-,166
	Sig. (2-tailed)		,178	,362	,083	,556	,780	,591	,859	,827	,146	,640	,558	,153	,272	,170

[illegible]

[illegible]

Bibliografía

AJZEN, I., & MADDEN, B. Goal directed behaviour: attitudes, intentions and behavioral perceived control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-474. 1986.

ALBERTI KG. Et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. [en línea] *Circulation*. 2009; 120(16):1640-1645. [Consultado abril 8 2012], Disponible en internet: <http://circ.ahajournals.org/content/early/2009/10/05/CIRCULATIONAHA.109.192644.short>

ALMEIDA FILHO, Naomar y Silva Paim, Jairnilson. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica [en línea]. Argentina: Ilazarte, s.f, [en línea]. [Consultado 4 enero 2012], Disponible en internet: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n75a345.pdf>

_____. _____. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Proyecto apoyado por la División de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, parcialmente financiado por el Consejo Nacional de Desenvolvimento Científico y Tecnológico de Brasil – CNPq (Proceso no 520.573/95.1) [en línea]. [Consultado noviembre 9 de 2011]. Argentina: Ilazarte, s.f, Disponible en internet: <http://www.ilazarte.com.ar/cuadernos/pdf/n75a345.pdf>.

ALONSO, L. E. El estructuralismo genético y los estilos de vida: consumo, distinción y capital simbólico en la obra de Pierre Bourdieu. Documento. España: Universidad de Navarra, 2004. [en línea]. [consultado noviembre 9 de 2011]. Disponible en internet: http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/c_lecciones/LM-Alonso-consumo.PDF

ARAYA, Marlene Roselló y PADILLA Sonia Guzmán. Evolución de la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón e infarto agudo del miocardio en Costa Rica, 1970-2001 [en línea]. Costa Rica: Rev Panam Salud Pública, 2004 Nov, 16(5): 295-301, [consultado marzo 27 de 2011]. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892004001100001&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892004001100001

ARCOS TIRADO, José L. y FERNÁNDEZ CASTILLO, Antonio. Por qué los programas de salud no previenen [en línea]. México: Rev. Internacional de Psicología Clínica y de salud. Vol. 2 No. 2, 2002, p. 209-226, [consultado noviembre 9 de 2011]. Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33720201.pdf>.

ARTAZCOZ, Lucia. Et al. La Salud de personas adultas. Gaceta Sanitaria [en línea]. 2004, vol. 18, supl. 1, Barcelona, 2004 p. 56-68, [consultado agosto 05 de 2012]. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000700011&lng=en&nrm=iso.

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERAS DE COLOMBIA. ANEC: Publicación oficial de la Edición No. 60. Bogotá: Sección Científicas, 2003. p. 16.

BAENA D, José M. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en Atención primaria. En: Rev Esp Cardiol. [en línea]. 2005; 58 (4):00-00, p. 1- 7, [consultado agosto 15 de 2012]. Disponible en Internet: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13073893&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=88&accion=L&origen=cardio&web=http://www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v58n04a13073893pdf001.pdf.

BANDURA, Albert. Social Learning Theory. New Jersey: Prentice-Hall, 1977.

_____. Teoría del Aprendizaje Social. Barcelona: Hora – Centro de Investigaciones Sociológicas, 1982. (pp. 57-85).

_____. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice Hall. 1986.

BANDURA, A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: WH Freeman and Company. 1997.

BEAGLEHOLE R, Yach D. Globalisation and the prevention and control of non-communicable disease: the neglected chronic diseases of adults. Lancet. 2003; 362:903-8 [en línea]. [consultado mayo 10 de 2011]. Disponible en internet: <http://www.eldis.org/vfile/upload/1/document/0708/doc18910.pdf>

BECERRA, M.M., DÍAZ H, L.P. Niveles de actividad física, beneficios, barreras y autoeficacia en un grupo de empleados oficiales. En: Avances en Enfermería, 2008, Vol. XXVI (2), 43-50

BERGMAN, P., et al. La adhesión a las recomendaciones de actividad física y la influencia de-demográfico se correlaciona con sede en la sección transversal del estudio-una población socio. BMC Salud Pública. 2008; 8:367. Publicado en Internet el 09 de febrero 2009. doi: 10.1186/1471-2458-8-367.

BOURDIEU, Pierre. La metamorfosis de los gustos. En: Cuestiones de sociología. Madrid, ediciones AKAL; 2000. p. 161-172.

