



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11

**“ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL
PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No 11 (UMF-11), DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACIÓN
AGUASCALIENTES.”**

TESIS PRESENTADA POR
AURELIO ALFREDO SANDOVAL GUZMÁN

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

ASESOR:
DRA. SARAHI ESTRELLA MALDONADO PAREDES

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A 6 FEBRERO DE 2024.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOETICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Miércoles, 24 de noviembre de 2021**

M.C. Sarahi Estrella Maldonado Paredes

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 (UMF-11), DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

M.C. Sarahi Estrella Maldonado Paredes
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir

IMSS

SEGURO Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 101.
H. GRAL. ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CI 01 001 038
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018092

FECHA Miércoles, 24 de noviembre de 2021

M.C. Sarahí Estrella Maldonado Paredes

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de Investigación con título **ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 (UMF-11), DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**, que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional

R-2021-101-057

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


M.E. MA DEL CARMEN BONILLA RODRÍGUEZ
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES ENERO 2024

DR. EN FARM. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTE

Por medio del presente le informo que el residente de la especialidad de medicina familiar de la unidad de medicina familiar no. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes:

DR. AURELIO ALFREDO SANDOVAL GUZMÁN

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

“ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 (UMF-11) DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

Número de registro institucional: **R-2021-101-057** del comité local de investigación y ética en investigación en salud no. 101

Elaborado de acuerdo con la opción de la titulación: **TESIS**

El Dr. Aurelio Alfredo Sandoval Guzmán asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES ENERO 2024

**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 IMSS OOAD AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

PRESENTE

Por medio del presente le informo que el residente de la especialidad de medicina familiar de la unidad de medicina familiar no. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la OOAD Aguascalientes:

DR. AURELIO ALFREDO SANDOVAL GUZMÁN

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:
"ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 (UMF-11) DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"

Número de registro institucional: **R-2021-101-057** del comité local de investigación y ética en investigación en salud no. 101

Elaborado de acuerdo con la opción de la titulación: **TESIS**

El Dr. Aurelio Alfredo Sandoval Guzmán asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconveniente para que proceda la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular agradezco la atención que sirva a la presente quedando a sus órdenes para cualquier aclaración

ATENTAMENTE

**DRA. SARAHÍ ESTRELLA MÁLDONADO PAREDES
DIRECTORA DE TESIS**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sarahí Maldonado Paredes', written over the printed name and title.



**DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL
EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS**



Fecha de dictaminación
dd/mm/aa:

16/02/24

NOMBRE: SANDOVAL GUZMAN AURELIO ALFREDO

ID 310448

ESPECIALIDAD:

MEDICINA FAMILIAR

LGAC (del
posgrado):

ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

TIPO DE TRABAJO:

() Tesis

() Trabajo práctico

ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO 11 (UMF-11), DEL INSTITUTO

TITULO:

MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS), DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

IDENTIFICACIÓN DE AFECCIÓN CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE SALUD, CONTRIBUYE A LA

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):

IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

<u>SI</u>	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
<u>SI</u>	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
<u>SI</u>	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
<u>SI</u>	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
<u>SI</u>	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
<u>SI</u>	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
<u>SI</u>	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
<u>NO</u>	Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
<u>SI</u>	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)
El egresado cumple con lo siguiente:	
<u>SI</u>	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
<u>SI</u>	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
<u>SI</u>	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
<u>SI</u>	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
<u>SI</u>	Coincide con el título y objetivo registrado
<u>SI</u>	Tiene el CVU del Conacyt actualizado
<u>NA</u>	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X

No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:


MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

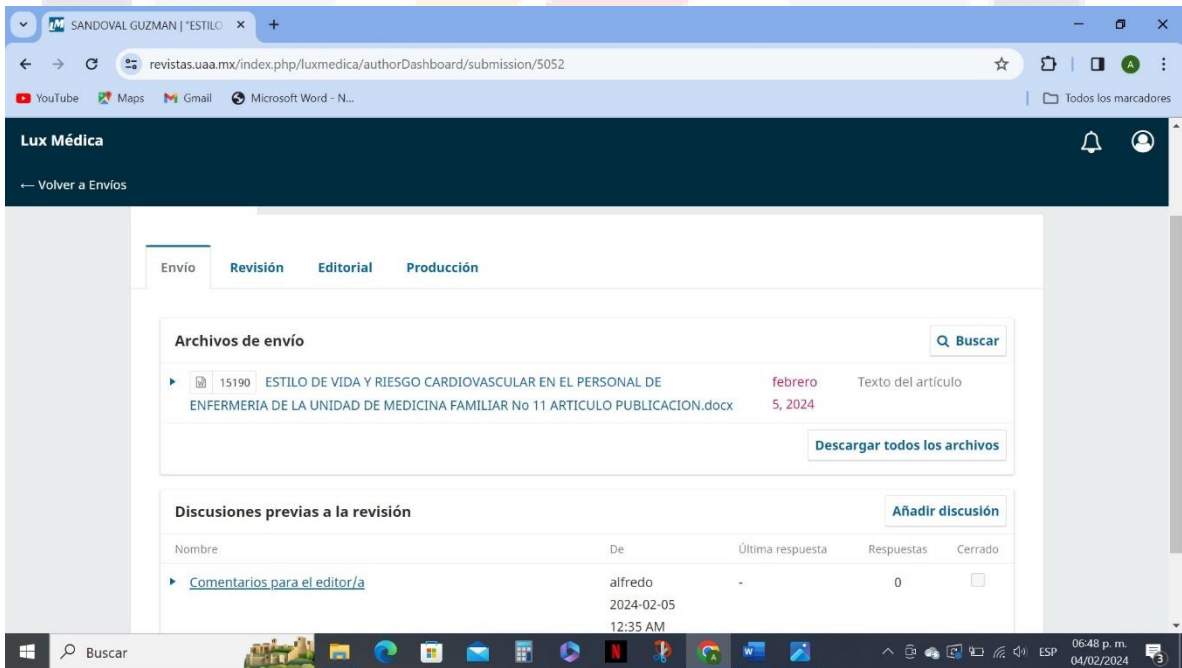
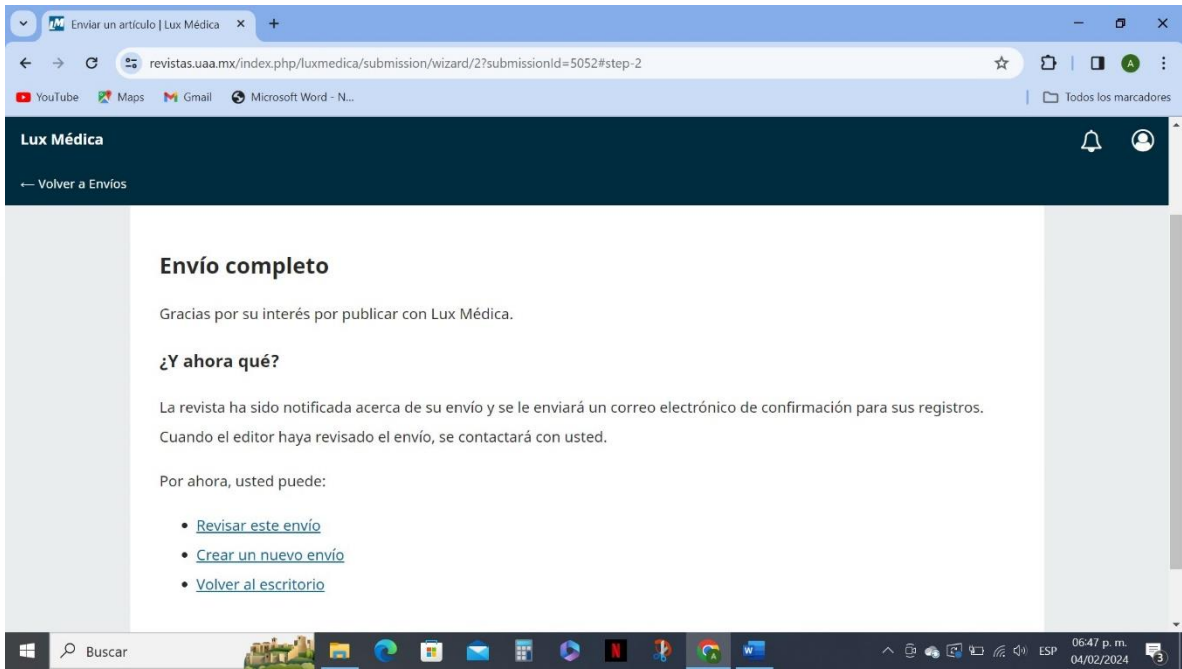
NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:


DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

EVIDENCIA DE ENVIO DE ARTICULO A PUBLICAR



AGRADECIMIENTOS

Agradezco de todo corazón a mis padres José Alfredo Sandoval Ruiz y María Rutilia Guzmán Aguado, por darme siempre todo su apoyo y cariño incondicional en cada momento de mi vida y etapa formativa, así como la oportunidad de estudiar, a pesar de nuestras limitaciones y oportunidades.

Agradezco a mi pareja por su comprensión, paciencia y cariño en este proceso tan complicado para mí.

Mi hija Hannah Nayeli Sandoval Villalobos, que es el motor de mi vida que me impulsa para seguir adelante y que me motiva a hacer mejor día con día.

Mis compañeros de medicina familiar por compartir esta experiencia juntos, desveladas, guardias, risas tristezas y sobre todo aventuras juntos. Mis compañeros de rotación de campo que a pesar de haber compartido muy poco tiempo juntos, formamos un vínculo de amistad y compañerismo muy fuerte no los olvidare.

Agradecimiento a mi tutora, maestra y amiga Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes, que quien con sus consejos, enseñanzas y regaños me enseñó la importancia de esta especialidad llamada medicina familiar.

Agradecimiento especial a los médicos docentes que, con sus consejos, enseñanzas y sobre todo paciencia formaron parte de mi formación académica.

Por último, agradecer al Instituto Mexicano del Seguro Social y a la Universidad Autónoma de Aguascalientes, por abrirme las puertas y darme la oportunidad de realizar en sus filas la especialidad de medicina familiar, así como de poder tener el orgullo de pertenecer a estas dos grandes familias institucionales.

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEORICO	9
2.1. Estratégica de búsqueda de información	9
2.2. Antecedentes científicos	9
2.3. Marco teórico	21
2.4. Factores de riesgo no modificables.	25
2.5. Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE).	34
2.6. Estilo de vida	34
3. JUSTIFICACIÓN	35
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
4.1. Pregunta de investigación	42
5. OBJETIVOS	43
5.1. Objetivo general	43
5.2. Objetivos específicos	43
6. HIPÓTESIS	44
6.1. Hipótesis alterna o verdadera	44
6.2. Hipótesis nula	44
7. MATERIAL Y MÉTODOS	46
7.1. Diseño metodológico.	46
7.2. Unidades de observación y análisis	46
7.3. Criterios de selección	46
7.4. Muestreo	47

7.5.	Descripción de variables y operacionalización de las variables.	47
7.6.	Descripción del instrumento.	49
7.7.	Plan para el procesamiento y análisis de datos	51
7.8.	Plan para procesamiento y análisis de datos.	53
7.9.	Aspectos éticos	54
7.10.	Recursos, financiamiento y factibilidad	57
7.11.	Recursos materiales:	57
8.	RESULTADOS	58
9.	DISCUSION	68
10.	CONCLUSIONES	70
10.1.	Sesgos y limitaciones	71
10.2.	Recomendaciones	72
11.	GLOSARIO	73
12.	REFERENCIAS	74
13.	ANEXOS	80
ANEXO A.	Operacionalización de las variables.	80
ANEXO B.	Instrumento de recolección de datos	87
ANEXO C.	Carta de consentimiento informado	93
ANEXO D.	Categoría del personal.	94
ANEXO E.	Carta de no inconveniente	95
ANEXO F.	Manual operacional	96

INDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1.</i>	<i>Variables sociodemográficas</i>	<u>60</u>
<i>Tabla 2.</i>	<i>Tabaquismo</i>	<u>61</u>
<i>Tabla 3.</i>	<i>Diabetes mellitus</i>	<u>61</u>
<i>Tabla 4.</i>	<i>Hipertensión arterial</i>	<u>62</u>
<i>Tabla 5.</i>	<i>Clasificación global del estilo de vida</i>	<u>62</u>
<i>Tabla 6.</i>	<i>Riesgo cardiovascular</i>	<u>63</u>
<i>Tabla 7.</i>	<i>Asociaciones crudas</i>	<u>64</u>
<i>Tabla 8.</i>	<i>Asociaciones ajustadas</i>	<u>67</u>

INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i>	<i>Modelo de promoción de la salud de Pender 1996.</i>	<u>24</u>
------------------	--	-----------

RESUMEN

Antecedentes: La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad globalmente, y el personal de enfermería, como elemento clave en el sistema de salud, enfrenta riesgos laborales que pueden afectar su salud cardiovascular. Este estudio en la UMF No. 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Aguascalientes. **Objetivo:** Conocer la relación entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular en enfermeros. **Metodología:** análisis observacional, analítico y transversal comparativo, incluyendo a 121 trabajadores de enfermería mediante un muestreo no probabilístico y no aleatorio. Se emplearon dos cuestionarios para evaluar los factores de riesgo cardiovascular y el estilo de vida. **Resultados:** La mayoría (70.3%) de los participantes tenían un riesgo cardiovascular bajo, menor al 1%. Sin embargo, un 24.3% presentaba un riesgo alto (6-9%) y un 5.4% un riesgo muy alto, superior al 10%. Se identificaron asociaciones significativas entre cardiovascular en los trabajadores de enfermería de la UMF 11 el riesgo cardiovascular y variables como la edad ($p = 0.024$), el sexo ($p = 0.006$), la diabetes mellitus ($p = 0.021$), la atención médica y seguimiento ($p = 0.012$), y las relaciones interpersonales ($p = 0.271$). Destacaron el sexo masculino (OR = 10.120) y la atención médica y seguimiento (OR = 11.667) como los de mayor Odds Ratio (OR). Al ajustar por otras variables, el sexo masculino (OR = 416.231, $p = 0.026$), fumar (OR = 383.873, $p = 0.018$) y la edad (OR = 0.039, $p = 0.015$) se mantuvieron como los más significativamente asociados con el riesgo cardiovascular. **Conclusiones:** El sexo masculino, el hábito de fumar y la edad son factores críticos asociados a un mayor riesgo cardiovascular en los trabajadores de enfermería de la UMF 11 del IMSS en Aguascalientes. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar intervenciones para fomentar estilos de vida saludables y reducir el riesgo cardiovascular en estos profesionales de la salud.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular, Estilo de vida, Enfermería

ABSTRACT

Background: Cardiovascular disease is one of the main causes of morbidity and mortality globally, and nursing staff, as a key element in the health system, face occupational risks that can affect their cardiovascular health. This study was conducted in the Family Medicine Unit No. 11 (UMF-11) of the Mexican Institute of Social Security (IMSS) in Aguascalientes. **Objective:** To know the relationship between lifestyle and cardiovascular risk in nurses. **Methodology:** observational, analytical and comparative cross-sectional analysis, including 121 nursing workers through non-probabilistic and non-random sampling. Two questionnaires were used to evaluate cardiovascular risk factors and lifestyle. **Results:** The majority (70.3%) of the participants had a low cardiovascular risk, less than 1%. However, 24.3% had a high risk (6-9%) and 5.4% a very high risk, greater than 10%. Significant associations were identified between cardiovascular risk and variables such as age ($p = 0.024$), sex ($p = 0.006$), diabetes mellitus ($p = 0.021$), medical care and follow-up ($p = 0.012$), and relationships interpersonal ($p = 0.271$). Male sex (OR = 10.120) and medical care and follow-up (OR = 11.667) stood out as those with the highest Odds Ratio (OR). When adjusting for other variables, male sex (OR = 416.231, $p = 0.026$), smoking (OR = 383.873, $p = 0.018$) and age (OR = 0.039, $p = 0.015$) remained the most significantly associated with the cardiovascular risk. **Conclusions:** Male sex, smoking habit and age are critical factors associated with a greater cardiovascular risk in the nursing staff of the UMF-11 of the IMSS in Aguascalientes. These findings highlight the importance of implementing interventions to promote healthy lifestyles and reduce cardiovascular risk in these health professionals.

Keywords: Cardiovascular risk, Lifestyle, Nursing

1. INTRODUCCIÓN

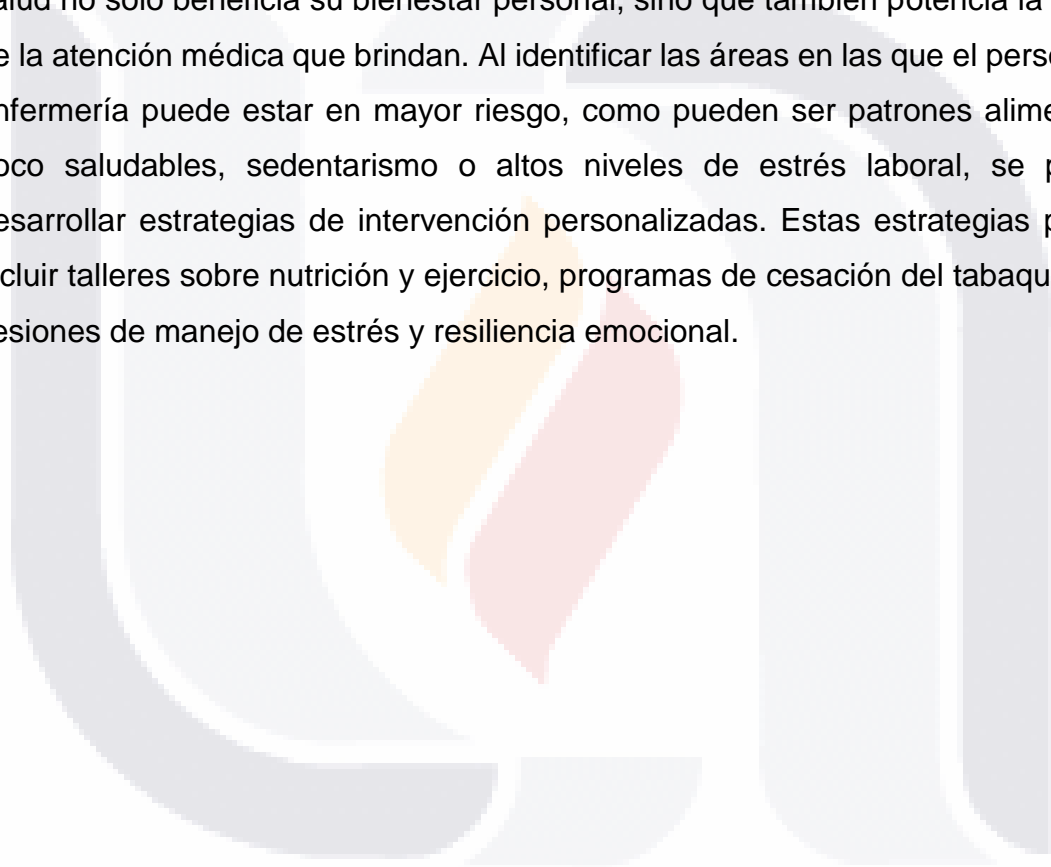
Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las principales causas de preocupación en el ámbito de la salud pública a escala global, siendo responsables de una considerable cuota de la morbilidad y mortalidad registrada en diversas partes del mundo. Según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que anualmente se producen 17.9 millones de fallecimientos atribuibles a estas afecciones, cifra que equivale aproximadamente al 31% del total de decesos a nivel mundial. Este impacto resalta la urgencia y la importancia de abordar eficazmente las enfermedades cardiovasculares como una prioridad de salud pública. En este contexto, el personal de enfermería, quienes desempeñan un papel crucial dentro del sistema de atención de salud, no está exento de enfrentar riesgos significativos para su salud cardiovascular. Dada la naturaleza de su trabajo, que conlleva largas horas de labor, estrés constante, turnos irregulares y, en muchas ocasiones, hábitos de vida poco saludables derivados de las exigencias del entorno laboral, los profesionales de enfermería están particularmente expuestos a factores de riesgo que pueden comprometer su bienestar cardiovascular. Estos riesgos incluyen el sedentarismo por la falta de tiempo o espacio para el ejercicio regular, dietas desbalanceadas consumidas en horarios irregulares debido a la intensidad de sus jornadas laborales, y el estrés crónico, que es un conocido factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares. La interacción entre estos factores de riesgo laborales y personales pone de manifiesto la necesidad de implementar estrategias de prevención y promoción de la salud dirigidas específicamente al personal de enfermería. Es imperativo que las instituciones de salud reconozcan la importancia de cuidar a quienes cuidan de la salud de otros, promoviendo entornos de trabajo que fomenten la adopción de estilos de vida más saludables y ofrezcan programas de apoyo para la gestión del estrés y la promoción de la actividad física y la alimentación balanceada.

La incorporación de hábitos y prácticas saludables en la vida cotidiana emerge como un elemento crucial en la lucha contra las enfermedades cardiovasculares (ECV),

una de las principales causas de mortalidad a nivel global. Los factores de riesgo que pueden ser modificados mediante cambios en el estilo de vida, tales como el consumo de tabaco, seguir una dieta inadecuada, la falta de actividad física y el abuso de alcohol, juegan un papel preponderante en el aumento de la probabilidad de sufrir ECV. Es esencial reconocer que el personal de enfermería, quienes tienen una función esencial tanto en el cuidado de pacientes afectados por estas enfermedades como en la promoción de conductas saludables entre la población, no está inmune a estos factores de riesgo. De hecho, debido a las características propias de su entorno laboral, que a menudo incluye largas horas de trabajo, turnos nocturnos y el estrés asociado con el cuidado de pacientes críticos, pueden encontrarse particularmente vulnerables a adoptar estilos de vida que incrementan su riesgo de padecer ECV. Implementar una alimentación balanceada rica en frutas, verduras y granos integrales, mantener una rutina regular de ejercicio físico, evitar el tabaco y limitar el consumo de alcohol son pasos fundamentales que pueden reducir significativamente el riesgo de desarrollar ECV. Además, fomentar un equilibrio adecuado entre la vida laboral y personal y adoptar estrategias eficaces para el manejo del estrés pueden contribuir en gran medida a promover un bienestar integral. Es imperativo que las instituciones de salud y las organizaciones profesionales reconozcan la necesidad de apoyar a los enfermeros. Esto podría lograrse mediante la creación de programas de bienestar específicamente diseñados para el personal de enfermería, que ofrezcan recursos y herramientas para el manejo del estrés, la nutrición saludable, la actividad física y la cesación del tabaquismo. Asimismo, promover entornos de trabajo que faciliten la adopción de hábitos saludables, como ofrecer opciones de alimentos nutritivos en las cafeterías hospitalarias y proporcionar espacios y tiempos para la actividad física, son medidas que pueden tener un impacto positivo.

La finalidad de este estudio reside en profundizar en cómo los hábitos y conductas cotidianas del personal de enfermería de la UMF No. 11, perteneciente al IMSS en Aguascalientes, se relacionan con su susceptibilidad a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Este análisis busca desentrañar el vínculo entre el estilo de vida

y el grado de riesgo cardiovascular en estos profesionales de la salud, considerando variables como la actividad física, la alimentación, el uso de tabaco y el manejo del estrés. Los hallazgos que se esperan obtener de esta investigación son de gran relevancia, ya que podrían servir de base para el diseño e implementación de programas específicos dirigidos a promover hábitos más saludables entre el personal de enfermería. Reconociendo que estos trabajadores desempeñan un rol crucial en el cuidado de pacientes con enfermedades cardiovasculares, mejorar su salud no solo beneficia su bienestar personal, sino que también potencia la calidad de la atención médica que brindan. Al identificar las áreas en las que el personal de enfermería puede estar en mayor riesgo, como pueden ser patrones alimenticios poco saludables, sedentarismo o altos niveles de estrés laboral, se pueden desarrollar estrategias de intervención personalizadas. Estas estrategias podrían incluir talleres sobre nutrición y ejercicio, programas de cesación del tabaquismo, y sesiones de manejo de estrés y resiliencia emocional.



2. MARCO TEORICO

2.1. Estratégica de búsqueda de información

Tras una meticulosa búsqueda en reconocidas bases de datos como PUBMED, EBSCO, BVS, UPTODATE y CONRICYT, utilizando un conjunto de términos clave y sus respectivos sinónimos, incluyendo "Factor de riesgo", "enfermedad cardiovascular", "estilo de vida", "primer nivel de atención" y "personal de enfermería", así como los términos DeSc equivalentes en inglés "Risk factor", "Cardiovascular disease" y "nursing staff", se logró compilar una serie de estudios internacionales enfocados en el personal de enfermería que labora en el sector salud. Estos estudios se centraron en medir las prevalencias de distintos factores de riesgo cardiovascular, evaluando los estilos de vida del personal mediante esta búsqueda exhaustiva revelaron una imagen amplia y detallada de la situación que enfrenta el personal de enfermería en lo que respecta a la salud cardiovascular a nivel global. Los estudios identificados abordaron una variedad de factores de riesgo, incluyendo hábitos alimenticios, niveles de actividad física, prevalencia de tabaquismo, índices de masa corporal, entre otros, destacando cómo estos elementos contribuyen al riesgo cardiovascular en esta población específica.

2.2. Antecedentes científicos

2.2.1. Estudios con un nivel de conocimiento descriptivos

La investigación llevada a cabo por Fernanda Jorge Magalhães en 2014, titulada "Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares entre profesionales de enfermería: estrategias de promoción de la salud", se centró en una exploración detallada de los factores de riesgo tanto modificables como inmutables asociados con las enfermedades cardiovasculares dentro del colectivo de profesionales de enfermería. Este estudio, de naturaleza documental y cuantitativa, analizó 165 registros del personal de enfermería de un hospital público en Fortaleza, Ceará, Brasil, con el objetivo de esclarecer cuáles son los riesgos prevalentes en este grupo y ofrecer recomendaciones para fomentar prácticas de salud más beneficiosas.

Mediante el uso de técnicas de estadística descriptiva y la presentación de los hallazgos en gráficos y tablas, el estudio reveló una prevalencia significativa de un 72,9% de los casos, un porcentaje alarmante de sedentarismo del 64,9%, sobrepeso en el 56,4% de los participantes, y una circunferencia de cintura elevada en el 49,7%. Estos datos subrayan la presencia extendida de condiciones que predisponen al personal de enfermería a un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Frente a estos retos, el estudio propuso una serie de estrategias orientadas a la promoción de la salud, incluyendo la orientación educativa sobre hábitos saludables, la derivación a especialistas cuando sea necesario, y el seguimiento continuo de los indicadores clínicos relevantes. Estas medidas buscan no solo abordar los factores de riesgo identificados, sino también empoderar a los profesionales de enfermería para que tomen un papel activo en el cuidado de su propia salud. La necesidad de enfocar esfuerzos en la salud de estos profesionales se hace aún más evidente al considerar la naturaleza estresante de su trabajo. Los profesionales de enfermería enfrentan diariamente desafíos como la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento financiero y la exposición a enfermedades ocupacionales, aspectos que pueden mermar su calidad de vida y obstaculizar su capacidad para practicar un autocuidado efectivo. La investigación de Magalhães subraya la importancia de crear entornos de trabajo que no solo reconozcan y valoren la labor de estos profesionales, sino que también promuevan activamente su bienestar físico y emocional. En conclusión, el estudio de Magalhães arroja luz sobre la crítica situación de riesgo cardiovascular entre los profesionales de enfermería y destaca la imperiosa necesidad de implementar estrategias integrales de promoción de la salud. Al hacerlo, se busca no solo mejorar la calidad de vida de estos indispensables trabajadores de la salud, sino también optimizar su rendimiento y satisfacción en el desempeño de su vital función dentro del sistema de salud. (1)

El estudio realizado por Gabriel Vidal-Blanco en 2018 tuvo como propósito profundizar en el entendimiento de cómo la calidad de vida laboral y las prácticas de autocuidado de los profesionales de enfermería, que se desempeñan bajo

condiciones de alta demanda emocional, interactúan y se influyen mutuamente. Adoptando una aproximación cualitativa, este trabajo se valió del método fenomenológico-hermenéutico/interpretativo, complementado con entrevistas semiestructuradas, para capturar la esencia de las experiencias vividas por estos profesionales en su entorno laboral. El análisis de la información recopilada se llevó a cabo utilizando el software Maxqda 11, permitiendo una exploración detallada de los datos. Los hallazgos del estudio revelaron que los aspectos organizacionales dentro de las instituciones de salud presentan obstáculos significativos para el autocuidado de los enfermeros, impactando negativamente en su capacidad para brindar atención médica óptima. Sin embargo, se identificó que el trabajo directo con los pacientes constituye un elemento protector, ya que la satisfacción derivada de asistir a personas en situaciones de enfermedad grave y sufrimiento ofrece una fuente de motivación y realización personal. A pesar de este aspecto positivo, la calidad de vida laboral de los enfermeros fue calificada como deficiente, siendo los horarios de trabajo extenuantes y los tipos de jornadas laborales los factores que más adversamente afectan su bienestar. Esta situación resalta la necesidad de adoptar una mirada crítica hacia el concepto de autocuidado dentro de la profesión de enfermería, proponiendo estrategias de intervención y planes de capacitación que aborden estos desafíos. El estudio concluye subrayando la importancia de una mayor implicación por parte de las instituciones de salud en el fomento de la calidad de vida laboral de los enfermeros. Se sugiere que, mediante la implementación de políticas y programas dirigidos a mejorar las condiciones de trabajo y promover prácticas saludables de autocuidado, se puede lograr un entorno laboral más favorable. Esto no solo beneficiaría a los profesionales de enfermería, permitiéndoles cuidar de sí mismos de manera efectiva, sino que también mejoraría la calidad de la atención brindada a los pacientes, al contar con un personal más satisfecho, motivado y saludable. (2)

La investigación llevada a cabo por María Clementina Gualpa Lema y su equipo en Ecuador, a través de un enfoque descriptivo, transversal y prospectivo, el estudio involucró a 73 profesionales de enfermería, a quienes se les aplicó meticulosamente

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

un cuestionario diseñado para recopilar información detallada sobre sus datos personales y antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares. Además, se tomaron muestras sanguíneas para analizar tanto el perfil lipídico como los niveles de glucosa, complementando estos datos con el cálculo del índice de masa corporal (IMC) de cada participante. Los hallazgos del estudio revelaron cifras preocupantes, un sorprendente 60,3% de las participantes fueron clasificadas como sedentarias, lo que destaca la falta de actividad física regular como un problema significativo en este grupo. La prevalencia del sobrepeso fue igualmente alarmante, afectando al 54,8% de las enfermeras evaluadas, lo que resalta la importancia de la nutrición y el control del peso en la prevención de enfermedades cardiovasculares. En cuanto a los parámetros bioquímicos, el estudio identificó que un 5% de las enfermeras tenía niveles elevados de colesterol total, mientras que el 2,73% presentaba niveles altos de LDL-colesterol, conocido comúnmente como el "colesterol malo". Los niveles de triglicéridos estaban elevados en el 9,6% de las participantes. Estos indicadores lipídicos son cruciales para evaluar el riesgo cardiovascular, ya que su elevación está directamente relacionada con un mayor riesgo de aterosclerosis y enfermedad coronaria. Además, se encontró que el 1,4% de las enfermeras sufría de hipertensión sistólica grado I y el 12,3% presentaba hipertensión diastólica, incluyendo un 10,9% con hipertensión diastólica grado I y un 1,4% con grado II. La glicemia alterada en ayunas se observó en el 1,4% de las participantes, lo que indica un riesgo potencial, un conocido factor de riesgo cardiovascular. Los resultados de esta investigación subrayan la imperiosa necesidad de adoptar y promover estilos de vida más saludables entre los profesionales de enfermería, con el fin de mitigar los factores de riesgo cardiovascular identificados. Esto incluye la implementación de programas de educación para la salud que fomenten la actividad física regular, una alimentación equilibrada, el control del peso y la monitorización periódica de parámetros clínicos vitales. (3)

El estudio "Riesgo cardiovascular del personal de enfermería en el área quirúrgica", realizado por Sifuentes Contreras y colaboradores en 2017, se propuso explorar y

cuantificar los factores de riesgo cardiovascular entre las enfermeras que desempeñan sus funciones en entornos quirúrgicos. Empleando un diseño descriptivo y transversal, esta investigación abarcó una muestra de 43 enfermeras, con el objetivo de obtener una fotografía precisa de la situación cardiovascular de este grupo específico dentro del ámbito de la salud. Los hallazgos del estudio revelaron que la distribución etaria de las enfermeras se concentraba principalmente en las etapas de adultez joven y madura, con una predominancia de bajo riesgo cardiovascular en estas cohortes. Esta observación sugiere que, a pesar del entorno de alta exigencia y estrés propio de las áreas quirúrgicas, el perfil de riesgo cardiovascular general de estas profesionales se mantiene en niveles relativamente bajos. En cuanto a los factores de riesgo modificables, el análisis indicó que, si bien la mayoría de las enfermeras presentaban niveles normales de colesterol total, existía un porcentaje significativo que mostraba valores reducidos de colesterol HDL ("colesterol bueno"). Esta condición es relevante ya que niveles bajos de HDL están asociados con un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Además, se constató que la mayor parte del personal no tenía hábitos tabáquicos y que más de la mitad registraba valores normales en la presión arterial sistólica, dos factores que contribuyen positivamente a la salud cardiovascular. Al evaluar el riesgo cardiovascular a 10 años utilizando el Modelo de Framingham, se encontró que, aunque la mayoría de las enfermeras se ubicaban en categorías de "Muy Bajo" y "Bajo" riesgo, un 18,61% presentaba un riesgo "Moderado", "Alto" o "Muy Alto". Este dato resalta la importancia de no subestimar la necesidad de adoptar medidas preventivas y promocionales enfocadas en la salud cardiovascular. Los resultados de este estudio subrayan la necesidad crítica de implementar estrategias dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades cardiovasculares entre el personal de enfermería del área quirúrgica. Es esencial mejorar las condiciones de trabajo y fomentar un entorno que apoye el autocuidado y la adopción de hábitos saludables, con el fin de reducir los riesgos cardiovasculares y salvaguardar la salud individual y colectiva de estas profesionales. La introducción de programas de bienestar, sesiones educativas sobre factores de riesgo cardiovascular y la promoción de estilos de vida activos

son algunas de las iniciativas que podrían contribuir significativamente a este objetivo, asegurando que el personal de enfermería mantenga una óptima salud cardiovascular en el cumplimiento de su importante labor. (4)

En el estudio realizado por Juan Antonio Alonso Díaz, Ana Belén Calleja Méndez y Soledad Borbolla Ruiz, analizando una muestra de 358 trabajadores, compuesta mayoritariamente por hombres (330) y una minoría de mujeres (28). Este análisis descriptivo transversal se fundamentó en la evaluación de los principales factores de riesgo cardiovascular, tanto los más conocidos (como la dislipemia, el tabaquismo, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus) como aquellos considerados subyacentes (incluyendo el sobrepeso/obesidad, el sedentarismo, la hipertrigliceridemia, el consumo de alcohol y los antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares), contrastando estos datos en función de variables demográficas críticas como la edad y el sexo. Este proceso se llevó a cabo mediante un protocolo estandarizado durante los exámenes médicos laborales periódicos. Los hallazgos de este estudio revelaron que la dislipemia, afectando al 52% de los trabajadores, seguido del tabaquismo, con un 35%, y la obesidad, presente en el 22% de la muestra, constituían los factores de riesgo más prevalentes entre los empleados de la industria metalúrgica. Estos tres factores no solo representaban una amenaza significativa para la salud cardiovascular de esta población laboral, sino que también se identificaron como los principales contribuyentes al riesgo atribuible de desarrollar cardiopatía isquémica en la población general española, subrayando la importancia de abordar estos riesgos de manera proactiva. A partir de estos resultados, los autores destacaron el rol crítico que desempeñan los servicios de salud laboral dentro de las empresas, resaltando su posición única para llevar a cabo la evaluación y el manejo de los factores de riesgo cardiovascular en la población trabajadora. La identificación temprana de estos riesgos abre una ventana de oportunidad para la implementación de medidas preventivas dirigidas a mitigar su impacto, promoviendo así la salud y el bienestar de los empleados. La conclusión de este estudio subraya la necesidad imperativa de establecer programas de prevención y promoción de la salud cardiovascular en el ámbito

laboral, adaptados a las características específicas de la población trabajadora. Estas intervenciones pueden incluir campañas de sensibilización sobre los riesgos del tabaquismo, programas de nutrición y actividad física para combatir la obesidad y la dislipemia, así como controles regulares de la presión arterial y los niveles de glucosa en sangre. Al implementar estas medidas preventivas, las empresas no solo contribuirían a mejorar la calidad de vida de sus trabajadores, sino que también se beneficiarían de una fuerza laboral más saludable y productiva, destacando el valor de invertir en salud laboral como un elemento fundamental para el éxito empresarial y la sostenibilidad a largo plazo. (5)

El estudio realizado por Rodríguez-Reyes et al. en 2017 se propuso examinar en profundidad la distribución de diversos parámetros clínicos y antropométricos entre los trabajadores de la salud de un hospital general, con el fin de evaluar el riesgo cardiovascular (CVR) de acuerdo con los criterios establecidos por organismos de referencia como la OMS, el JNC 7 y el ATP III. A través de un diseño observacional y transversal, esta investigación analizó una muestra significativa de 350 trabajadores, aplicando un enfoque riguroso para definir las alteraciones antropométricas y de presión arterial basándose en los estándares reconocidos internacionalmente. Los resultados de este estudio revelaron una prevalencia preocupante de factores de riesgo cardiovascular entre el personal del hospital, destacando especialmente las cifras elevadas en cuanto a obesidad, obesidad abdominal y alteraciones en la relación cintura-cadera (RCC), siendo estos indicadores más pronunciados bajo los criterios del ATP III en comparación con los de la OMS. Además, se observó una distribución desigual de la obesidad entre los distintos grupos de trabajadores, siendo más común en mujeres, el personal administrativo y de enfermería, según los criterios de la OMS, aunque esta diferenciación no se mantuvo al aplicar los criterios del ATP III. La RCC mostró una mayor prevalencia en mujeres, mientras que la presión arterial alterada fue más común en hombres. Alarmantemente, el estudio también encontró que el 50% de los trabajadores presentaban niveles anómalos de glucemia capilar. La variabilidad en el número de anomalías antropométricas y clínicas identificadas, así como en