CALVO GONZÁLEZ, Alejandro, et al. Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr, 20 (3). La Habana. 2004. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04/mgi04304.htm

CAMPOS C., Lilia. Los estilos de vida y los valores interpersonales según la personalidad en jóvenes del departamento de Huánuco, [en línea] Perú. Rev. de

investigación en Psicología, 2009:12(2) 89-100. [consultado 14 agosto 2012]. Disponible en internet:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v12_n2/pdf/a06v12n2.pdf.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Historia, Ciencias y Saúde – Manguinhos* IV (2): 287-307, Jul-Out. 1997.

CASTIEL, Luis David., ÁLVAREZ-Dardet, C. La salud persecutoria [en línea]. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):461-6. São Paulo, 2007, [consultado 10 diciembre 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v41n3/6212.pdf>.

CID H, Patricia; MERINO E, José Manuel y STIEPOVICH B Jasna. Factores biológicos y psicosociales predictores del estilo de vida promotor de salud [en línea]. Chile: *Rev. méd. Chile*, diciembre de 2006, 134(12): 1491-1499, [consultado mayo 10 de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200001&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872006001200001.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1355 (14 de octubre de 2009). Por medio de la cual se define la Obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles. *Diario Oficial* No. 47.502 de 14 de octubre de 2009.

_____. _____. Ley 1438 (19 de enero de 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial* No. 47.957 de 19 de enero de 2011.

_____. Ministerio de Salud. Resolución N° 008430 del 4 de octubre de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, 1993.

CORDOVA, VILLALOBOS, José Ángel et al. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública Méx* [en línea]. 2008, vol.50, n.5 [citado 2012-04-20], pp. 419-427. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634.

CORELLA, Dolores y RODOVAS, José M. Genes dieta y enfermedades cardiovasculares [en línea]. Costa Rica: Revista Investigación y ciencia 2007, [consultado agosto 19 de 2011]. Disponible en: <http://www.uned.ac.cr/exactas/catedras/documents/Ordovas.pdf>

COSTA MATOS, André y LADEIA Ana Marice. Assessment of cardiovascular risk factors in a rural community in the Brazilian state of Bahia. Arq. Bras. Cardiol [en línea]. Brasil: Scielo, sep 2003 Sep, 81(3): 297-302 [consultado agosto 06 de 2011]. Disponible en Internet: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2003001100009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2003001100008>

COREIL, J., LEVIN, J.S., & Jaco, G. Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias socio médicas. Clínica y Salud, vol.3, N°3, 1992. 221-231.

CORELLA, Dolores y RODOVAS, José M. Genes dieta y enfermedades cardiovasculares [en línea]. Costa Rica: Revista Investigación y ciencia 2007, [consultado agosto 19 de 2011]. Disponible en: <http://www.uned.ac.cr/exactas/catedras/documents/Ordovas.pdf>.

CREBER, Ruth M, et al. Physical activity and cardiovascular risk factors among rural and urban groups and rural-to-urban migrants in Peru: a cross-sectional study. Rev Panam Salud Pública [serial on the Internet]. 2010 July [cited 2011 Mar 27]; 28(1) :1-8. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-9892010000700001&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892010000700001

CUERVO ESTUPIÑÁN, Luz Dary y GARZÓN GUEVARA, M. Cambios en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular. Colombia: Actualizaciones en enfermería, [en línea]. 2003, 6 (4), 8-15. 58 [consultado febrero 18 de 2011]. Disponible en Internet:

<http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-cambiosesestilo.htm>.

CUITIVA MORENO, M. Nivel de actividad física y motivos que llevan a un grupo de adultos de la UBA Ramajal a practicarlo [en línea]. Colombia: Universidad Nacional, Avances en Enfermería, 2003, 21(2), 28-43 [consultado junio 3 de 2011]. Disponible en internet: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxi2_3.pdf

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS – DANE. Censo Colombia 2005 [en línea]. Colombia: DANE, 2005, [consultado 15 agosto 2011]. Disponible en Internet: <http://www.dane.gov.co/censo/files/libroCenso2005nacional.pdf>.