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sus combinaciones, sugiere una complejidad en los perfiles de riesgo cardiovascular dentro de esta población. Las diferencias en la prevalencia de una a tres alteraciones, dependiendo de si se aplicaban los criterios de la OMS o del ATP III, respectivamente, indican la necesidad de un enfoque más uniforme y sistemático para el diagnóstico del CVR. Ante la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular identificados en el estudio, Rodríguez-Reyes y su equipo enfatizaron la urgencia de implementar estrategias de intervención inmediata. Estas medidas buscan no solo reducir las comorbilidades asociadas y los costos tanto institucionales como personales derivados de los factores de riesgo cardiovascular, sino también mejorar la detección temprana de estas condiciones. La adopción de los criterios del ATP para la evaluación del CVR se presenta como una recomendación clave del estudio, con el objetivo de minimizar el subdiagnóstico de riesgos cardiovasculares en este grupo crítico de profesionales de la salud. (6)

En el estudio llevado a cabo por Trejo Ortiz y cols. buscó examinar cómo estos factores de riesgo variaban en función de las distintas etapas de cambio conductual en las que se encontraban los participantes. Para realizar esta evaluación, se aplicaron dos herramientas específicas: el instrumento VICORSAT, destinado a evaluar los factores de riesgo cardiovascular, y la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island, diseñada para identificar la etapa de cambio conductual en la que se sitúa una persona respecto a un comportamiento particular. Además, se realizaron mediciones físicas, incluyendo el peso, la talla, la presión arterial y la circunferencia de cintura, en una muestra aleatoria compuesta por 150 enfermeros y enfermeras. Los resultados obtenidos del estudio arrojaron luz sobre un panorama preocupante: una considerable proporción de los enfermeros evaluados presentaba hábitos sedentarios, con un 63.3% de los participantes clasificados como tales. Además, se identificó una alta prevalencia de sobrepeso u obesidad, afectando al 64.7% de la muestra. Otros factores de riesgo significativos incluyeron antecedentes familiares de diabetes, presentes en el 46% de los participantes, y de hipertensión, reportados por el 52%. A partir de estos hallazgos, Trejo Ortiz y su equipo concluyeron que es imperativo que se tome conciencia de

los que están expuestos y se comprometa activamente en la adopción de medidas para mitigar o eliminar dichos riesgos. Esta conclusión subraya la necesidad de fomentar una cultura de autocuidado y prevención dentro del colectivo de enfermería, promoviendo hábitos de vida saludables y conductas proactivas para mejorar su salud cardiovascular. (7)

2.2.2. Estudios con un nivel de conocimiento observacional.

El objetivo de este estudio, realizado por Edith Marianela Bareiro-Drudis en el 2020, fue describir el estado nutricional y las alteraciones metabólicas en el personal de enfermería que realiza guardias nocturnas en el Hospital General de Barrio Obrero. Se utilizó un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, y participaron 40 profesionales de enfermería. Se encontró que el 80% de los participantes presentó exceso de peso según el índice de masa corporal y el 74% presentó exceso de grasa corporal según bioimpedancia. Más de la mitad de los participantes, el 55%, reportó al menos una alteración metabólica, y el 25% presentó dos o más. Las alteraciones metabólicas más frecuentes fueron la hipertrigliceridemia y el hipercolesterolemia. Se concluye que la mayoría de los profesionales de enfermería que realizan guardias nocturnas en este hospital presentan exceso de peso y alteraciones metabólicas. (8)

El estudio realizado por Felipe Porras y Sandra Eulalia en 2017 se enfocó en explorar la conexión existente entre los patrones de comportamiento y hábitos de vida de los profesionales de enfermería y su susceptibilidad a padecer enfermedades cardiovasculares, particularmente aquellos que ejercen su profesión en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho. A través de un enfoque cuantitativo y utilizando un diseño descriptivo transversal, los investigadores aplicaron encuestas como principal técnica de recolección de datos para obtener un panorama claro de los estilos de vida de estos profesionales y su relación con el riesgo cardiovascular. Los hallazgos revelaron una realidad alentadora en la que un 62.5% del personal de enfermería encuestado no mostraba indicadores de riesgo

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

hacia enfermedades cardiovasculares, lo cual se atribuye en gran medida a la adopción de estilos de vida saludables. De hecho, un 70% de los participantes reportó seguir patrones de comportamiento beneficiosos para su salud, incluyendo la práctica regular de ejercicio físico y la abstención del consumo de alcohol y tabaco. Esta evidencia apunta a una correlación positiva entre mantener un estilo de vida saludable. Sin embargo, el estudio también puso de manifiesto que existe un 29.2% del personal de enfermería que lleva estilos de vida considerados no saludables, lo que constituye un área de preocupación. Este segmento de la población, al no adherirse a prácticas de vida saludables, enfrenta un riesgo incrementado de desarrollar condiciones cardiovasculares adversas. La presencia de estos hábitos no saludables, incluso entre profesionales de la salud que se encuentran en primera línea de atención en áreas críticas, resalta la necesidad urgente de implementar medidas y programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Porras y Eulalia concluyeron que, aunque una mayoría muestra una tendencia hacia la adopción de estilos de vida saludables, lo cual se traduce en un menor riesgo de enfermedades cardiovasculares, todavía existe un porcentaje significativo que no sigue estos patrones. Esto subraya la importancia de fomentar aún más la educación en salud y el autocuidado entre los profesionales de enfermería, promoviendo hábitos que no solo mejoren su bienestar personal, sino que también sirvan como modelo a seguir para pacientes y la comunidad en general. El estudio enfatiza la relevancia de cultivar y mantener conductas saludables, incluso en los entornos hospitalarios más exigentes, como una estrategia clave para mitigar los riesgos de enfermedades cardiovasculares. (9)

En un estudio significativo llevado a cabo en el Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña en San Salvador, El Salvador, durante enero de 2019, el foco estuvo puesto en evaluar el estilo de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas entre el personal de enfermería. Para lograr este objetivo, se empleó un cuestionario meticulosamente diseñado que abarcó una gama de temas, desde características sociodemográficas y antecedentes patológicos hasta prácticas físicas y hábitos alimenticios. Un total de

106 profesionales de enfermería participaron en este estudio, proporcionando una muestra representativa. Los resultados de este estudio arrojaron luz sobre una situación preocupante: un 60% de los participantes reportó padecer al menos una o dos enfermedades crónicas no transmisibles, lo que indica una prevalencia significativa de estas condiciones de salud dentro de este grupo profesional. Además, se identificó que el 40% restante de los encuestados estaba en alto riesgo de desarrollar tales enfermedades en el futuro, subrayando la necesidad urgente de intervenciones preventivas y promoción de la salud. Una observación particularmente alarmante fue que el 55% de los profesionales de enfermería indicó que la única actividad física que realizaban era la inherente a sus labores laborales, evidenciando una falta de ejercicio físico regular fuera del entorno de trabajo. Este patrón de sedentarismo se vio agravado por prácticas alimentarias que, aunque en términos de cantidad podrían considerarse adecuadas, en términos de calidad resultaron ser poco saludables. La combinación de estos hábitos de vida sedentarios y la adopción de una dieta de baja calidad nutricional pone de manifiesto un estilo de vida que contribuye directamente al riesgo elevado de enfermedades crónicas no transmisibles. Este estudio concluyó enfatizando la realidad de que, a pesar de su conocimiento en el campo de la salud, el personal de enfermería se encuentra inmerso en patrones dietéticos poco saludables, situándolos en una posición vulnerable frente a enfermedades crónicas no transmisibles. La investigación subraya la importancia crítica de promover cambios positivos en el estilo de vida dentro de esta población, incluyendo la adopción de una alimentación más saludable y la incorporación de actividad física regular en su rutina diaria. Asimismo, resalta la necesidad de desarrollar programas de bienestar y prevención específicamente su capacidad para brindar cuidados de salud efectivos a la población. (10)

El estudio "Factores de riesgo cardiovascular según la etapa de cambio conductual en personal de enfermería" arroja luz sobre una problemática relevante dentro del ámbito hospitalario en México, al examinar cómo se distribuyen los factores de riesgo cardiovascular entre el personal de enfermería y en qué etapa de cambio

conductual se encuentran estos trabajadores respecto a su salud cardiovascular. A través de un enfoque descriptivo y comparativo, la investigación abarcó a 150 enfermeros, empleando herramientas metodológicas precisas como el instrumento VICORSAT y la Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island para recoger datos cruciales. Los hallazgos del estudio revelan una situación preocupante: una mayoría significativa de los enfermeros, el 63.3%, llevaba un estilo de vida sedentario, mientras que un 64.7% presentaba sobrepeso u obesidad, dos condiciones ampliamente reconocidas por incrementar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. A estos datos se suma el hecho de que el 39.3% de los participantes mostraba un alto riesgo cardiovascular medido a través del perímetro de la cintura, y que los antecedentes familiares de diabetes e hipertensión eran notoriamente altos, afectando al 46% y 52% de la muestra, respectivamente. En conclusión, los resultados del estudio destacan la importancia de fomentar un cambio positivo en el comportamiento y las prácticas de salud de estos trabajadores. Al centrarse en la promoción de la salud cardiovascular y la adopción de estrategias preventivas, es posible avanzar hacia un entorno laboral más saludable para el personal de enfermería, mejorando así su bienestar general y su capacidad para brindar cuidados de calidad a los pacientes. (11)

2.3. Marco teórico

2.3.1. Modelo de promoción de la salud (Pender, 1996)

El modelo de promoción de la salud desarrollado por Nola Pender en 1996 se presenta como un marco teórico que explora la dinámica entre los individuos y su entorno en el contexto de la salud y el bienestar. Este modelo innovador subraya la capacidad de las personas para ejercer un papel activo y deliberado en la gestión de su salud, partiendo del principio de que la salud no solo debe ser vista como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de bienestar físico, mental y social completo. Pender propone que la promoción de la salud no es un evento aislado, sino un proceso continuo y dinámico que requiere de una participación activa en la adopción y mantenimiento de comportamientos saludables a lo largo de la vida. Este enfoque pone énfasis en la importancia de las decisiones conscientes que toman las personas respecto a su estilo de vida, como la alimentación saludable, la actividad física regular, el manejo adecuado del estrés. El modelo reconoce que estos comportamientos no ocurren en el vacío, sino que están profundamente influenciados por las características personales, las creencias y las percepciones, así como por el entorno social y físico en el que las personas viven y trabajan. En este sentido, el modelo de Pender ofrece una perspectiva holística sobre la promoción de la salud, destacando el rol crucial del entorno en facilitar o dificultar las prácticas saludables. Por ejemplo, el acceso a espacios seguros para la actividad física, la disponibilidad de alimentos nutritivos y el apoyo social pueden actuar como factores facilitadores que empoderan a los individuos para tomar decisiones saludables. Por el contrario, la falta de estos recursos puede representar barreras significativas para el mantenimiento de la salud. Al centrarse en la prevención de enfermedades y la modificación del estilo de vida, el modelo de promoción de la salud de Pender anima a las personas a anticiparse y a tomar medidas proactivas para proteger y mejorar su salud. Este enfoque preventivo no solo tiene el potencial de mejorar la calidad de vida de los individuos, sino que también puede contribuir a la reducción de la carga sobre los sistemas de salud al

disminuir la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y condiciones relacionadas con estilos de vida no saludables. (12)

El modelo de promoción de la salud desarrollado por Nola Pender profundiza en la compleja interacción entre tres componentes esenciales: el individuo, el ambiente y la salud, ofreciendo una perspectiva integral sobre cómo estos elementos se entrelazan para influir en el proceso de promoción de la salud. Este enfoque reconoce al individuo como una entidad biopsicosocial compleja, dotada de características biológicas, psicológicas y sociales únicas que juegan un papel crucial en la manera en que interactúa con su entorno para preservar o potenciar su bienestar. Desde esta perspectiva, el modelo enfatiza que la salud no solo es el resultado de factores biológicos internos, sino que también está profundamente afectada por una variedad de factores ambientales, tanto internos como externos. Los aspectos internos incluyen creencias personales, valores, conocimientos y emociones, los cuales pueden motivar o desmotivar a los individuos en la adopción de comportamientos saludables. Los factores externos, por otro lado, abarcan el contexto cultural, las condiciones de trabajo, las dinámicas familiares y el entorno físico, todos los cuales pueden facilitar u obstaculizar la capacidad del individuo para realizar elecciones saludables. El concepto de salud dentro del modelo de Pender es entendido en su sentido más amplio, abarcando no solo la ausencia de enfermedad o afecciones físicas, sino también el bienestar mental y social del individuo. Esta definición holística subraya la importancia de considerar la salud como un estado de completo bienestar, donde los aspectos físicos, mentales y sociales están interconectados y son igualmente importantes. Al colocar al individuo en el centro del modelo, Pender subraya la importancia de la autoeficacia y la responsabilidad personal en la promoción de la salud. Se anima a las personas a tomar un papel activo en el cuidado de su salud, reconociendo al mismo tiempo que el ambiente en el que viven y trabajan juega un papel fundamental en apoyar u obstaculizar sus esfuerzos. Este enfoque tridimensional hacia la promoción de la salud resalta la necesidad de estrategias que no solo se centren en cambiar comportamientos individuales, sino que también aborden los factores ambientales

que impactan en la salud. Por lo tanto, el modelo de Pender llama a una acción colectiva y coordinada que incluya políticas públicas saludables, ambientes de trabajo y comunidades que promuevan la salud, y el empoderamiento de los individuos para que tomen decisiones informadas sobre su bienestar. (12,13)

El modelo de promoción de la salud desarrollado por Nola Pender articula una comprensión holística de cómo las personas pueden influir activamente en su bienestar y salud a través de tres componentes fundamentales interconectados: variables personales, comportamentales y los resultados en términos de salud. Este marco teórico se centra inicialmente en las variables personales, que abarcan una gama de características individuales, incluyendo, pero no limitándose a, la edad, el género, el nivel educativo y aspectos de la personalidad. Además, pone un énfasis particular en la percepción que tiene el individuo sobre su propia salud y su capacidad de autoeficacia, entendida como la creencia en la capacidad de realizar y sostener comportamientos beneficiosos para la salud. Progresando hacia las variables de comportamiento, el modelo examina las acciones concretas que las personas emprenden con el objetivo de preservar o potenciar su estado de salud. Esto incluye prácticas como mantener un régimen de actividad física regular, adoptar una dieta equilibrada y nutritiva, y asegurar un patrón de sueño adecuado y reparador (14). Los resultados en términos de salud, como tercer componente, reflejan las consecuencias directas e indirectas de las acciones mencionadas anteriormente, abarcando desde la prevención efectiva de enfermedades hasta una mejora tangible en la calidad de vida. Este aspecto del modelo de Pender resalta la conexión intrínseca entre los comportamientos saludables y los beneficios a largo plazo en términos de salud y bienestar general. Siguiendo los postulados de este modelo, la promoción de la salud se concibe como un proceso en el que el individuo juega un rol protagónico y activo, no solo en el control de sus propias acciones sino también en la interacción con el entorno que lo rodea. La educación y el empoderamiento se erigen como pilares esenciales para facilitar cambios positivos y sostenidos en el comportamiento. Al proporcionar a las personas las herramientas y conocimientos necesarios, se les capacita para tomar decisiones informadas que

favorezcan su salud. Además, el modelo pone un fuerte acento en la prevención de enfermedades y en la detección temprana de posibles problemas de salud, subrayando la relevancia de adoptar un enfoque proactivo frente a la salud. Esta orientación preventiva busca no solo evitar la aparición de enfermedades, sino también identificar y abordar de manera temprana cualquier desafío para la salud, maximizando así las oportunidades de mantener o mejorar la calidad de vida. (15)

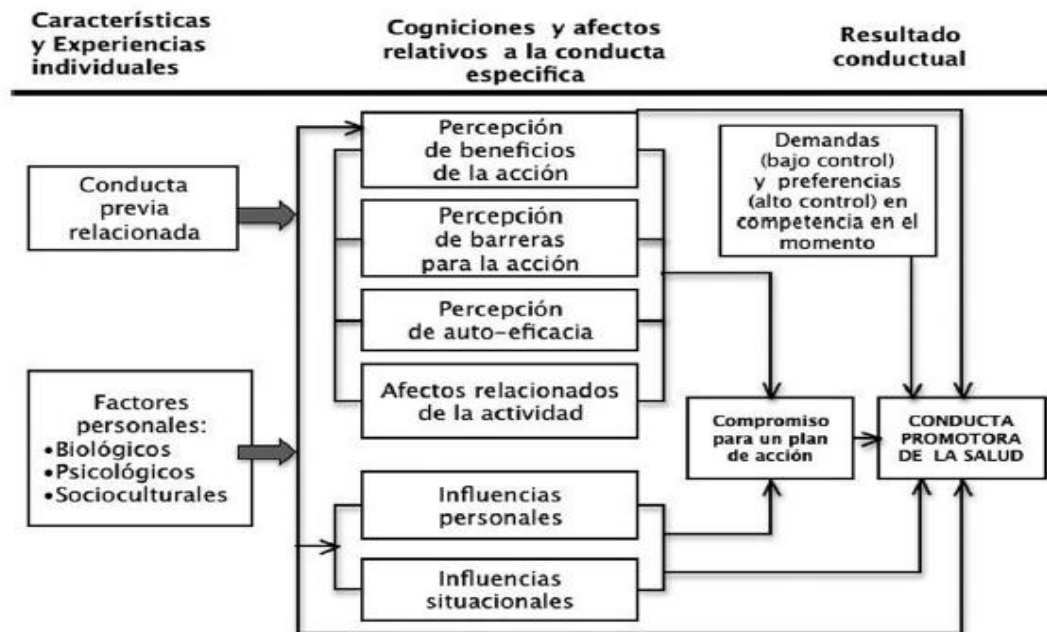


Figura 1. Modelo de promoción de la salud de Pender 1996.

2.3.2. Características y experiencias individuales:

Se refiere a las particularidades y vivencias únicas de cada persona, como su edad, género, nivel socioeconómico, historial médico, entre otros, que pueden influir en su comportamiento y riesgo de enfermedades cardiovasculares. (16)

2.3.3. Cogniciones y efectos específicos de la conducta:

Son los pensamientos, percepciones y emociones que influyen en la manera en que una persona se comporta en relación con su salud cardiovascular y cómo esa conducta puede afectar su bienestar físico y emocional. (17)

2.3.4. Resultado conductual:

Es el producto o consecuencia observable de una conducta en particular, como fumar, hacer ejercicio, comer sano, etc. Estos resultados pueden ser positivos o negativos y tener un impacto en la salud cardiovascular de la persona. (18)

2.3.5. Enfermedad cardiovascular:

Es un término general que se refiere a cualquier trastorno o enfermedad que afecte el corazón o los vasos sanguíneos, como la hipertensión, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, entre otros. que puede desarrollarse silenciosamente durante años antes de que aparezcan los síntomas. (19)

2.3.6. Riesgo cardiovascular:

Es la probabilidad que tiene una persona de desarrollar una enfermedad cardiovascular en un período de tiempo determinado, basado en sus factores de riesgo, como la edad, el sexo, la presión arterial, el colesterol, el tabaquismo, entre otros. (19)

2.3.7. Factores de riesgo cardiovascular:

Son aquellos elementos o condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular, como la hipertensión, el colesterol elevado, la obesidad, el tabaquismo, la diabetes, entre otros. (19)

2.4. Factores de riesgo no modificables.

2.4.1. Sexo, edad y antecedentes familiares.

El sexo se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en hombres en comparación con las mujeres. Esto se debe en parte a que los hombres tienen

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

niveles más altos de testosterona, lo que puede aumentar la presión arterial y los niveles de colesterol. Además, las mujeres tienen ciertas protecciones hormonales antes de la menopausia, como los estrógenos, que pueden reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares. Después de la menopausia, sin embargo, el riesgo de enfermedad cardiovascular en las mujeres aumenta. (20, 21)

La edad contribuye al riesgo cardiovascular. A medida que envejecemos, nuestros vasos sanguíneos pierden elasticidad y se vuelven más rígidos, lo que aumenta la presión arterial y la carga de trabajo en el corazón. También es más probable que las personas mayores tengan otros factores de riesgo cardiovasculares, como la diabetes, la hipertensión y la dislipidemia. (21)

Los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular también son un factor de riesgo no modificable. Si un miembro cercano de la familia, como un padre o un hermano, ha tenido una enfermedad cardiovascular, hay un mayor riesgo de que otras personas de la familia también desarrollen la enfermedad. Esto puede deberse en parte a la genética, pero también puede deberse a factores de estilo de vida y medioambientales compartidos. (22).

2.4.2. Componentes genéticos.

La predisposición genética puede influir en el riesgo cardiovascular. Algunas mutaciones genéticas pueden aumentar el riesgo de enfermedad coronaria, como las que afectan al metabolismo de los lípidos o la coagulación sanguínea. Sin embargo, la mayoría de las enfermedades cardiovasculares son multifactoriales y no se deben solo a factores genéticos. (23)

2.4.2.1. Fenotipos.

Los fenotipos son las características físicas y fisiológicas de un individuo. Algunos fenotipos, como la hipertensión arterial, la obesidad o la resistencia a la insulina, se han relacionado con un mayor riesgo cardiovascular. (24, 26 y 27).

2.4.2.2. Genotipos.

El genotipo es la información genética que tiene un individuo. La identificación de polimorfismos genéticos asociados al riesgo cardiovascular está en constante

evolución, se sabe que hay genes que influyen en el metabolismo de los lípidos, la inflamación, la respuesta al estrés oxidativo, la coagulación, la regulación del tono vascular, entre otros. (28 y 29).

2.4.3. Factores de riesgo modificables.

Algunos factores de riesgo cardiovascular son modificables, lo que significa que se pueden cambiar o controlar. Estos factores incluyen el consumo de tabaco, la dieta poco saludable, la falta de actividad física, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, la dislipidemia, la diabetes mellitus, el estrés y la depresión. (29, 30)

2.4.4. Dislipidemia.

La dislipidemia se refiere a niveles anormales de lípidos en la sangre, como el colesterol LDL (colesterol "malo") elevado o el colesterol HDL (colesterol "bueno") bajo. La dislipidemia se relaciona con un mayor riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, ya que puede contribuir a la acumulación de placa en las arterias. (31, 34).

2.4.5. Consumo de tabaco.

El hábito de fumar es ampliamente reconocido como un factor de riesgo significativo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ejerciendo un efecto nocivo sobre el sistema circulatorio de múltiples maneras. La exposición al humo del tabaco, tanto de manera directa por parte de los fumadores como indirecta tiene consecuencias perjudiciales para la salud cardiovascular. Este riesgo se manifiesta a través de daños a las paredes internas de las arterias, lo que facilita el proceso de aterosclerosis, o la acumulación de placas de grasa, colesterol y otras sustancias en estas paredes. Esta condición puede conducir a la obstrucción del flujo sanguíneo y, eventualmente, desencadenar eventos como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Además, el consumo de tabaco juega un papel crucial en la promoción de la formación de coágulos sanguíneos. Estos coágulos pueden bloquear el flujo sanguíneo hacia el corazón o el cerebro, resultando en condiciones potencialmente mortales. La nicotina presente en el humo del tabaco

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

también es responsable de elevar la frecuencia cardíaca y la presión arterial, forzando al corazón a trabajar más intensamente de lo normal, lo cual puede deteriorar la salud cardiovascular a largo plazo. Por otro lado, el humo del tabaco no solo afecta a quienes fuman. Los individuos que no fuman, pero que están regularmente expuestos al humo de segunda mano, enfrentan un incremento en su riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Esto se debe a que el humo ambiental del tabaco comparte muchas de las sustancias químicas tóxicas presentes en el humo inhalado directamente por los fumadores, incluyendo aquellos compuestos que contribuyen al deterioro de la salud cardiovascular. (30, 32 y 35).

2.4.6. Obesidad.

La obesidad es un factor de riesgo crítico para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, actuando a través de diversos mecanismos fisiológicos que comprometen la salud del corazón y del sistema circulatorio. Este estado de exceso de peso corporal no solo incrementa la presión arterial, forzando al corazón a trabajar más de lo necesario para bombear sangre a través del cuerpo, sino que también interfiere con la capacidad del cuerpo para utilizar la insulina de manera efectiva, un fenómeno conocido como resistencia a la insulina. Esta condición es un precursor común de la diabetes tipo 2, una enfermedad que, a su vez, aumenta significativamente el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares adversos. Además, la obesidad está asociada con alteraciones en el perfil lipídico, incluyendo incrementos en los niveles de lípidos en sangre, como el colesterol LDL (conocido popularmente como "colesterol malo") y los triglicéridos, que contribuyen a la formación de depósitos grasos en las paredes de las arterias. Este proceso, conocido como aterosclerosis, puede restringir el flujo sanguíneo o llevar a la formación de coágulos peligrosos, aumentando el riesgo de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. La inflamación sistémica es otro aspecto preocupante vinculado a la obesidad. Esta condición crónica de bajo grado no solo deteriora la función de los vasos sanguíneos, sino que también puede promover la formación de placas ateroscleróticas y aumentar la vulnerabilidad de estas placas a

romperse, lo que puede desencadenar eventos cardiovasculares catastróficos. (36, 37).

2.4.7. Diabetes mellitus

producción de insulina por el páncreas o de la incapacidad del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina disponible. Esta condición no controlada puede tener repercusiones severas y de largo alcance para la salud, desencadenando una serie de complicaciones que afectan diversos órganos y sistemas del cuerpo. Entre estas complicaciones se encuentran el daño progresivo a los nervios (neuropatía), la disfunción renal que puede progresar a insuficiencia renal, alteraciones visuales que pueden culminar en ceguera, y una vulnerabilidad aumentada a enfermedades cardiovasculares, que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en esta población. El vínculo entre la diabetes mellitus y el incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares reside en el impacto directo que los altos niveles de glucosa en sangre tienen sobre la salud de los vasos sanguíneos. La hiperglucemia crónica daña el endotelio, la capa interna de las células que revisten los vasos sanguíneos, facilitando el proceso de aterosclerosis, es decir, la acumulación de placas de ateroma compuestas de lípidos, colesterol y otras sustancias. Esta acumulación no solo engrosa y endurece las paredes arteriales, sino que también reduce su diámetro, limitando el flujo sanguíneo y, por ende, la cantidad de oxígeno y nutrientes que llegan a los tejidos, incluido el corazón. Este deterioro en la salud vascular se traduce en un aumento significativo del riesgo de sufrir eventos cardiovasculares graves, como enfermedad de las arterias coronarias, infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Estos eventos pueden tener consecuencias devastadoras, disminuyendo la calidad de vida y elevando la mortalidad entre quienes padecen diabetes mellitus (38, 39).

2.4.8. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial, comúnmente conocida como presión arterial alta, es una condición crónica que desempeña un papel central en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Esta afección se caracteriza por niveles persistentemente elevados de presión en las arterias, lo que significa que el corazón

debe ejercer una fuerza mayor de lo normal para circular la sangre a través del sistema vascular. A largo plazo, esta carga adicional puede provocar daños significativos no solo en las arterias mismas, sino también en el corazón y otros órganos vitales, lo que lleva a un aumento considerable en el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares adversos (40). La hipertensión arterial contribuye al deterioro de la salud cardiovascular de varias maneras. Primero, la presión arterial elevada puede causar el endurecimiento y estrechamiento de las arterias, un proceso conocido como aterosclerosis. Esto limita el flujo de sangre rica en oxígeno a los órganos y tejidos del cuerpo, pudiendo resultar en condiciones como la enfermedad coronaria, donde el suministro de sangre al corazón se ve comprometido. Además, la hipertensión puede llevar a una hipertrofia del músculo cardíaco, o engrosamiento de las paredes del corazón, especialmente del ventrículo izquierdo, lo que eventualmente puede desembocar en insuficiencia cardíaca, una condición en la que el corazón pierde su capacidad para bombear sangre de manera eficiente. (40, 41)

Otra complicación grave asociada con la hipertensión arterial es el riesgo incrementado de sufrir accidentes cerebrovasculares. La presión elevada dentro de los vasos sanguíneos puede provocar daños en los vasos más pequeños del cerebro, lo que aumenta la probabilidad de que se formen coágulos o de que un vaso sanguíneo se rompa, interrumpiendo el flujo sanguíneo al cerebro y causando un derrame cerebral (40, 41). Dada la relación directa entre la hipertensión arterial y el riesgo de enfermedad cardiovascular, el manejo efectivo de esta condición es fundamental para prevenir la aparición de complicaciones más graves. Esto generalmente implica una combinación de cambios en el estilo de vida, como una dieta saludable, ejercicio regular, limitación del consumo de alcohol y cesación del tabaquismo, junto con medicación antihipertensiva cuando sea necesario. El objetivo es mantener los niveles de presión arterial dentro de rangos saludables para minimizar el estrés en el corazón y los vasos sanguíneos, y, por ende, reducir significativamente el riesgo de enfermedad cardiovascular. (40, 41)

2.4.9. Deterioro renal

La enfermedad renal crónica, caracterizada por una disminución progresiva de la capacidad de los riñones para llevar a cabo sus funciones esenciales, incluyendo la filtración de desechos y el exceso de líquidos de la sangre, contribuye al deterioro cardiovascular a través de varios mecanismos patológicos. Uno de los principales vínculos entre la enfermedad renal crónica y el aumento del riesgo cardiovascular es la disfunción endotelial, un estado en el que el endotelio, la capa interna de las células que reviste los vasos sanguíneos, pierde su capacidad para funcionar correctamente. Esta disfunción endotelial facilita procesos como la aterosclerosis, el estrechamiento y endurecimiento de las arterias debido a la acumulación de placas compuestas de lípidos, colesterol, calcio y otras sustancias. Además, la enfermedad renal crónica puede alterar el metabolismo de los lípidos, llevando a un perfil lipídico adverso que favorece la formación de estas placas ateroscleróticas. La acumulación de calcio en las arterias, otro fenómeno asociado con el deterioro renal contribuye adicionalmente al desarrollo de la enfermedad cardiovascular al aumentar la rigidez arterial y promover la calcificación vascular. Este proceso de calcificación no solo afecta la flexibilidad y la función de los vasos sanguíneos, sino que también incrementa la presión arterial y el riesgo de eventos cardiovasculares, como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Investigaciones han demostrado que la enfermedad renal crónica eleva el riesgo de enfermedad cardiovascular en aproximadamente un 50%, posicionándola no solo como un factor de riesgo contribuyente, sino también como un predictor independiente de enfermedad cardiovascular. Esta interrelación subraya la importancia de la detección temprana y el manejo efectivo de la enfermedad renal crónica como estrategias clave para prevenir el desarrollo de complicaciones cardiovasculares.

(42)

2.4.10. Factores psicosociales

Los factores psicosociales, que incluyen elementos emocionales y sociales como el estrés, la ansiedad y la depresión, juegan un rol significativo en la salud cardiovascular, influyendo notablemente en el riesgo de desarrollar enfermedades

del corazón y los vasos sanguíneos. Estos estados emocionales no solo afectan el bienestar mental, sino que también tienen un impacto directo e indirecto en la salud física, particularmente en el sistema cardiovascular. La respuesta del cuerpo al estrés crónico es un ejemplo claro de cómo estos factores pueden afectar negativamente la salud cardiovascular. Bajo situaciones de estrés prolongado, el cuerpo libera una serie de hormonas, como el cortisol y la adrenalina, que preparan al organismo. Esta reacción fisiológica conlleva un aumento en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial, dos factores que, si se mantienen elevados de forma crónica, pueden causar daños a largo plazo en el corazón y en las paredes de las arterias, contribuyendo al desarrollo de afecciones cardiovasculares. Por otro lado, la depresión y la ansiedad no solo suponen un desafío para la salud mental, sino que también se asocian con cambios negativos en el estilo de vida que pueden incrementar el riesgo cardiovascular. Las personas que sufren de estas condiciones psicológicas pueden experimentar una disminución en la motivación para mantener una alimentación saludable y realizar actividad física regular, dos pilares fundamentales para la prevención de enfermedades cardiovasculares. Además, no es raro que recurran al tabaquismo, al consumo excesivo de alcohol u otras sustancias como mecanismos de afrontamiento, los cuales tienen efectos perjudiciales bien documentados sobre la salud cardiovascular. (42)

2.4.11. Evaluación del riesgo cardiovascular

La evaluación del riesgo cardiovascular constituye un proceso clave en la medicina preventiva, cuyo objetivo principal es la identificación temprana de individuos con una probabilidad elevada de padecer enfermedades cardiovasculares en el futuro. Este enfoque proactivo permite la implementación de estrategias de intervención personalizadas que buscan mitigar el riesgo antes de que se manifiesten complicaciones graves. La evaluación del riesgo cardiovascular es integral y multifacética, abarcando tanto la medición directa de factores de riesgo biomédicos, como la presión arterial alta y niveles elevados de colesterol en la sangre, como el análisis de elementos personales y ambientales, incluyendo antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares y patrones de estilo de vida, como la

dieta, la actividad física, el consumo de tabaco y alcohol, entre otros. Este proceso de evaluación se apoya en herramientas y algoritmos desarrollados a partir de amplios estudios epidemiológicos que han identificado los principales factores de riesgo asociados con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. (42)

2.4.12. Estilo de vida (EV).

El estilo de vida de un individuo comprende una serie de decisiones y comportamientos cotidianos que tienen un impacto profundo y duradero en su salud cardiovascular. Estas elecciones abarcan aspectos cruciales como la alimentación, entre otros hábitos que pueden influir positiva o negativamente en el bienestar general. Los patrones de alimentación poco saludables, caracterizados por un alto consumo de grasas saturadas, azúcares refinados y una baja ingesta de frutas, verduras y fibras, junto con el tabaquismo y un estilo de vida sedentario, se han identificado consistentemente como factores que contribuyen al aumento del riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Estos hábitos pueden favorecer la aparición de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemias, condiciones que son reconocidas como precursoras de complicaciones cardiovasculares. En contraste, la adopción de un estilo de vida saludable, caracterizado por una dieta bien balanceada, rica en nutrientes esenciales y baja en alimentos procesados y grasas trans, la práctica regular de ejercicio físico y la renuncia al consumo de tabaco, tiene un efecto protector notable contra las enfermedades cardiovasculares. (42, 43)

2.4.13. Actividad física

La actividad física regular se ha relacionado con una disminución del riesgo cardiovascular. La actividad física puede reducir la presión arterial, mejorar la salud del corazón y las arterias y ayudar a controlar el colesterol y la diabetes. Además, la actividad física puede ayudar a controlar el peso, que es otro factor de riesgo cardiovascular. (44, 45)

2.5. Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE).

El Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) es un modelo utilizado para evaluar el riesgo de una persona de desarrollar enfermedades cardiovasculares (ECV) a diez años. Fue desarrollado por la Sociedad Europea de Cardiología en 2003 y se basa en factores de riesgo cardiovascular como la edad, el sexo, el tabaquismo, la presión arterial sistólica, el colesterol total y la presencia o ausencia de diabetes mellitus. (46)

El modelo SCORE se divide en dos versiones: la versión de alta y la de baja prevención. La versión de baja prevención se utiliza para evaluar el riesgo en personas sin ECV conocida y la versión de alta prevención se utiliza para evaluar el riesgo en personas que ya han tenido un evento cardiovascular. (46)

SCORE se utiliza como una herramienta de estratificación de riesgo en la atención primaria y puede ser útil para identificar a las personas que podrían beneficiarse de intervenciones para reducir el riesgo de ECV. Sin embargo, es importante recordar que el SCORE es solo una herramienta de evaluación de riesgos y no debe ser la única consideración en la toma de decisiones clínicas. (46)

2.6. Estilo de vida

Según Mellado-Sampedro, estos patrones y hábitos están influenciados por factores personales, sociales, culturales y económicos, y pueden ser modificables o no modificables. (47)

Las dimensiones del estilo de vida según Mellado-Sampedro incluyen:

Actividad física: se refiere a la cantidad de ejercicio que realiza una persona y su nivel de actividad física diaria. (47)

Alimentación: hace referencia a la calidad y cantidad de alimentos que una persona consume, así como a sus patrones alimentarios. (47)

Consumo de sustancias tóxicas: incluye el consumo de tabaco, alcohol, drogas y otros productos químicos que pueden afectar la salud. (47)

Manejo del estrés: se refiere a la capacidad de una persona para manejar situaciones estresantes y evitar el estrés crónico. (47)

Higiene personal: incluye prácticas relacionadas con la higiene personal, como el lavado de manos y el cuidado de la piel y el cabello. (47)

Relaciones sociales: se refiere a las relaciones que una persona tiene con su entorno social y familiar, así como a la calidad de estas relaciones. (47)

Salud mental: incluye la capacidad de una persona para manejar el estrés y las emociones, y mantener una actitud positiva hacia la vida. (47)

Prevención de riesgos: hace referencia a las medidas que una persona toma para prevenir accidentes, lesiones y enfermedades. (47)

3. JUSTIFICACIÓN

Los estilos de vida encapsulan el conjunto holístico de prácticas, actitudes y valores que caracterizan la existencia cotidiana de las personas y colectividades. Su alcance trasciende ampliamente la mera adhesión a los tradicionalmente promovidos "hábitos saludables". Si bien aspectos como una dieta equilibrada, la realización regular de ejercicio, un consumo de alcohol que no exceda los límites recomendados, prácticas sexuales protegidas, una conducción prudente, técnicas efectivas de manejo del estrés y la abstención del tabaquismo son fundamentales, la concepción de estilos de vida abarca una dimensión aún más amplia y profunda. Esta concepción más extensa incluye las percepciones y actitudes de los individuos hacia su propio ser, cómo gestionan su autonomía y dirigen sus proyectos de vida, además de cómo se desenvuelven en sus interacciones sociales y con el medio ambiente. Se trata, por tanto, de una noción que engloba tanto la esfera física como la psicológica y social del ser humano, reconociendo la importancia de un espectro más amplio de competencias personales y sociales. (48)

La búsqueda de un estilo de vida "ideal" universal es un esfuerzo fútil, dado que la diversidad de circunstancias humanas hace que tal concepto sea intrínsecamente

fluido y adaptable. Las diferencias culturales, el nivel de ingresos, las configuraciones familiares, la etapa de vida, las capacidades físicas, y los contextos tanto domésticos como profesionales, entre otros factores, juegan un papel decisivo en determinar qué prácticas y condiciones de vida resultan no solo deseables sino también factibles para los individuos. Por lo tanto, el bienestar y la salud no pueden ser abordados con un enfoque de talla única, sino que requieren una comprensión matizada de estas variables para crear soluciones personalizadas y efectivas. Este enfoque aboga por la necesidad de transformar los espacios físicos y sociales para que sean más acogedores y estimulantes hacia la adopción de hábitos saludables. La creación de ambientes propicios para la salud implica una serie de intervenciones dirigidas a facilitar la actividad física, como la implementación de parques y espacios recreativos accesibles, la promoción de entornos laborales que incentiven el movimiento y la ergonomía, y la disponibilidad de alimentos nutritivos a precios asequibles en las comunidades (49).