_____. Censo 2005. Huila, Tarqui [en línea]. Colombia: DANE, 2005 [consultado 15 de agosto de 2011]. Disponible en internet: <http://www.dane.gov.co/files/censo2005/perfiles/huila/tarqui.pdf>

_____. Conceptos básicos [en línea]. Colombia: DANE, s.f., [consultado 15 de agosto de 2011]. Disponible en Internet. http://www.dane.gov.co/files/inf_geo/4Ge_ConceptosBasicos.pdf.

_____. Defunciones no fetales 2012 preliminar. [en línea]. Colombia: DANE, s.f., [consultado el 16 de marzo de 2013]. Disponible en la web: http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=1807:defunciones-no-fetales-2012-preliminar-&catid=118:estadisticas-vitales.

DE CHÁVEZ, Miriam, VALLES, Victoria, BLATEER, Fé, Ávila, Abelardo, CHÁVEZ, Adolfo. La alimentación Rural y Urbana y su relación con el riesgo aterogénico [en línea]. México: Salud Pública, 1993, diciembre, Vol. 35 N° 006. pp. 651 – 656, [consultado 04 de mayo de 2011]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10635618.pdf>.

DE LA CRUZ, SÁNCHEZ. E. Estilo de vida relacionado con la salud [en línea]. España: Digitum, s.f., Disponible en <http://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>.

DE ROUX, Gustavo. La prevención de comportamientos de riesgo y promoción de estilos de vida saludables en el desarrollo de la salud [en línea]. Cuba: Rev. Educación médica y salud Vol. 28 No. 2, 1994. 58 [consultado enero 18 de 2011]. Disponible en internet: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/prevencion_y_promocion.pdf.

DNP. Plan nacional de alimentación y nutrición Colombia: PNAN 1996-2005 [en línea]. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación -Consejería para la Política Social; 1996. Documento Conpes: 2847. Disponible en Internet: <http://www.dnp.gov.co/>

ELLIOT, D.S. Health-enhancing and health-compromising lifestyles. En S.G. Millstein, A.C. Petersen, y E.O. Nightingale (Ed.), Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century (pp. 119-145). Oxford, Oxford University Press, 1993.

ESPINOSA GONZÁLEZ, Leticia. Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad [en línea]. Cuba: Rev. Cubana Estomatol, Ciudad de La Habana, v. 41, n. 3, dic. 2004. [consultado el 14 abril. 2012]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es&nrm=iso

ESTRADA ESPINOSA., Gilberto. Factores de Riesgo para enfermedad aterotrombótica. Cardiología [en línea]. Bogotá: Sociedad Colombiana de Cardiología. 2000. p. 396, [consultado 25 de mayo de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.scc.org.co/libros/libro%20cardiologia/libro%20cardiologia/capitulo5.pdf>

Estudio DCCT [en línea]. Colombia, s.f. [consultado en septiembre de 2010]. Disponible en Internet: <http://diabetes.niddk.nih.gov/dm/pubs/control/>

Estudio EDIC [en línea]. Colombia: Intranet, s.f., [consultado en septiembre de 2010]. Disponible en Internet: <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=51487>.

FAO. Concepto de Sistema Alimentario Alcances y Limitaciones. En: Economía Política de los Sistemas Alimentarios en América Latina. Santiago de Chile 1994. p. 67

Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). [en línea] JAMA, May 16, 2001—Vol 285, No. 19 (Reprinted), article and related content current as of February 28, 2009. [consultado 22 de mayo de 2012], Disponible en internet: www.jama.com at St Jude Children's Research Hosp on February 28, 2009.

Executive summary: standards of medical care in diabetes, 2012 [en línea]. Estados Unidos: *Diabetes Care*. 2012; 35 Suppl 1:S4. [consultado 15 abril 2012], Disponible en Internet: http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S4.full.pdf+html.

FERREYRA MARTÍNEZ, María C., et al. Detección de factores de riesgo cardiovascular en una población rural del estado de Michoacán [en línea]. México: *Rev. Med int Mex* 2007; 23:200-4, [consultado 6 de agosto de 2011]. Disponible en Internet: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=45127&id_seccion=1479&id_ejemplar=4568&id_revista=47.

FITZGERALD, Nurgül, et al. Acculturation, socioeconomic status, obesity and lifestyle factors among low-income Puerto Rican women in Connecticut, U.S., 1998-1999 [en línea]. Estados Unidos: *Revista Panam Salud Publica*, 2006; 19(5): 306-313, [consultado mayo 10 de 2012]. Disponible en Internet: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000500003&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892006000500003>

FLEURY, Julie. La Aplicación de la Teoría Motivacional a la Reducción del Riesgo Cardiovascular. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 24(3), 1992. p. 229-239.