Los estudios enfocados en analizar los estilos de vida abordan una amplia gama de áreas que reflejan cómo las personas eligen vivir y las repercusiones de dichas elecciones en su bienestar general. Estas investigaciones profundizan en una serie de dominios interconectados que van desde los hábitos alimenticios hasta el nivel de actividad física, pasando por el uso de sustancias como el alcohol, el tabaco y otras drogas. Además, examinan cómo las personas asumen la responsabilidad de su propia salud, incluyendo la manera en que gestionan el estrés, se involucran en actividades de ocio, mantienen relaciones interpersonales, y practican una vida sexual segura. Los entornos laborales y los patrones de consumo también son aspectos cruciales que estos estudios consideran para comprender la complejidad de los estilos de vida y su impacto en la salud física y mental. Esta perspectiva holística reconoce que los estilos de vida no solo están formados por decisiones individuales, sino también por el contexto socioeconómico y cultural en el que las personas se desenvuelven. Por ejemplo, la elección de alimentos puede estar influenciada tanto por preferencias personales como por la disponibilidad y accesibilidad de opciones saludables en el entorno inmediato de una persona. De

manera similar, la actividad física puede verse facilitada o limitada por el acceso a espacios seguros y atractivos para el ejercicio (50).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una categoría amplia de afecciones que afectan al corazón y al sistema circulatorio, abarcando una variedad de padecimientos tales como las cardiopatías coronarias, los trastornos cerebrovasculares, las enfermedades de las arterias periféricas y las trombosis venosas, entre otros. Estas condiciones se caracterizan por su complejidad y por la diversidad de sus causas, lo que refleja la naturaleza multifactorial de su origen. En este sentido, las ECV son el resultado de la interacción entre numerosos factores de riesgo, que se pueden clasificar en dos grandes categorías: aquellos que son susceptibles de ser modificados mediante cambios en el estilo de vida o tratamiento médico, y aquellos que, por su naturaleza intrínseca, no pueden ser alterados. Estos factores, a diferencia de los no modificables, ofrecen un punto de intervención, ya que su modificación a través de cambios en el estilo de vida o tratamiento médico puede reducir significativamente el riesgo de incidencia y progresión de la enfermedad. Por otro lado, los factores de riesgo no modificables incluyen aquellos que están fuera del control del individuo, como la edad, el género, la genética y los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. A medida que las personas envejecen, su riesgo de desarrollar ECV tiende a aumentar, y ciertas condiciones son más prevalentes en un género que en otro. Además, la predisposición genética y los antecedentes familiares de ECV son indicadores significativos del riesgo de un individuo, señalando la importancia de la vigilancia y el manejo proactivo en aquellos identificados como de alto riesgo debido a estos factores intrínsecos (51).

Los factores de riesgo son variables que nos permiten estimar la posibilidad de sufrir un evento o resultado clínico (muerte por causas cardio-cerebrovasculares) en un lapso de tiempo determinado, usualmente entre 5 y 10 años. Por esta razón, la evaluación del RCV es un componente clave en el tratamiento terapéutico de cada persona (52) y representa el mejor método para manejar los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) (53), puesto que a mayor riesgo inicial mayor intensidad terapéutica. Entre los factores de riesgo que se pueden medir y modificar y que

explican el 90% y 94% del riesgo de padecer ECV (en varones y mujeres, respectivamente), se encuentran el consumo de tabaco, la presión arterial elevada, el exceso de peso y las alteraciones en los niveles de lípidos (54, 55)

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe los estilos de vida como el conjunto de prácticas y hábitos que definen cómo vive una persona, siendo estos patrones de comportamiento el resultado de la compleja interrelación entre las influencias personales, las condiciones socioeconómicas en las que se desenvuelve un individuo, y los contextos ambientales en los que opera. Esta definición abarca, por tanto, una perspectiva holística, que no solo considera las decisiones y acciones individuales, sino que también reconoce el papel significativo que juegan los factores externos, tales como el entorno socioeconómico y cultural, en la configuración de cómo las personas eligen vivir sus vidas. En este enfoque, los estilos de vida se entienden no solo como una serie de elecciones personales aisladas, como la dieta o el nivel de actividad física, sino como un patrón integral de vida que engloba una amplia gama de comportamientos. Estos patrones están profundamente influenciados por el contexto socioeconómico en el que las personas se encuentran, incluyendo el acceso a recursos, la educación y las oportunidades económicas, así como por las normas culturales y las expectativas sociales que prevalecen en su comunidad. (56).

La noción de un único estilo de vida "ideal" que se ajuste a todos es una simplificación excesiva de la complejidad y diversidad de las experiencias humanas.

La investigación en el campo de la salud y el bienestar ha mostrado que los estilos de vida son multifacéticos, abarcando una amplia gama de dominios que incluyen, pero no se limitan a, las elecciones alimentarias, el grado de actividad física, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, la gestión de la salud personal, el tipo y la cantidad de actividades recreativas, la naturaleza de las relaciones interpersonales, las prácticas sexuales seguras, el ambiente y las condiciones laborales, así como los hábitos de consumo en general. Esta amplitud de aspectos refleja cómo los estilos de vida son el resultado de la intersección de preferencias individuales, oportunidades disponibles, restricciones culturales y socioeconómicas, y decisiones personales. Los estilos de vida, por tanto, no pueden ser prescritos de manera uniforme, ya que lo que funciona para una persona puede no ser aplicable o deseable para otra, debido a diferencias en valores personales, condiciones de vida, acceso a recursos, y contextos culturales. Por ejemplo, la alimentación saludable se ve influenciada por la disponibilidad de alimentos nutritivos, que a su vez está determinada por factores económicos y geográficos. La actividad física está condicionada por el tiempo disponible, la accesibilidad a instalaciones deportivas y la percepción personal del ejercicio. Del mismo modo, las prácticas de consumo, incluido el uso de alcohol y tabaco, están profundamente arraigadas en normas culturales y sociales, así como en la educación y la conciencia sobre la salud. (56).

Las enfermedades cardiovasculares, que incluyen afecciones como la enfermedad arterial coronaria, los trastornos cerebrovasculares y la enfermedad arterial periférica, constituyen un desafío sanitario de magnitud global y se posicionan como una de las prioridades en el ámbito de la salud pública debido a su elevada incidencia y mortalidad. Estas patologías representan la causa más significativa de fallecimientos a nivel mundial, un hecho alarmante que resalta la urgencia de intensificar las estrategias de prevención y tratamiento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reportado cifras impactantes que evidencian la gravedad de este problema: en el año 2012, las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de 17.5 millones de muertes, de las cuales 7.4 millones correspondieron a infartos

de miocardio y 6.7 millones a enfermedades cerebrovasculares. Estas condiciones no solo son las principales responsables de las muertes por enfermedades no transmisibles, representando el 46% del total de estas defunciones, sino que también constituyen una causa significativa de muerte prematura, siendo responsables del 37% de los fallecimientos en personas menores de 70 años. Lo más preocupante de esta situación es que una gran parte de estas muertes son prevenibles mediante la adopción de medidas adecuadas de salud pública y cambios en el estilo de vida individual. Los hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, actividad física regular, abstinencia del tabaco y un manejo adecuado del estrés pueden reducir drásticamente el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Además, el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de condiciones predisponentes, como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el hipercolesterolemia, son fundamentales para prevenir complicaciones graves. (57)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2016 arrojó luz sobre la preocupante situación de salud en México, señalando una extendida presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) entre la población. Este estudio reveló cifras alarmantes, como una prevalencia de hipertensión arterial que alcanza el 25.5%, una tasa de diabetes tipo 2 del 9.4%, y un porcentaje de hipercolesterolemia del 28%. Además, el sobrepeso y la obesidad afectan a casi tres cuartas partes de la población, con un 72.5%, mientras que el sedentarismo afecta a más de un décimo, situándose en el 14.4%. Estas cifras representan un incremento notable en la incidencia de estas condiciones en comparación con los datos recabados en la edición previa de la encuesta, realizada en 2012. Ante este escenario, se hace evidente la necesidad imperante de focalizar los esfuerzos en el manejo adecuado de los FRCV asociadas a enfermedades cardiovasculares (ECV). (58)

Dentro de los factores de riesgo, se distinguen aquellos que pueden ser objeto de intervención y modificación, como son el consumo de tabaco, la elevación de la presión arterial, los niveles alterados de glucosa en sangre, los perfiles de lípidos distorsionados y el exceso de peso corporal. Por otro lado, existen determinantes

no susceptibles de cambio, tales como la edad, con un umbral de riesgo que se incrementa para los hombres a partir de los 45 años y para las mujeres a partir de los 55 años, el género, la etnia y los antecedentes de enfermedad cardíaca precoz en la familia, siendo estos últimos un factor de alerta para los hombres menores de 55 años y las mujeres menores de 65 años. Esta sinergia negativa subraya la importancia crítica de adoptar y mantener hábitos de vida saludables. De acuerdo con las estimaciones, el 80% de los eventos cardiovasculares podrían prevenirse mediante la implementación de cambios en el estilo de vida que incluyan una alimentación balanceada, actividad física regular, y la eliminación del consumo de sustancias nocivas. (58, 59)

Saridi y colaboradores mencionan que la inactividad física es responsable del 6% de la mortalidad por ECV, señalando razones por las que no se realizó actividad física: falta de tiempo en un 58% y 41% por las horas de trabajo. Por otro lado, Tamayo Salazar y colaboradores evaluaron el RCV en el personal de enfermería, encontrando un porcentaje menor al 10%, sin embargo, se detectó síndrome metabólico en el 28% de la población y 2 predictores de mortalidad (enfermedad vascular periférica y valores lipídicos anormales), lo que destaca la importancia de la prevención primaria y promoción de estilos de vida saludables. Esto fue confirmado por Gualpa y colaboradores en un estudio realizado en Cuba con personal de salud (enfermeras), quienes encontraron una alta prevalencia de sobrepeso (54,8%), sedentarismo (60,3%) y perfil lipídico elevado (colesterol total 5% y triglicéridos 9,6%) (60). Por esta razón, se han llevado a cabo estudios para analizar; Profis-Simon comparó a los profesionales de la salud con otros profesionales, demostrando que los primeros adoptan un estilo de vida más saludable. se reveló una preocupante tendencia entre los profesionales de la salud, particularmente entre los médicos especialistas y los médicos generales, quienes mostraron tener un riesgo cardiovascular significativamente elevado, con porcentajes del 12% y 10% respectivamente. Este hallazgo es especialmente notable al contrastarlos con las tasas de riesgo observadas en otros trabajadores del sector salud. A pesar de que el personal de enfermería también está expuesto

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

a factores que podrían aumentar su susceptibilidad a enfermedades cardiovasculares (ECV), estos profesionales destacan de manera positiva en el panorama de la salud pública. Su posición única como educadores y defensores de prácticas saludables les otorga un rol ejemplar en la promoción del bienestar cardiovascular, no solo dentro de las comunidades a las que sirven, sino también entre sus colegas en el ámbito de la salud.

Esta distinción subraya la importancia de que el personal de enfermería, al igual que otros profesionales del área, posea acceso a información detallada y de vanguardia respecto a la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en su entorno laboral y en la población en general. Además, es crucial que cuenten con herramientas para evaluar el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares en un horizonte de diez años. Este conocimiento no solo les permitirá adoptar medidas preventivas más efectivas para su propio bienestar, sino que también reforzará su capacidad para orientar e influir positivamente en las decisiones de salud de sus pacientes.

La investigación resalta la necesidad urgente de implementar estrategias de intervención dirigidas a mejorar la salud cardiovascular. Estas estrategias deben enfocarse tanto en la prevención primaria, mediante la promoción de estilos de vida saludables y la detección temprana de factores de riesgo, como en la prevención secundaria, a través del manejo óptimo de las condiciones existentes para evitar la progresión de la enfermedad., así como el estilo de vida que llevan en la actualidad, es crucial ya que permitirá identificar los factores de mayor prevalencia y realizar acciones pertinentes para disminuir los riesgos, reduciendo así la morbi-mortalidad y posibles desenlaces fatales, evitando repercusiones en el ámbito laboral, permisos por incapacidad y costos para la institución, entre otros.

4.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre el estilo de vida y el nivel de riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes?

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Conocer la asociación entre el estilo de vida y el nivel de riesgo cardiovascular trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11 del IMSS, OOAD Aguascalientes.

5.2. Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas trabajadores del área de enfermería.
2. Identificar la asociación de la responsabilidad y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.
3. Calcular la asociación de la actividad física y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.
4. Establecer la asociación de los hábitos de nutrición y el cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.
5. Identificar la asociación del crecimiento espiritual y el cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.
6. Calcular la asociación de las relaciones personales y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.
7. Identificar la asociación del manejo del estrés y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

6. HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis alterna o verdadera

Existe asociación entre la responsabilidad y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

Existe asociación entre la actividad física y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

Existe asociación entre los hábitos de nutrición y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

Existe asociación entre el crecimiento espiritual y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

Existe asociación entre las relaciones personales y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

Existe asociación entre el manejo del estrés y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

6.2. Hipótesis nula

No existe asociación entre la responsabilidad y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

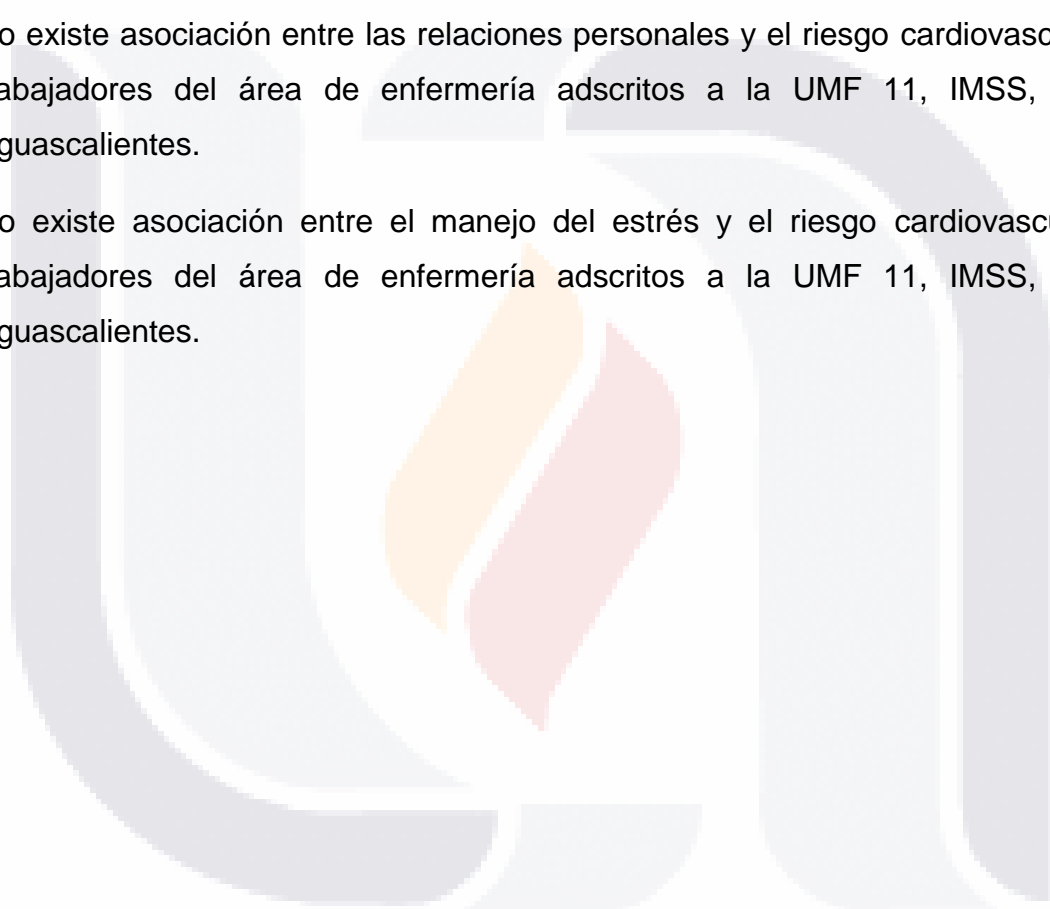
No existe asociación entre la actividad física y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

No existe asociación entre los hábitos de nutrición y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

No existe asociación entre el crecimiento espiritual y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

No existe asociación entre las relaciones personales y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

No existe asociación entre el manejo del estrés y el riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1. Diseño metodológico.

7.1.1. Diseño de estudio

Observacional, Analítico, transversal comparativo.

7.1.2. Universo

Todo el personal de salud que trabaja en la UMF 11 del IMSS, OOAD Aguascalientes.

7.1.3. Población

Todo personal de enfermería que labora en la UMF 11 del IMSS, OOAD Aguascalientes.

7.2. Unidades de observación y análisis

Personal de enfermería que labora en la UMF 11 del IMSS, OOAD Aguascalientes.

7.3. Criterios de selección

7.3.1. Criterios de inclusión

- Trabajadores de enfermería que labore en la UMF No. 11
- Ambos sexos.
- Turno matutino, vespertino, nocturno y jornada acumulada.
- Todas las categorías.

7.3.2. Criterios de no inclusión

- Personal de enfermería que padezcan, alteraciones mentales mayores o cualquier condición de salud que limiten el contestar la encuesta.
- Personal de enfermería que no hayan firmado la carta de consentimiento informado.

7.3.3. Criterios de eliminación

- Quienes no contesten un 80% del total de la encuesta aplicada.

7.4. Muestreo

7.4.1. Tipo de muestreo

Se optará por un enfoque de muestreo no probabilístico y no aleatorio. Este método se caracteriza por su flexibilidad y practicidad, permitiendo a los investigadores elegir específicamente a los sujetos de estudio basándose en criterios predefinidos, en lugar de seleccionarlos al azar. En este caso, la elección de los participantes se realizará a partir de la plantilla de personal de enfermería actualmente activo en la UMF-11.

7.4.2. Tamaño de la muestra

Por conveniencia, se cuenta con 51 trabajadores de enfermería en las diferentes categorías desglosadas en el anexo 4.