FUSTER, Valentín. La enfermedad cardiovascular es una epidemia y las soluciones deben implicar a toda la población [en línea]. Colombia: Publicación Médica de Cardiología. Publicación Sanitaria 2000, 2007 p. 1.2. [consultado noviembre 19 de 2011]. Disponible en internet: <http://cardiologia.publicacionmedica.com/spip.php?article117>.

GAITÁN, María Lucía y RODRÍGUEZ, Mariluz. Prevención de la enfermedad coronaria. EN: Enfermería Cardiovascular. Capítulo de Enfermería. Sociedad Colombiana de Cardiología. Bogotá: Editorial Distribuna, 2008. p. 263 – 340.

GARCÍA, A. E. El perfil lipídico-metabólico en los adolescentes está más influido por la condición física que por la actividad física (estudio AVENA) [en línea]. Colombia: Rev Esp Cardiol. 2007; 60:581-8. - Vol. 60 N°. 06 DOI: 10.1157/13107114. Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/en/node/2056772>

GOLDBAUM, Moisés. Estilos de vida y modernidad [en línea]. Argentina: Red Adultos Mayores. Documento. CCE. USP. BR, [consultado febrero 15 de 2012]. Disponible en Internet: <http://www.redadultosmayores.org.ar>

GÓMEZ, R. GONZÁLEZ, E. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud factores que deben considerarse. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Vol. 22, 001, Enero a Junio, 2004, p. 87-10.

GONZÁLEZ LÓPEZ, J. L y CAPOTE TOLEDO M. L. La educación continua en consulta de enfermería: una herramienta para motivar los cambios de Estilo de vida del paciente coronario [en línea]. Madrid: Rev. Enfermería Cardiológica. No. 35 2005, p. 20-22, [consultado el 12 de septiembre de 2011]. Disponible en internet: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Didea+num21.pdf&blob>.

GONZÁLEZ ZAPATA, Laura. Prácticas alimentarias en las familias del área rural de Medellín- Colombia. ALAN [en línea]. Venezuela: Scielo, marzo 2002, vol. 52, Nº 1, p. 55-62, [consultado 27 de marzo 2011]. Disponible en Internet: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06222002000100008&lng=es&nrm=iso. ISSN 0004-0622

GUERRERO MONTOYA, Luis Ramón y LEÓN SALAZAR, Aníbal. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo [en línea]. En: Antecedentes Educere México: Redalyc. junio-diciembre 2010, vol. 14 no. 49, p. 287-295. [consultado 11 de agosto de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35617102005>

GUERRERO ROMERO, Jesús Fernando y RODRÍGUEZ MORÁN, Martha. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada [en línea]. México: Salud pública México, julio 1998, 40(4): 339-346 [consultado mayo 04 de 2011]. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-63411998000400006&lng=en. doi: 10.1590/S0036.

HERNÁNDEZ, Bernardo et al. Factores asociados con la actividad física en mujeres mexicanas en edad reproductiva [en línea]. Estados Unidos: Rev. Pan Americana Salud Publica, Washington, V. 14, Nº 4, Oct, 2003. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892003000900004&lng=en&nrm=iso. access on 12 May 2011. doi: 10.1590/S1020-49892003000900004.

HOSKINS, Irene; KALACHE Alexandre y MENDE, Susan. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. Temas de actualidad [en línea]. Estados Unidos: Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 17(5/6), 2005, p. 444-451. [consultado julio 6 de 2012]. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26282.pdf>.

JACOBY, Enrique; BULL, Fiona y NEIMAN, Andrea. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. [en línea]. Estados Unidos: Revista Panamericana de Salud Pública, 2003, Vol. 14, N° 4, pp. 223-225. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/scielo.php>

JARAMILLO, M. Estratificación de riesgo cardiovascular. En: Varela E.A. Jaramillo M, Rodríguez N.I. Cardiología preventiva 2001; Tomo I: 33-49.

KAMIEN, M., POWER R. Lifestyle and health habits of fourth year medical students a University of Western Australia. Aus Fam.Physician. 1996; Supl I:26-29.

JESSOR, R., & JESSOR, S.L. Problem behavior and psychosocial development: a longitudinal study of youth. New York: Academic Press. 1977.