7.5. Descripción de variables y operacionalización de las variables.

Se examinan las variables dependientes e independientes y sus diversas dimensiones que se analizarán en esta investigación. (Anexo 1)

7.5.1. Variable dependiente.

Probabilidad de sufrir enfermedades del corazón o cardiovasculares dentro de un periodo determinado (5-10 años)

Consumo de cigarrillos

Diabetes mellitus se identifica por niveles de glucosa en ayuno: ≥ 126 mg/dl, glucosa casual: ≥ 200 mg/dl, glucosa después de comer: ≥ 200 mg/dl, y hemoglobina A1c: ≥ 6.5 %

Niveles de presión arterial sistólica (≥ 120)

Colesterol total en sangre = > 200 mg/dl

Rango de edad considerado = 40 a 84 años

Sexo: Femenino o masculino

7.5.2. Variable independiente

Actividad física: La actividad física se refiere a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que requiera gasto de energía. Este concepto abarca una amplia gama de movimientos, desde las actividades cotidianas como caminar, subir escaleras, hasta ejercicios estructurados y deportes. La actividad física es fundamental para mantener y mejorar la salud física y mental, contribuyendo a la prevención de enfermedades crónicas, el manejo del peso, y el bienestar general.

Estilo de vida: El estilo de vida es un conjunto de comportamientos, hábitos y actitudes que una persona adopta en su vida cotidiana. Incluye diversas dimensiones como la alimentación, la actividad física, el uso del tiempo libre, las prácticas de salud, y las relaciones sociales. Un estilo de vida saludable es aquel que promueve el bienestar y reduce el riesgo de enfermedades, basándose en decisiones conscientes que favorecen la salud física, mental y social.

Nutrición: La nutrición es el proceso biológico a través del cual los organismos asimilan los alimentos y los líquidos necesarios para el funcionamiento, el crecimiento, el mantenimiento de sus funciones vitales y la salud. Involucra la ingesta, absorción, metabolismo, biosíntesis, catabolismo y excreción de sustancias nutritivas. Una nutrición adecuada es crucial para el desarrollo humano, la prevención de enfermedades y el mantenimiento de un estado óptimo de salud a lo largo de toda la vida.

Relaciones interpersonales: Las relaciones interpersonales se refieren a la interacción y conexión que se establece entre dos o más personas. Estas relaciones pueden ser de naturaleza variada, incluyendo amistades, relaciones familiares, laborales, amorosas, entre otras. La calidad de las relaciones interpersonales influye significativamente en el bienestar emocional y psicológico de los individuos, afectando su salud mental, su capacidad para manejar el estrés.

Responsabilidad en salud: La responsabilidad en salud se refiere al grado en que un individuo asume el control y la toma de decisiones conscientes respecto a su propia salud y bienestar. Esto implica no solo el reconocimiento de los factores de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables, sino también el compromiso con la prevención de enfermedades, la búsqueda de atención médica adecuada y el cumplimiento de tratamientos recomendados. La responsabilidad en salud promueve una actitud proactiva hacia el cuidado personal y el bienestar general.

Manejo de estrés: El manejo de estrés es el conjunto de técnicas y estrategias destinadas a controlar y reducir los niveles de estrés de un individuo. Incluye una amplia gama de prácticas, como técnicas de relajación, ejercicio físico, gestión del tiempo, establecimiento de límites, prácticas de mindfulness y meditación, entre otras. El objetivo del manejo de estrés es mejorar la capacidad de una persona para enfrentar situaciones estresantes de manera efectiva, promoviendo así una mejor salud mental y calidad de vida.

7.6. Descripción del instrumento.

7.6.1. Perfil Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II)

Esta escala se compone de un número significativo de ítems, específicamente 52, distribuidos en varias dimensiones que abarcan aspectos críticos del estilo de vida que tienen un impacto directo en la salud y el bienestar general de las personas. Las dimensiones incluidas en el PEPS II son seis. Cada una de estas dimensiones captura una faceta esencial, desde cómo los individuos gestionan su alimentación y actividad física hasta la manera en que se relacionan con otros y buscan el crecimiento personal.

En términos de fiabilidad, el PEPS II ha demostrado tener valores de alfa de Cronbach robustos, lo que indica una alta consistencia interna en sus ítems y dimensiones. Aunque los valores específicos se reportan valores superiores a 0.70 para la mayoría de sus dimensiones, considerando estos como aceptables en investigaciones psicométricas para indicar que los ítems de la escala miden de manera coherente el constructor de interés. Respecto a la validez, el PEPS II ha

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sido sometido a diversos estudios que confirman su capacidad para medir de manera efectiva. La validez de constructo, evaluada a través de análisis factoriales, respalda la estructura multidimensional de la escala, mientras que la validez concurrente y predictiva ha sido establecida mediante la correlación de los puntajes del PEPS II con otras medidas de salud y bienestar, reafirmando su relevancia y utilidad en contextos de investigación y práctica clínica.

El PEPS II permite identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora en los individuos. Los puntajes altos en las distintas dimensiones indican un mayor grado de adopción de comportamientos saludables, mientras que los puntajes bajos sugieren áreas que pueden requerir intervención o mayor atención. Este perfil integral ofrece una base sólida para el desarrollo de programas de intervención y promoción de la salud personalizados, dirigidos a fomentar estilos de vida saludables y prevenir enfermedades. (Anexo 2).

7.6.2. Cuestionario de Riesgo Cardiovascular Globorisk

Es una que se enfoca en los estilos de vida promotores de la salud, el Globorisk se centra específicamente en calcular la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares dentro de un periodo determinado, usualmente 10 años. El cuestionario Globorisk se caracteriza por su simplicidad y practicidad, incorporando un número limitado pero crucial de ítems relacionados directamente con los factores de riesgo cardiovascular. Aunque el número exacto de ítems puede variar ligeramente según la versión y la adaptación regional, típicamente incluye variables como edad, género, presión arterial sistólica, colesterol total, hábito de fumar y, en algunas versiones, índice de masa corporal (IMC) o diabetes. Estas variables se seleccionan basándose en su probada relación con el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

En cuanto a su fiabilidad y validez, el Globorisk no se evalúa típicamente a través del alfa de Cronbach, ya que este indicador es más relevante para cuestionarios que miden constructos latentes a través de múltiples ítems por dimensión. En cambio, la validez del Globorisk se establece mediante estudios de validación que

comparan sus predicciones de riesgo con los resultados de salud cardiovascular observados en cohortes de población a lo largo del tiempo. Estos estudios han demostrado que Globorisk es una herramienta efectiva para predecir el riesgo cardiovascular en poblaciones diversas, aunque su precisión puede variar según la región y las características específicas de la población estudiada. La interpretación de los resultados del cuestionario Globorisk se realiza en términos de un porcentaje.

7.7. Plan para el procesamiento y análisis de datos

7.7.1. Logística

La investigación se centró en el personal de enfermería de la UMF-11, abarcando a individuos de ambos sexos, trabajando en diversos turnos y categorías laborales, para garantizar una muestra representativa de la población en estudio.

Inicialmente, se definieron claramente los criterios de selección, optando por incluir a todo personal de enfermería activo en la unidad, sin distinción de género, turno de trabajo o categoría profesional. Se excluyó a aquellos con alteraciones mentales mayores o cualquier condición que impidiera responder adecuadamente la encuesta, así como a quienes no firmaron el consentimiento informado. Además, se estableció como criterio de eliminación a los participantes que no completaran al menos el 80% de la encuesta aplicada.

El muestreo se realizó de manera no probabilística y no aleatoria, basándose en la plantilla de personal de enfermería activa en la UMF-11. En total, se contó con la participación de 51 trabajadores de enfermería, los cuales fueron seleccionados por conveniencia debido a su accesibilidad y disposición a participar en el estudio.

Para la recopilación de datos, se emplearon dos instrumentos principales: el Perfil Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II) y el Cuestionario de Riesgo Cardiovascular Globorisk. Estos cuestionarios se administraron personalmente a cada participante, asegurando la comprensión de cada ítem y garantizando la privacidad y confidencialidad de las respuestas. Además, se recolectaron datos demográficos básicos como género y edad, así como información específica sobre

diagnóstico de diabetes mellitus, tabaquismo, nivel de presión arterial sistólica y valor de colesterol total.

La evaluación del riesgo cardiovascular mediante el Cuestionario Globorisk se realizó específicamente en aquellos mayores de 40 años, clasificando el riesgo en tres categorías: muy alto riesgo para aquellos con calificaciones superiores al 10%, riesgo moderado para calificaciones del 1 al 5%, y riesgo bajo para calificaciones menores del 1%.

7.7.2. Estandarización de los datos

Se implementaron meticulosos métodos de control de calidad de la información para garantizar la precisión y confiabilidad de los datos recabados, minimizando así los sesgos de información. Uno de los pilares fundamentales en este proceso fue la creación y utilización de un manual operacional detallado, diseñado específicamente para estandarizar todos los procedimientos relacionados con la recolección y manejo de datos.

El manual operacional incluía protocolos precisos para la administración de los cuestionarios, asegurando que todos los encuestadores siguieran el mismo procedimiento al momento de interactuar con los participantes. Esta estandarización fue crucial para evitar variaciones que pudieran introducir sesgos en las respuestas. Además, el manual proporcionaba directrices claras sobre cómo abordar y registrar las respuestas a cada ítem de los cuestionarios, incluyendo el Perfil Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II) y el Cuestionario de Riesgo Cardiovascular Globorisk, así como la manera correcta de recoger los datos demográficos y de salud de los participantes. Para fortalecer aún más la calidad de la información recopilada, se llevó a cabo una capacitación exhaustiva de los encuestadores antes de iniciar el proceso de recolección de datos. Durante estas sesiones de capacitación, se enfatizó la importancia de adherirse fielmente al manual operacional y se practicaron las habilidades de comunicación efectiva para facilitar una interacción adecuada con los participantes, promoviendo así respuestas honestas y completas.

Otra estrategia clave para el control de calidad fue la implementación de revisiones periódicas de los datos recolectados. Este proceso permitió identificar y corregir errores o inconsistencias en una etapa temprana, asegurando la integridad de la base de datos. Adicionalmente, para prevenir la pérdida de información y garantizar su correcta interpretación, se estableció un sistema de doble entrada de datos, donde cada conjunto de datos recabados fue ingresado de manera independiente por dos miembros del equipo de investigación, permitiendo así la detección y corrección de posibles discrepancias. Finalmente, se mantuvo un diálogo constante con los participantes durante todo el proceso de estudio, ofreciéndoles la oportunidad de expresar cualquier duda o inquietud relacionada con el cuestionario o el estudio en general. Este enfoque no solo fortaleció la relación de confianza entre los investigadores y los participantes, sino que también contribuyó a la obtención de datos de alta calidad, al asegurar que los participantes se sintieran cómodos y valorados.

7.8. Plan para procesamiento y análisis de datos.

En la fase de procesamiento y análisis estadístico de este estudio se emplearon métodos rigurosos para asegurar la validez y fiabilidad de los hallazgos. Siguiendo el manual operacional diseñado para el estudio, que incluía directrices claras, se logró minimizar los sesgos de información y proporcionar resultados confiables y precisos. Inicialmente, se realizó una sección de análisis descriptivo de los datos recogidos. Este proceso implicó la utilización de estadísticas descriptivas para resumir y organizar la información de las variables de interés, incluyendo medidas de tendencia central como la media y la mediana, así como medidas de dispersión como la desviación estándar. Se elaboraron tablas y gráficos para presentar la distribución de variables demográficas (edad y género), hábitos de vida (consumo de tabaco, actividad física), y medidas clínicas (presión arterial sistólica, colesterol total, presencia de diabetes mellitus). Este análisis proporcionó una visión clara del perfil del personal de enfermería en términos de los factores de riesgo cardiovascular evaluados.

Posteriormente, se avanzó hacia el análisis analítico, con el objetivo de explorar las relaciones entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular. Para ello, se calcularon Odds Ratios (OR) crudos y ajustados mediante regresión logística, lo que permitió estimar la fuerza de asociación entre los factores de riesgo específicos y la probabilidad de presentar un riesgo cardiovascular elevado. Los OR crudos ofrecieron una visión inicial de estas asociaciones, mientras que los OR ajustados se calcularon para controlar el efecto de posibles variables Confusoras, como la edad, el género, y otras condiciones de salud preexistentes, proporcionando así una estimación más precisa del riesgo asociado con cada factor. El uso del manual operacional fue crucial en esta etapa para asegurar un análisis estadístico coherente y libre de sesgos. Se establecieron protocolos específicos para la selección de variables en los modelos de regresión, la verificación de supuestos estadísticos y la interpretación adecuada de los resultados. Además, se implementaron procedimientos de validación interna para evaluar la robustez de los modelos estadísticos, incluyendo análisis de sensibilidad y comprobación de la consistencia de los hallazgos.

Los resultados de los análisis descriptivos y analíticos proporcionaron una comprensión profunda de la relación entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular en el personal de enfermería de la UMF-11. Los OR ajustados, en particular, revelaron las dimensiones específicas del estilo de vida que contribuyen significativamente al riesgo cardiovascular, orientando así las recomendaciones para intervenciones de salud pública y programas de prevención dirigidos a esta población.

7.9. Aspectos éticos

El protocolo de investigación se ha diseñado meticulosamente para alinearse con las normativas y principios éticos dictados por la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Este alineamiento se demuestra a través de la integración de prácticas éticas y legales en todas las fases de la investigación, especialmente en lo que respecta al uso del consentimiento informado de los participantes.

El estudio contempla la aplicación del consentimiento informado como un pilar fundamental, en concordancia con lo establecido en los artículos 17 y 23 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Estos artículos subrayan la importancia de asegurar que todos los participantes estén plenamente informados sobre la naturaleza, objetivos, beneficios, riesgos potenciales, procedimientos que se llevarán a cabo durante la investigación, y su libertad para retirarse del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión. Este proceso garantiza el respeto a la autonomía y la dignidad de los participantes, permitiéndoles tomar decisiones informadas respecto a su participación en el estudio. Para cumplir con estos requisitos, el protocolo incluye un procedimiento detallado para la obtención del consentimiento informado. Este procedimiento implica la preparación de documentos de consentimiento claros y comprensibles, que serán presentados y explicados a los participantes por investigadores capacitados. La firma del consentimiento informado será precedida por sesiones informativas donde los participantes podrán expresar dudas o inquietudes, asegurando así que su aceptación sea completamente voluntaria y basada en el entendimiento completo de lo que implica su participación. Además, este estudio se adhiere al principio de confidencialidad y protección de datos personales, en línea con lo estipulado por el artículo 21 de la Ley General de Salud. Esto significa que toda información personal recabada durante la investigación será tratada con el máximo cuidado, utilizándose exclusivamente para los fines del estudio y manteniéndose segura para proteger la privacidad de los participantes. La autorización para realizar este estudio, que involucra interacción directa con el personal de enfermería y la recolección de datos relacionados con su salud y estilo de vida, también será solicitada y obtenida de las autoridades competentes del IMSS, conforme al artículo 77. Este paso asegura que la investigación cuenta con el respaldo institucional necesario y se realiza en un marco de cooperación y transparencia con la institución. El compromiso con los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y respeto por las personas guía todo el proceso de investigación, desde la concepción hasta la divulgación de los resultados, en busca de generar conocimiento que pueda contribuir a mejorar la

salud cardiovascular y la calidad de vida del personal de enfermería, sin exponerlos a riesgos injustificados.

Respecto al principio de autonomía, el estudio reconoce y promueve el derecho de los participantes a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su inclusión en la investigación. Esto se logra mediante el uso del consentimiento informado, proceso a través del cual se proporciona a los participantes toda la información necesaria sobre el objetivo del estudio, los procedimientos involucrados, los posibles riesgos y beneficios, y su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusión alguna. Este proceso está en armonía con la Declaración de Helsinki, que enfatiza la importancia del consentimiento voluntario y bien informado de los participantes.

En línea con el principio de justicia, el protocolo asegura una selección equitativa de los participantes, evitando cualquier forma de discriminación. Se toman medidas para garantizar que los beneficios de la investigación se distribuyan de manera justa entre todas las poblaciones involucradas, respetando la diversidad y promoviendo la equidad en el acceso a los beneficios generados por el estudio. Esto refleja los llamados de la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg hacia la igualdad y la imparcialidad en el tratamiento de los sujetos de investigación.

Adherirse al principio de no maleficencia implica un compromiso por parte de los investigadores a evitar causar daño a los participantes. En este estudio, ello se traduce en la minuciosa evaluación de los riesgos y la implementación de estrategias para minimizarlos, asegurando que los riesgos potenciales nunca superen los beneficios anticipados. Esta precaución está en concordancia con el Código de Nuremberg, que prohíbe explícitamente la experimentación cuando exista una a priori razón para creer que puede ocurrir muerte o lesión discapacitante, y con la Declaración de Helsinki, que exige que los riesgos no superen los beneficios potenciales.

Principio de beneficencia es central en el diseño y ejecución del estudio, guiando a los investigadores a maximizar los beneficios potenciales para los participantes y la

comunidad en general. Esto incluye no solo la contribución al conocimiento científico sobre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular entre el personal de enfermería, sino también la potencial mejora en las políticas de salud y bienestar para esta población. Tal enfoque está en línea con ambos, la Declaración de Helsinki y el Código de Nuremberg, que enfatizan la importancia de realizar investigaciones con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar de las personas. (61)

7.10. Recursos, financiamiento y factibilidad

7.10.1. Recursos humanos

Investigador Principal: Médico Residente de primer año de Medicina Familiar con maestría en gestión directiva en salud.

7.11. Recursos materiales:

CATEGORIA	COSTO UNITARIO	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Lapiceros	\$ 10 pesos	5	\$ 50.00 pesos
Gomas	\$ 10 pesos	3	\$ 30.00 pesos
Hojas tamaño carta	\$ 100pesos (paquete)	1	\$ 100.00 pesos
Cartucho de tinta	\$340 pesos	1	\$340.00 pesos
Memoria USB 8GB	\$200 pesos	2	\$400.00pesos
Engrapadoras	\$80 pesos	2	\$160.00 pesos
Grapas	\$20 pesos (caja)	2	\$40.00 pesos
Fotocopias	\$0.50 centavos	100	\$50.00 pesos
Tabla recolectora	\$50 pesos	1	\$50.00 pesos
Laptop Hp Pavilion	\$10.000 pesos	1	\$10.000 peso
Internet	\$526	6 meses	\$3.156 pesos
Impresora	\$2000	1	\$2.000 pesos
		TOTAL	16,476 pesos

7.10.3. Financiamiento

El estudio fue financiado en su totalidad con fondos propios del investigador principal y de apoyos institucionales, si los hubiera.

7.10.4. Factibilidad

La factibilidad del estudio se basó en la disponibilidad de tiempo y recursos para llevar a cabo la investigación en la UMF No. 11, así como en la cooperación del personal de salud y la dirección de la institución. La investigación fue diseñada de manera realista y práctica, con el objetivo de obtener resultados confiables y aplicables al contexto en el que se desarrolló.