JESSOR, R. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers y E. Ginzburg (Eds.), Adolescents at risk: medical and social perspectives. 1992. (pp. 19-34). Boulder, CO: Westview Press.

LAIN ENTRALGO, Pedro. El cuerpo humano: oriente y Grecia antigua. ESPASA Calpe 1987.

LALONDE M.A. A new perspective on the health of Canadians [en línea]. Ottawa: Canadian Government; 1974. Disponible en internet: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

LÓPEZ CARMONA, JM, et al. Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida de pacientes mexicanos con hipertensión arterial. Aten Primaria. 2000; 26: 542-9.

LÓPEZ CARMONA J.M., et al. Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud pública de Méx. 2003; 45(4):259-268.

MARCOS BECERRO, J. F. y Galiano, D. Ejercicio, salud y longevidad. Junta de Andalucía: Sevilla, 2003.

MARRINER. A, RAILE, M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Madrid: El Sevier Science, 2007.

MAYA, L. H. Documento: Los estilos de vida saludables: componentes de la calidad de vida. Centro de Documentación Virtual en Recreación, Tiempo Libre y Ocio [en línea]. Colombia: Servicio de la Fundación Colombiana de Tiempo Libre y Recreación Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación - FUNLIBRE Costa Rica. S. F, [consultado junio 10 de 2012]. Disponible en internet: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>

MENÉNDEZ, Eduardo, 1998, "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. [en línea]. México: Estudios Sociológicos, vol. 16, núm. 46, pp. 37-67. [consultado febrero 20 de 2011]. Disponible en internet: <http://www.ciesas.edu.mx/biblioteca/BIBLIOGRAFIAS/DA-%20REARTES-OSORIO/36.%20R-O.pdf>

MESA BENAVIDES, M, et al. Análisis sobre estilos de vida, ambiente laboral, factores protectores y de riesgo en seis grupos poblacionales de una empresa transnacional en el periodo 2005-2008. Costa Rica: Revista Enfermería en Costa Rica [en línea]. 2011; 32 (2): 51-58 [consultado enero 18 de 2011]. Disponible en internet: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art2.pdf>.

MORENO, SIGÜENZA Yolanda. Un estudio de la influencia del auto concepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia temprana. Tesis doctoral [en línea]. España, 2003. [Consultado enero 18 de 2011]. Disponible en Internet: http://www.uv.es/icastill/documentos/2002.BalaguerCastillo_ActFisica_Ej_Dxt.pdf.

MOYA, Luis A y CORRAL, Juan Manuel. Factores de riesgo cardiovascular en Colombia 1992-1998. En: Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 7, Suplemento 3, Octubre 1999.

Municipio de Tarqui [en línea]. Colombia: Tarquiulla, s.f. Disponible en internet: <http://tarqui-uila.gov.co/nuestromunicipio.shtml?apc=mlxx-1-&m=f>.

MUNOZ, Fernando et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev Panam Salud Publica [online]. 2000, vol.8, n.1-2 [consultado 04 abril 2012], pp. 126-134. Disponible en internet: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700017.

NACIONAL HEART, Lung and Blood Institute. Framingham Heart Study: 50 years or Research Success [en línea]. Estados Unidos: Nhlbi,s.f., [consultado en septiembre de 2010]. Disponible en Internet: <http://www.nhlbi.nih.gov/about/Framingham/index.html>.

_____.Assessment and classification of overweight and obesity. En: Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults: the evidence report. Bethesda: National Institutes of Health, [en línea] publication N° 98-4083, 1998. [consultado junio 5 201], disponible en internet: http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf.

NÚÑEZ DE VILLAVICENCIO. F. Modo de vida, psiquis y salud. Psicología y salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2000. p. 113-34.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. 2008-2013 Plan de Acción de Estrategias Globales para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas (The world health report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publishing Data, 2008.

_____. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud [en línea]. Estados Unidos: OMS, s.f., Disponible en Internet: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/index.html>.

_____. Centro de Prensa. Nota informativa, Enfermedades Cardiovasculares [en línea]. Estados Unidos: OMS, 2011, [consultado 11 de diciembre de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.

_____. Fomento del consumo mundial de frutas y verduras [en línea], [consultado 23 de mayo 2012]. Disponible en Internet: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/es/index.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS . 57ª Asamblea Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, Actividad física y Salud [en línea]. Estados Unidos: OMS, s.f., [consultado 23 de mayo de 2012] Disponible en internet: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-sp.pdf §22.

_____. WHO/FAO. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. OMS, Serie de Informes Técnicos WHO Technical Report Series 916 [en línea]. Estados Unidos: OMS, s.f., [consultado el 23 de mayo de 2012]. Disponible en Internet: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/who_fao_expert_report.pdf.

_____. Centro de Prensa. Nota informativa, Enfermedades Cardiovasculares. [En línea] 2011 [consultado 11 de diciembre de 2011]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos, 2010 [en línea]. Estados Unidos: OPS, s.f., Disponible en Internet: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=365.

_____. Perfil de salud de Colombia 2007 [en línea]. Estados Unidos: OPS, s.f., Disponible en Internet: http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=135.

_____. Organización Panamericana de la Salud. OPS La Salud de las Américas. Washington: OPS; 1998.p.1:109.

ORTEGO, M., M. de C., LOPEZ, G.S., ALVAREZ, T. M. Tema 14. Adherencia al tratamiento. Universidad de Cantabria. Open Course Ware, [en línea]. [Consultado diciembre 12- 2012], Disponible en internet: [http:// ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf).

PALACÍN J.A., Seclén y JACOBY, ER. Factores sociodemográficos y Asociados Ambientales Con la Actividad Física Deportiva en La Población urbana del Perú [en línea]. Estados Unidos: Rev Panam Salud Publica. 2003; 14 (4):255-64. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n4/18125.pdf>.

PATÍÑO VILLADA, Fredy A. Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia [en línea]. Colombia: Rev. Salud pública, junio de 2011, 13(3): 433-445, [consultado noviembre 01 de 2011]. Disponible en Internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000300006&lng=es.

PEDERSELL, D. La Construcción Cultural de la Salud y Enfermedad en la América Latina. En: la Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Colcultura - ICA, Santa Fe de Bogotá, 1994 p. 141-152.

PENDER, Nola; Murdaugh, Carolyn and Parson, Mary Ann. Health Promotion in nursing practice. 5th. Ed, New Jersey: Pearson, Prentice Hall, 2006

POLIT,, D. , BERNADETTE, H. investigación científica en ciencias de la salud. McGraw-Hill Interamericana, 6 Ed. México 2000, p. 421.

RAMÍREZ VÉLEZ Robinson, Agredo. R. A. Fiabilidad y validez del instrumento "FANTÁSTICO" para medir el estilo de vida en adultos colombianos. [en línea]. Colombia: Rev. Salud pública. 14 (2): 226-237, 2012, [consultado 17 mayo 2012]. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a04.pdf>.

RAMOS PARRACI, Carlos Alberto. Factores de riesgo cardiovascular en el departamento del Huila. Publicado en Educación Física y Deporte. Volumen 26-1 [en línea]. Colombia: Revista Indezada Medellín, Noviembre de 2007, [consultado 17 agosto 2011]. Disponible en Internet: <http://revinut.udea.edu.co/index.php/educacionfisicaydeporte/article/viewFile/237/167>.

RENZAHO, A.M., et al. Efectividad de los programas de prevención de la obesidad y las enfermedades crónicas entre los inmigrantes de los países desarrollados-una revisión sistemática. Nutr Salud Pública. 2010; 13 (3): 438-50. Epub 2009 Sep 2.

REPUBLICA DE COLOMBIA, MINSALUD, Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021. [en línea]. [consultado el 20 de marzo 2013]. Disponible en internet: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

RODRÍGUEZ CR, Reis RS, Petroski EL. Brazilian Version of a Lifestyle Questionnaire: Translation and Validation for Young Adults. Arq Bras Cardiol 2008; 91: 92-8

RODRÍGUEZ-GAZQUEZ, M., ET AL. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en alumnos de enfermería de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín, Colombia. En: Enfermería Clínica, Marzo 2006, 16 (2), 84-87.

RODRÍGUEZ MARÍN, Jesús. Estilos de vida y salud. Clínica y salud; 1992, Vol. 3, no. 3: 233-237.

RODRÍGUEZ MOCTEZUMA R, et al. Validez y consistencia del instrumento "FANTASTIC" para medir estilo de vida en diabéticos. Rev Med IMSS. 2003; 41:211-20.