8. RESULTADOS

La **tabla 1** presenta la descripción de las variables sociodemográficas obtenidas de una entrevista aplicada a 37 miembros del personal de enfermería de la UMF Número 11 del IMSS en Aguascalientes. De los encuestados, un ligero predominio de mujeres (54.1%) sobre hombres (45.9%) se observa en la distribución por género. En cuanto a la edad, la mayoría se concentra en el grupo de 40 a 44 años (54.1%), seguido por los grupos de 45 a 49 y 50 a 54 años, ambos con un 16.2%. Los grupos de 55 a 59 y 60 a 64 años representan un 10.8% y 2.7%, respectivamente. La mayoría de los encuestados están casados (73%), mientras que un 27% son solteros. Respecto al número de hijos, la mayoría tiene 3 (40.5%), seguido por 2 hijos (35.1%), 4 hijos (10.8%) y solo una minoría no tiene hijos (2.7%) o tiene 1 hijo (10.8%). En términos de religión, una abrumadora mayoría se identifica como católica (86.5%), mientras que un 10.8% se identifica como cristiana y un mínimo 2.7% no profesa ninguna religión. En cuanto a la escolaridad, más de la mitad tiene estudios de preparatoria (51.4%), seguido de un 32.4% con licenciatura y un 16.2% con posgrado. La antigüedad en la institución varía, con un 21.6% de los encuestados teniendo de 1 a 3 años de haber egresado, un 10.8% de 7 a 9 años, y una significativa mayoría del 67.6% con 10 años o más. Similar diversidad se encuentra en los años de servicio: un 2.7% con 1 a 5 años, un 10.8% con 6 a 10

años, un 40.5% con 11 a 20 años y un 45.9% con más de 21 años. Finalmente, en cuanto al turno laboral, la mayoría trabaja en el turno matutino (56.8%), seguido por el vespertino (27%) y el nocturno (16.2%). Estos datos proporcionan una visión integral de las características sociodemográficas del personal de enfermería de la UMF-11, información valiosa para el desarrollo del protocolo de investigación sobre estilo de vida y riesgo cardiovascular.



Tabla 1. Variables sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	17	45.9
	Mujer	20	54.1
Edad	40-44	20	54.1
	45-49	6	16.2
	50-54	6	16.2
	55-59	4	10.8
	60-64	1	2.7
Estado civil	Soltero	10	27
	Casado	27	73
Número de hijos	0	1	2.7
	1	4	10.8
	2	13	35.1
	3	15	40.5
	4	4	10.8
Religión	Católica	32	86.5
	Cristiana	4	10.8
	Ninguna	1	2.7
Escolaridad	Preparatoria	19	51.4
	Licenciatura	11	32.4
	Posgrado	6	16.2
Años desde egreso	De 1 a 3	8	21.6
	De 7 a 9	4	10.8
	10 o más	25	67.6
Años de antigüedad	De 1 a 5	1	2.7
	De 6 a 10	4	10.8
	De 11 a 20	15	40.5
	21 o más	17	45.9
Turno	Matutino	21	56.8
	Vespertino	10	27
	Nocturno	6	16.2
Total		37	100

Fuente: Entrevista aplicada, n=37

La **tabla 2** muestra que la gran mayoría del personal de enfermería de la UMF-11 no fuma, con una frecuencia del 78.4%. Por otro lado, un 21.6% del personal de enfermería de la UMF-11 fuma. Lo que sugiere que el personal de enfermería tiene un menor riesgo cardiovascular asociado al consumo de tabaco. Esta información puede ser útil para comprender el perfil de consumo de tabaco del personal de enfermería de la UMF-11 y cómo el tabaquismo puede afectar su estilo de vida y riesgo cardiovascular, que son temas de interés en el estudio en cuestión. Además, estos resultados pueden servir para identificar posibles áreas de intervención para fomentar el abandono del tabaquismo en el personal de enfermería de la UMF-11 y promover hábitos de vida saludables.

Tabla 2. Tabaquismo

	Frecuencia	Porcentaje
Si	8	21.6
No	29	78.4
Total	37	100.0

Fuente: Entrevista aplicada, n=37

La **tabla 11** muestra la distribución de frecuencia y porcentaje de diabetes mellitus en el personal de enfermería de la UMF No 11, según los datos, la mayoría del personal de enfermería de la UMF-11 no tiene diabetes mellitus, lo que sugiere que tienen un menor riesgo cardiovascular asociado a esta enfermedad.

Tabla 3. Diabetes mellitus

	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	13.5
No	32	86.5
Total	37	100.0

Fuente: Entrevista aplicada, n=37

La **tabla 12** muestra la distribución de frecuencia y porcentaje de hipertensión arterial en el personal de enfermería de la UMF No 11, según los datos presentados en la tabla, se puede observar que un 24.3% del personal de enfermería de la UMF-11 tiene hipertensión arterial. Por otro lado, un 75.7% del personal de enfermería de la UMF-11 no tiene hipertensión arterial. Con lo que se puede concluir que una minoría del personal de enfermería de la UMF-11 presenta hipertensión arterial, lo que sugiere que en general tienen un riesgo cardiovascular bajo en cuanto a esta enfermedad.

Tabla 4. Hipertensión arterial

	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	24.3
No	28	75.7
Total	37	100.0

Fuente: Entrevista aplicada, n=37

La **Tabla 5** muestra la clasificación global del estilo de vida de los participantes de una entrevista aplicada, con una muestra de 121 individuos. Según los datos, la mayoría de los encuestados, representando el 63.6%, tienen un estilo de vida regular. Los que reportan tener un buen estilo de vida constituyen el 33.9%, mientras que solo un pequeño porcentaje, el 2.5%, considera que tiene un mal estilo de vida. Estos resultados reflejan una predominancia de estilos de vida regulares entre la población estudiada y sugieren que la minoría percibe extremos de bienestar o riesgo en sus hábitos y prácticas cotidianas.

Tabla 5. Clasificación global del estilo de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Buen estilo de vida	41	33.9
Regular estilo de vida	77	63.6
Mal estilo de vida	3	2.5
Total	121	100.0

Fuente: Entrevista aplicada, n=37

La **tabla 14** muestra la distribución del riesgo cardiovascular del personal de enfermería de la UMF No 11 (UMF-11), el riesgo cardiovascular se calculó mediante la evaluación de factores de riesgo como la edad, la presión arterial, el colesterol y el hábito de fumar. Según los resultados, el 70.3% de los participantes tienen un riesgo cardiovascular bajo (menos del 1%), el 24.3% tienen un riesgo alto (entre el 6% y el 9%) y el 5.4% tienen un riesgo muy alto (más del 10%). Es importante destacar que, aunque la mayoría de los participantes tienen un riesgo bajo, un porcentaje significativo tiene un riesgo alto o muy alto, lo que indica que hay una necesidad de intervenciones preventivas para disminuir el riesgo cardiovascular en estos grupos.

Tabla 6. Riesgo cardiovascular

	Frecuencia	Porcentaje
< 1% (Riesgo bajo)	26	70.3
6-9% (Riesgo alto)	9	24.3
> 10% (Riesgo muy alto)	2	5.4
Total	37	100.0

Fuente: Entrevista aplicada, n=37

La **tabla 15** muestra los resultados de un análisis de asociación cruda entre diversas variables y el riesgo cardiovascular en una muestra de 37 personas. El riesgo cardiovascular se categorizó en tres niveles: bajo (menor al 1%), alto (entre 6% y 9%), y muy alto (mayor al 10%). Los resultados indican que el grupo de edad se asocia significativamente con el riesgo cardiovascular ($p=0.024$), siendo el grupo de 40-44 años el que tiene mayor riesgo ($OR=2$) en comparación con el grupo de 60-64 años. Asimismo, el sexo se asocia significativamente con el riesgo cardiovascular ($p=0.006$), siendo los hombres los que presentan mayor riesgo ($OR=10.120$) en comparación con las mujeres. En cuanto a la diabetes mellitus, se encontró una asociación significativa con el riesgo cardiovascular ($p=0.021$), siendo las personas

con diabetes mellitus las que tienen un mayor riesgo (OR=14.280) en comparación con las que no tienen diabetes mellitus. Otras variables que presentaron una asociación cruda significativa con el riesgo cardiovascular fueron: la atención médica y seguimiento (p=0.012), la alimentación saludable (p=0.071), la socialización y actividades recreativas (p=0.361), y el grupo de hábitos saludables y autocuidado (p=0.603).

Tabla 7. Asociaciones crudas

Variables	Riesgo cardiovascular		OR	OR Crudo		Valor p.
	Si	No		IC95% Inf.	IC95% Sup.	
Grupo de edad	40-44	2	18			0.024
	45-49	2	4			
	50-54	3	3	---	---	
	55-59	3	1			
	60-64	1	0			
Sexo	Hombre	9	8	10.120	1.440	0.006
	Mujer	2	18		57.900	
Estado civil	Soltero	5	5	3.500	0.753	0.110
	Casado	6	21		16.263	
Número de hijos	0	1	0			0.335
	1	1	3			
	2	2	11	---	---	
	3	5	10			
	4	2	2			
Religión	Católica	11	21			0.294
	Cristiana	0	4	---	---	
	Ninguna	0	1			
Escolaridad	Secundaria	1	0			0.345
	Preparatoria	4	15			
	Licenciatura	4	7	---	---	
	Posgrado	2	4			
Años desde el egreso	1-3	1	7			0.371
	4-6	0	0	---	---	
	7-9	2	2			
	10 o más	8	17			

	1-5	0	1				
Años de antigüedad	6-10	0	4				0.355
	11-20	4	11	---	---	---	
	21 o más	7	10				
	Matutino	8	13				
Turno	Vespertino	2	8	---	---	---	0.439
	Nocturno	1	5				
	Si	4	4				
Fuma	No	7	22	3.140	0.618	15.900	0.163
	Si	4	1				
Diabetes Mellitus	No	7	25	14.280	1.368	149.210	0.021
	Si	5	4				
Hipertensión	No	6	22	4.583	0.930	22.585	0.066
	Si	4	10				
¿Has tenido enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o accidentes que hayan puesto en riesgo tu vida?	No	7	16	0.914	0.212	3.939	0.603
	Si	7	12				
Comunicación y relaciones interpersonales	No	4	14	2.042	0.479	8.707	0.271
	Si	9	12				
Alimentación saludable	No	2	14	5.250	0.945	29.180	0.071
	Si	10	12				
Atención médica y seguimiento	No	1	14	11.667	1.299	104.810	0.012
	Si	9	15				
Ejercicio físico	No	2	11	3.300	0.592	18.399	0.152
	Si	7	12				
Descanso y sueño	No	4	14	20.420	0.479	8.707	0.271
	Si	9	14				
Crecimiento personal y bienestar emocional	No	2	12	3.857	0.694	21.438	0.107
	Si	7	16				
Hábitos saludables y autocuidado	No	4	10	1.094	0.254	4.713	0.603
	Si	9	18				
Socialización y actividades recreativas	No	2	8	2.000	0.350	11.439	0.361
	Si	9	13				
Global	No	2	13	4.500	0.810	24.986	0.073
	Si	9	13				

Fuente: Entrevista aplicada, n=37, 95% de confianza.

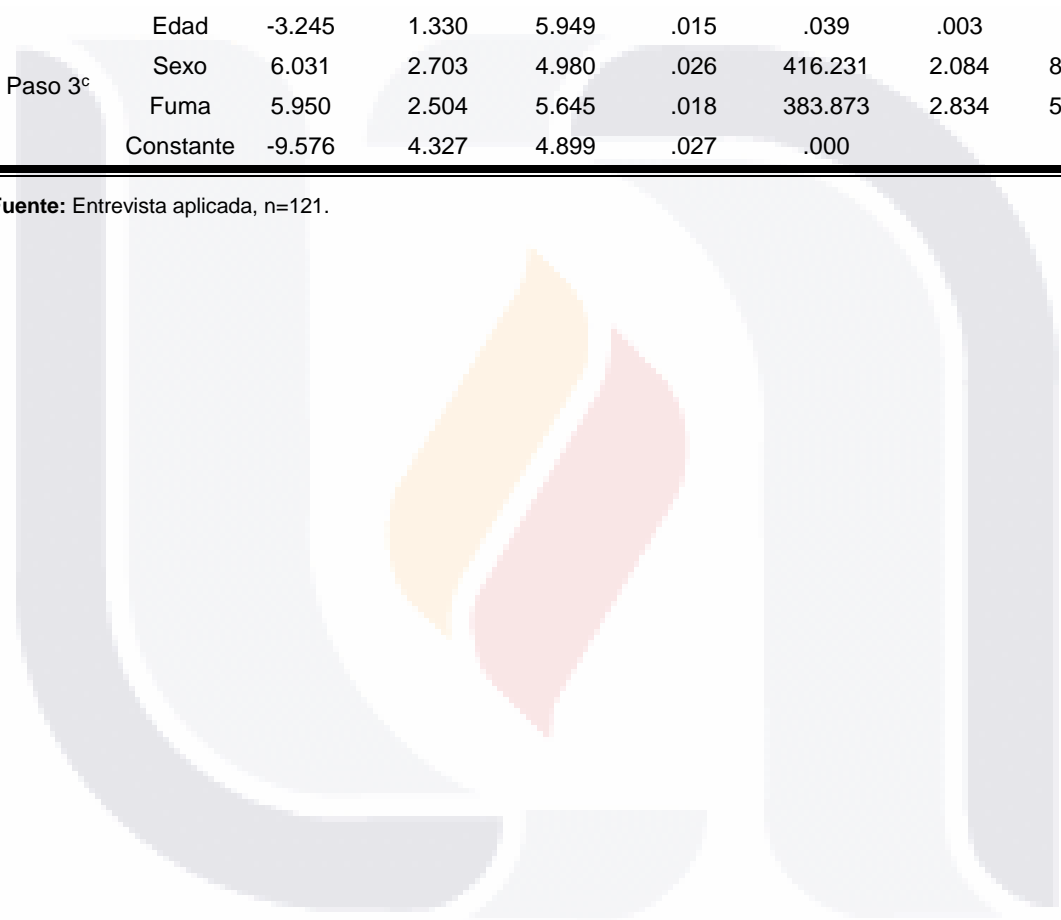
La **tabla 16** presenta los resultados de un modelo de regresión logística en el que se ajusta la asociación entre diversas variables independientes y el riesgo cardiovascular. El modelo incluye tres pasos en los que se van incorporando diferentes variables independientes. En el primer paso, se ajusta el efecto de la edad en el riesgo cardiovascular. Los resultados indican que cada aumento en un año se asocia con una disminución del 67.4% en el riesgo cardiovascular. En el segundo paso, se añade el efecto del sexo en el modelo. Los resultados muestran que el sexo masculino se asocia con un aumento del 1,588.9% en el riesgo cardiovascular en comparación con el sexo femenino. Además, la edad sigue siendo un predictor significativo de riesgo cardiovascular, con una disminución del 72.2% en el riesgo cardiovascular por cada año adicional. En el tercer paso, se añaden dos variables más: el hábito de fumar y la presencia de hipertensión arterial. Los resultados indican que fumar y tener hipertensión arterial se asocian con un aumento del 37,287.3% y 38,287.3% en el riesgo cardiovascular, respectivamente. Además, la edad y el sexo siguen siendo predictores significativos de riesgo cardiovascular.

En general, los resultados de la tabla sugieren que la edad, el sexo, el hábito de fumar y la presencia de hipertensión arterial son factores importantes que influyen en el riesgo cardiovascular en la población estudiada. Es importante destacar que estos resultados se obtienen después de ajustar por el efecto de las otras variables incluidas en el modelo, lo que permite una interpretación más precisa de las asociaciones entre las variables y el riesgo cardiovascular.).

Tabla 8. Asociaciones ajustadas

		B	E.T.	Wald	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Paso 1 ^a	Edad	-1.121	.388	8.330	.004	.326	.152	.698
	Constante	3.234	.965	11.239	.001	25.372		
Paso 2 ^b	Edad	-1.279	.483	7.022	.008	.278	.108	.717
	Sexo	2.827	1.227	5.307	.021	16.889	1.525	187.087
	Constante	-.289	1.533	.036	.850	.749		
Paso 3 ^c	Edad	-3.245	1.330	5.949	.015	.039	.003	.529
	Sexo	6.031	2.703	4.980	.026	416.231	2.084	83136.164
	Fuma	5.950	2.504	5.645	.018	383.873	2.834	51993.793
	Constante	-9.576	4.327	4.899	.027	.000		

Fuente: Entrevista aplicada, n=121.



9. DISCUSION

El presente estudio exploró la asociación entre el estilo de vida y el nivel de riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes. A pesar de no encontrar asociaciones significativas entre la mayoría de las variables relacionadas con el estilo de vida y el riesgo cardiovascular, se identificaron factores demográficos y de salud que sí mostraron una relación significativa. En comparación con otros estudios, nuestros hallazgos son consistentes con la literatura en cuanto a la relación entre la edad, el tabaquismo, la diabetes y el sexo con el riesgo cardiovascular (Ramírez, 2017; Rondamela, 2014). Sin embargo, otros estudios han encontrado asociaciones significativas entre variables relacionadas con el estilo de vida, como la actividad física y la nutrición, y el riesgo cardiovascular (Vidal-Blanco et al., 2018; Martínez et al., 2014). Estas discrepancias podrían explicarse por diferencias en la metodología, la población estudiada y el tamaño de la muestra. Así mismo, estos estudios destacan también la importancia de evaluar el riesgo cardiovascular en el personal de enfermería y adaptar las intervenciones de prevención y promoción de la salud de acuerdo con las características y necesidades específicas de esta población. Aunque el estilo de vida es un factor clave en la prevención de enfermedades cardiovasculares, es crucial considerar también factores demográficos y de salud, como la edad, el tabaquismo, la diabetes y el sexo, en la formulación de políticas y programas de prevención (4, 5, 9, 11). El presente estudio proporciona información útil sobre los factores asociados con el riesgo cardiovascular en los trabajadores de enfermería de la UMF 11 del IMSS Aguascalientes, aunque se requieren investigaciones futuras con muestras más grandes y diversas para confirmar estos hallazgos. Los resultados pueden ayudar a informar el diseño de intervenciones específicas y efectivas para mejorar la salud cardiovascular de los profesionales de enfermería, lo que a su vez podría tener un impacto positivo en la calidad de la atención médica brindada a los pacientes. Así mismo, esta información sobre la relación entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular en los trabajadores de enfermería de la UMF 11 del IMSS Aguascalientes, identificando factores demográficos y de salud que

están significativamente asociados con un mayor riesgo cardiovascular. Aunque se requieren estudios adicionales con muestras más grandes y diversas para confirmar estos hallazgos, los resultados pueden ayudar a informar las intervenciones de prevención y promoción de la salud en esta población.



10. CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo principal conocer la asociación entre el estilo de vida y el nivel de riesgo cardiovascular en trabajadores del área de enfermería adscritos a la UMF 11, IMSS, OOAD Aguascalientes.