ROMERO B., M.N.; MESA M., L. y GALINDO H. Solanye. Calidad de vida de las (os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. En: Avances en enfermería, 2008, Vol. XXVI (2), 59-70.

ROSENTOCK, I.M. What research in motivation suggest for public health. American Journal of Public Health. 1969. 50, 295-301.

ROSENTOCK, I.M. Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs. 1974. 2, 328-335.

SALINAS J, Vio F. Promoción de Salud y Actividad Física en Chile: política prioritaria [en línea]. Estados Unidos: Rev Panam Salud Publica. 2003; 14 (4):281-8. Disponible en Internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n4/18134.pdf>.

SANABRIA FERRAND, Pablo Antonio; GONZALES Q., Luis A. y URREGO M, Diana Z. Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. [en línea]. Colombia: Revista Med, julio, año/vol. 15, número 002 Universidad Militar Nueva Granada Bogotá. Colombia 2007 pp 207 – 217, [consultado 25 de septiembre de 2011]. Disponible en Internet: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/910/91015208.pdf>.

SÁNCHEZ, Ramiro A, et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial [en línea]. Chile: Revista Chilena de Cardiología - Vol. 29 N°1, 2010. [consultado junio 3 2012], Disponible en internet: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>.

SEGURA FRAGOSO Antonio, et al. Factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Castilla – La Mancha [en línea]. España: Rev. Esp. Cardiol 1999; 52: 577-588 [consultado el 6 de agosto de 2011]. Disponible en Internet: <http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/25/C520805.PDF>.

SIEGRIST, J. Social differentials in chronic disease: what can sociological knowledge offer to explain and possibly reduce them? *Soc Sci Med.* 1995; 41:1603-5.

SHARRATT, JKy SHARRATT, MT, Smith DM, Howell MJ, Davenport L. FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo Employees. *Can Fam Physician.* 1984; 30:1869-72.

TAMAR GARCÍA, F. y RAMÍREZ, O. Rol de Enfermería promoción hábitos saludables mejorar calidad de vida personas hipertensas. 2010 [en línea]. Colombia: Portales médicos, s.f., Disponible en Internet: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/>.

TERCEDOR SÁNCHEZ, Pablo y DELGADO FERNÁNDEZ, Manuel. Modalidades de práctica de actividad física en el estilo de vida de los escolares [en línea]. Argentina: Efedepportes, Revista Digital 2000; 5, [consultado el 18 de junio de 2011]. Disponible en internet: <http://www.efdeportes.com/efd24b/estilo.htm>.

TORRES, Yolanda. Aspectos epidemiológicos: Factores de riesgo a la luz del Framingham. Factores de riesgo cardiovascular mitos y realidades. Medellín, 2004.

TRIVIÑO, L. P., *et al.* Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. *Rev. Acta Medica Colombiana*, Vol. 34, No. 4, 2009, p. 258-163.

TRIVIÑO QUINTERO, Lisbeth Patricia, *et al.* Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad [en línea]. Colombia: Acta Med. Colombiana, 2009 Dic.; 34(4): 158-163, [consultado junio 15 de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482009000400002&lng=es.

UMAÑA MACHADO, Alejandra. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005 [en línea]. Costa Rica: Revista Enfermería en Costa Rica, junio 2007, vol. 28(1): 5-12 [consultado enero 18 de

2011]. Disponible en internet:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v28n1/art2.pdf>.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA, Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería, Hipertexto “Cuidado para la Salud Cardiovascular”, 2012 a, Bogotá.

WALLSTON, K., WALLSTON, B., & De Vellis, R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Education Monographs, 6, 161-171. 1978.

WILSON, B. Un Enfoque de Estilo de Vida para la Práctica de Enfermería. En Hall, J. Enfermería en Salud comunitaria. Un Enfoque de Sistemas. OPS - OMS, 1990.

WILSON, D.M y CILISKA D. Life-style assessment: Development and use of the FANTASTIC checklist. Can Fam Physician. 1984;30:1527-32.

WILSON, D.M y CILISKA D. Lifestyle assessment: Testing the FANTASTIC instrument. Can Fam Physician. 1984;30:1863-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Alliance for health policy and systems research, Briefing, note 1, 2007.

_____. Towards age-friendly primary health care. Geneva:WHO; 2004 [en línea], [consultado el 4 de Julio de 2012]. Disponible en Internet:
http://www.who.int/hpr/ageing/af_report.pdf.