En base a los resultados obtenidos y los objetivos específicos planteados, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

El personal de enfermería de la UMF-11 del IMSS en Aguascalientes en cuanto a su riesgo cardiovascular, la mayoría de la población (70.3%) tenía un riesgo bajo de padecer eventos cardiovasculares en los próximos 10 años, mientras que un porcentaje significativo (24.3%) tenía un riesgo alto. Solo un pequeño porcentaje de la población (5.4%) tenía un riesgo muy alto de padecer eventos cardiovasculares en los próximos 10 años. Es importante señalar que estos resultados se basan en la información disponible en el momento de la evaluación y que el riesgo cardiovascular de un individuo puede cambiar a lo largo del tiempo debido a cambios en el estilo de vida, enfermedades o tratamiento médico.

En cuanto a las dimensiones de la escala de estilo de vida, cada dimensión se evaluó mediante preguntas específicas y se midió su asociación con el riesgo cardiovascular mediante un análisis de regresión logística. Los resultados mostraron que algunas dimensiones, como la atención médica y el seguimiento, el ejercicio físico y la alimentación saludable, se asociaron cruda significativamente con el riesgo cardiovascular, mientras que otras, como la comunicación y las relaciones interpersonales, el descanso y el sueño, el crecimiento personal y el bienestar emocional, y la socialización y las actividades recreativas, no alcanzaron significación estadística.

En cuanto a las asociaciones ajustadas mediante un análisis de regresión logística en el modelo final, se incluyeron cuatro variables predictoras: edad, sexo, hábito de fumar y la interacción entre el sexo y el hábito de fumar. En el primer paso del modelo, se encontró que la edad se asoció significativamente con el riesgo

cardiovascular, con un OR de 0.326 ($p = 0.004$). En el segundo paso, se añadió el sexo al modelo y se encontró que los hombres tenían un mayor riesgo cardiovascular que las mujeres, con un OR de 16.889 ($p = 0.021$). En el tercer paso, se añadió el hábito de fumar al modelo y se encontró que tanto el sexo como el hábito de fumar estaban significativamente asociados con el riesgo cardiovascular. Los hombres fumadores tenían el mayor riesgo cardiovascular, con un OR de 416.231 ($p = 0.026$). El OR para el hábito de fumar en general fue de 383.873 ($p = 0.018$). Obteniendo que la edad, el sexo y el hábito de fumar son variables predictoras significativas del riesgo cardiovascular en la población estudiada. En particular, los hombres fumadores tienen el mayor riesgo cardiovascular. Estos hallazgos resaltan la importancia de la prevención y el control del hábito de fumar para reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares en esta población.

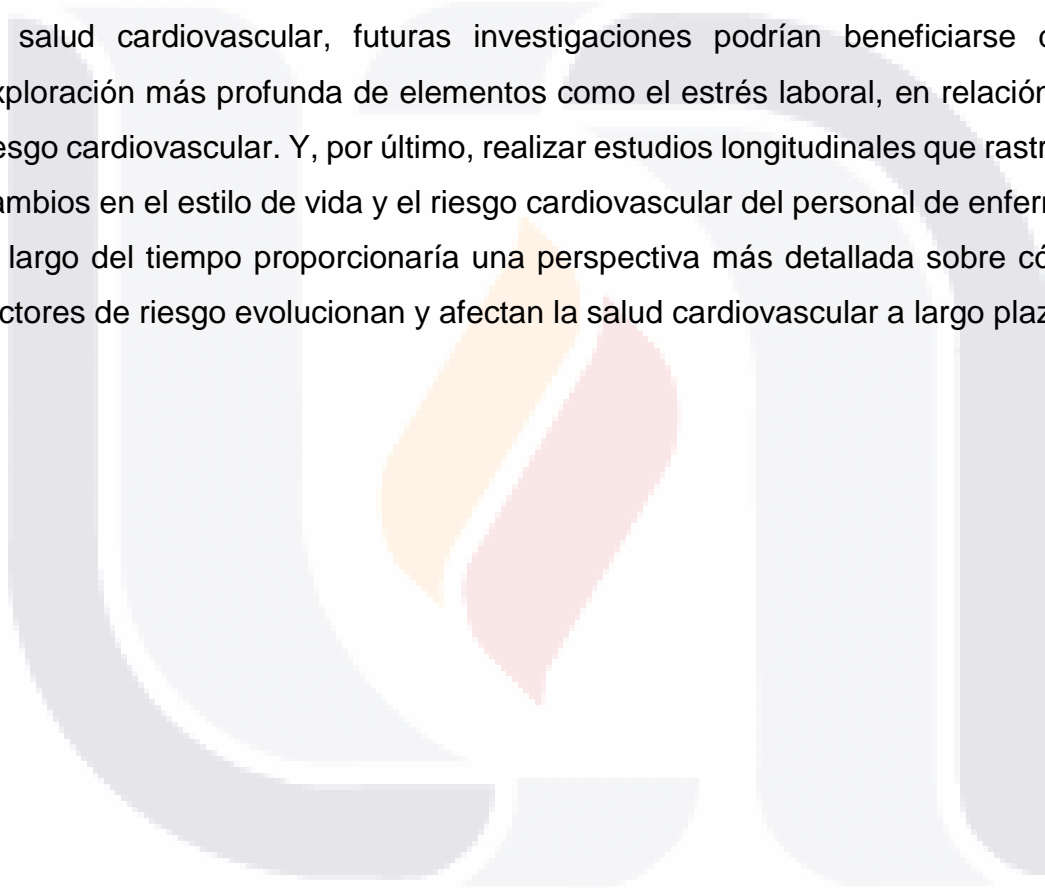
10.1. Sesgos y limitaciones

Una limitación de este estudio es que se basa en una muestra relativamente pequeña y específica, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones de enfermería. Además, el estudio se basó en datos autorreportados, lo que podría haber introducido sesgos de memoria y de deseabilidad social. También es posible que no se hayan incluido otras variables relevantes para el riesgo cardiovascular, como el historial familiar, la presencia de otros factores de riesgo modificables y la adherencia a tratamientos médicos.

A pesar de estas limitaciones, este estudio proporciona información valiosa para el diseño de estrategias de prevención y promoción de la salud en el personal de enfermería en la UMF-11 del IMSS Aguascalientes. Los hallazgos sugieren que enfocarse en la reducción del tabaquismo, el control de la diabetes y el monitoreo adecuado del riesgo cardiovascular en función de la edad y el sexo podría ser más efectivo que centrarse en factores relacionados con el estilo de vida, como la actividad física y la nutrición, que no mostraron asociaciones significativas en esta muestra.

10.2. Recomendaciones

Para futuras investigaciones sobre este problema de estudio, sería beneficioso ampliar el grupo de estudio para incluir a personal de enfermería de diferentes regiones y unidades de salud, lo que permitiría una comparación más amplia de los patrones de estilo de vida y riesgo cardiovascular. Esto proporcionaría una visión más diversa y completa de los factores de riesgo y sus efectos en diferentes contextos. Así mismo, dado el impacto significativo de los factores psicosociales en la salud cardiovascular, futuras investigaciones podrían beneficiarse de una exploración más profunda de elementos como el estrés laboral, en relación con el riesgo cardiovascular. Y, por último, realizar estudios longitudinales que rastreen los cambios en el estilo de vida y el riesgo cardiovascular del personal de enfermería a lo largo del tiempo proporcionaría una perspectiva más detallada sobre cómo los factores de riesgo evolucionan y afectan la salud cardiovascular a largo plazo.



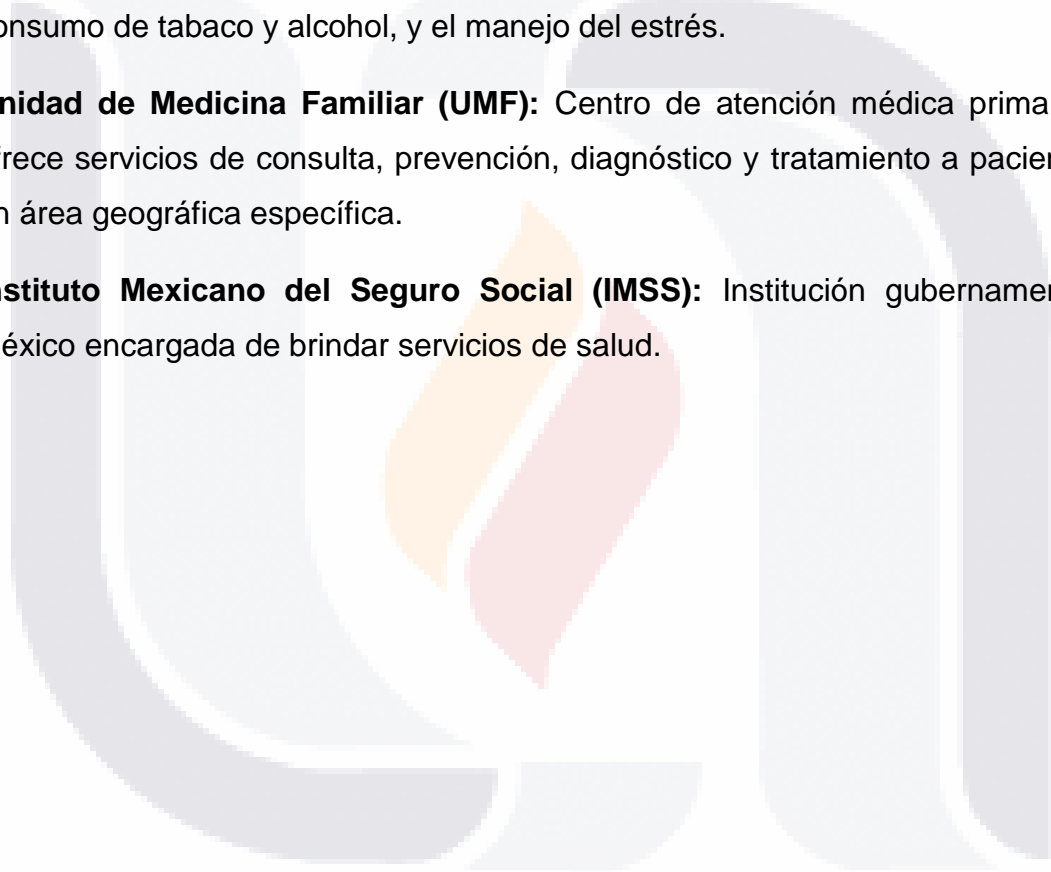
11. GLOSARIO

Riesgo cardiovascular: Probabilidad de sufrir un evento cardiovascular, como un ataque cardíaco o un derrame cerebral, en un período de tiempo determinado.

Estilo de vida: Conjunto de comportamientos y hábitos que una persona adopta y que pueden influir en su salud, incluyendo la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco y alcohol, y el manejo del estrés.

Unidad de Medicina Familiar (UMF): Centro de atención médica primaria que ofrece servicios de consulta, prevención, diagnóstico y tratamiento a pacientes en un área geográfica específica.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): Institución gubernamental de México encargada de brindar servicios de salud.



12. REFERENCIAS

1. Magalhães FJ, Orge, Mendonça LB, Ento de A, Rebouças CB, Rasil de A, Lima FE, Lisângela T, Custódio IL, Lopes, de Oliveira SC, Coutinho. Risk factors for cardiovascular diseases among nursing professionals: strategies for health promotion. *Revista brasileira de enfermagem*. 2014;67(3):394–400.
2. Vidal-Blanco G, Oliver A, Galiana L, Sansó N. Quality of work life and self-care in nursing staff with high emotional demand. *Enfermería Clínica*. 2019;29(3):186–94.
3. María Clementina Gualpa Lema, Norma Teresa Sacoto Naspud, Miryam Janeth Gualpa González, Gabriela del Rosario Cordero Cordero RIAOchoa. Factores de riesgo cardiovascular en profesionales de enfermería. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2018;34(2).
4. Martínez-Gurrión LA, Landeros-López M, Cortés-Mendoza F, Betancourt-Esparza MC, Venegas-Cepeda ML. Riesgo cardiovascular en el personal de enfermería de un hospital de segundo nivel de atención hospitalaria según Framingham. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2014;22(1):5–11.
5. Alconero Camarero AA, Pérez CM, Liaño CP, Iglesias GA, Muñoz GI, Sánchez GH, et al. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en el personal de CARDIOVASCULAR RISK FACTORS PREVALENCE IN THE NURSING STAFF. 2006;
6. Rodríguez-Reyes RR, Navarro-Zarza JE, Tello-Divicino TL, Parra-Rojas I, Zaragoza-García O, Guzmán-Guzmán IP. [Detection of cardiovascular risk in healthcare workers on the basis of WHO/JNC 7/ATP III criteria]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017;55(3):300–8.
7. Trejo Ortiz PM, Araujo Espino R, Orozco Gómez C, Mollinedo Montaña FE, Piña Fernández HD, Hernández Barrios F, et al. Factores de riesgo cardiovascular según la etapa de cambio conductual en personal de enfermería. *Revista CUIDARTE*. 2012;3(1):349–54.
8. Bareiro-drudis EM. Estado nutricional y alteraciones metabólicas en personal de enfermería con guardias nocturnas. 2020;9(2):1–15
9. Rosa. Estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares

en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho - 2017. 2017;30.

10. Soriano de Hernández AP. Estilo de vida y enfermedades crónicas en personal de enfermería del Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar Dr. José Antonio Saldaña, San Salvador, El Salvador. Enero 2019 TT - Lifestyle and chronic diseases in nursing staff of the N. 2019;79. Available from: <http://cies.edu.ni/cedoc/digitaliza/t1041/t1041.pdf>

11. Trejo Ortiz PM, Araujo Espino R, Orozco Gómez C, Mollinedo Montaña FE, Piña Fernández HD, Hernández Barrios F, et al. Factores de riesgo cardiovascular según la etapa de cambio conductual en personal de enfermería. Rev Cuid. 2012;3(1):349–54.

12. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. 2018;8(4):16–23.

13. Aristizábal Hoyos GP, Blanco Borjas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. 2018;8(4):16–23.

14. Worchel S. Cooper J GGR, Olson J. Psicología Social. Madrid: Thomson Editores. 2002;

15. Feather NT. Expectations and actions: Expectancy-value models in psychology. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. 1982;

16. Ramírez Iñiguez de la Torre, M.V., Vicente Herrero, M.T., López González, A.A., & Capdevila García L. Factores de riesgo cardiovascular y su relación con factores sociodemográficos y laborales en trabajadores aparentemente sanos. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. 2017;26(4):257-265.

17. Rondanelli I. y col. Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. Rev Med Clin Condes. 2014;25(1):69-77.

18. Ramírez Iñiguez de la Torre, M.V., Vicente Herrero, M.T., López González, A.A., & Capdevila García L. Factores de riesgo cardiovascular y su relación con factores sociodemográficos y laborales en trabajadores aparentemente sanos. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. 2017;26(4):257-265.

19. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares. 2011;
20. World Health Organization: Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Guidelines for primary health care in low-resource settings. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2012;
21. O'Donnell CJ ER. Cardiovascular risk factors. Insights from Framingham Heart Study. *Rev Esp Cardiol.* 2008;61(3):299-310.
22. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by represent. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2007;14:2:1-113.
23. Mancia G, Facchetti R, Bombelli M et al. Relationship of office, home, and ambulatory blood pressure to blood glucose and lipid variables in the PAMELA population. *Hypertension.* 2005;45:1072-1077.
24. Beekman M, Heijmans BT, Martin NG et al. Heritabilities of apolipoprotein and lipid levels in three countries. *Twin Res.* 2002;5:87-97.
25. Austin MA, Sandholzer C, Selby JV et al. Lipoprotein(a) in women twins: heritability and relationship to apolipoprotein(a) phenotypes. *Am J Hum Genet.* 1992;51:829-840.
26. Danesh J, Erqou S, Walker M et al. The Emerging Risk Factors Collaboration: analysis of individual data on lipid, inflammatory and other markers in over 1.1 million participants in 104 prospective studies of cardiovascular diseases. *Eur J Epidemiol.* 2007;22:839-869.
27. Worns MA, Victor A, Galle PR et al. Genetic and environmental contributions to plasma C-reactive protein and interleukin-6 levels--a study in twins. *Genes Immun.* 2006;7:600-605.
28. Humphries SE, Ridker PM TPJ. Genetic testing for cardiovascular disease susceptibility: a useful clinical management tool or possible misinformation? *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2004;24:628-636.

29. Casas JP, Cooper J, Miller GJ et al. Investigating the genetic determinants of cardiovascular disease using candidate genes and meta-analysis of association studies. *Ann Hum Genet.* 2006;70:145-169.
31. Szczech R, Hering D NK. Smoking and cardiovascular risk: new mechanisms and further evidence for a “guilty” verdict. *J Hypertens.* 2004;22:31-34.
32. Pardell H, Tresserras R, Salto E et al. Management of the hypertensive patient who smokes. *Drugs.* 1998;56:177–87.
33. Law MR, Morris JK WNJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997; 315:973-980. 1997;315:973-980.
34. Kearney PM, Blackwell L, Collins R et al. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a metaanalysis. *Lancet.* 2008;371:117-125.
35. Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C et al. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. CEIPC. *Rev Clin Esp.* 2009;209:279-302.
38. Carr MC BJD. Abdominal obesity and dyslipidemia in the metabolic syndrome: importance of type 2 diabetes and familial combined hyperlipidemia in coronary artery disease risk. *J Clin Endocrinol Metab.* 2004;89:2601-2607.
39. Despres JP, Lemieux I, Bergeron J et al. Abdominal Obesity and the Metabolic Syndrome: Contribution to Global Cardiometabolic Risk. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2008;28:1039-49.
40. Folsom AR, Kushi LH, Anderson KE et al. Associations of general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women: the Iowa Women’s Health Study. *Arch Intern Med.* 160:2117-2128.
41. Macmahon S, Peto R, Cutler J et al. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet.* 1990;335:765-774.

42. Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC et al. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention. *Circulation*. 2003;108:2154-2169.
42. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet*. 2002;360:1903-1913.
43. Vasan RS, Larson MG, Leip EP et al. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet*. 358:1682-1686.
44. Martiniuk AL, Lee CM, Lawes CM et al. Hypertension: its prevalence and population-attributable fraction for mortality from cardiovascular disease in the Asia-Pacific region. *J Hypertens*. :25:73-79.
45. Ezzati M, Oza S, Danaei G et al. Trends and cardiovascular mortality effects of state-level blood pressure and uncontrolled hypertension in the United States. *Circulation*. 2008;117:905-914.
46. Mostaza JM, Vicente I, Taboada M et al. The application of the SCORE charts to advanced age males triple the number of high-risk subjects compared to the Framingham function. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:487-490.
47. Mellado-Sampedro MT, Pérez-Noriega E, Árcega-Domínguez A, Soriano-Sotomayor MM A-MG. Estilo de vida: precursor de factores de riesgo cardiovascular en adultos sano. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*. 2011;19(2):56-61.
48. Ozcoidi, M. E., & Pérez Jarauta MJ. Estilos de vida. Promoción de salud. Acciones colectivas y comunitarias. *promocion de la salud*. 2002;60.
49. OMS. Glosario de promoción de la salud, Ginebra. 1998;
50. López-Carmona JM A-AC, Rodríguez-Moctezuma JR M-MC. Development and initial validation of an instrument to measure lifestyle of type 2 diabetes mellitus patients. 2003. *Salud Publica Mex*. 2003;45:259-68.

51. Sánchez-Arias AG, Bobadilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B et al. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol.* 2016;27(3):98-102.
52. Zavala Rubio JD, Rivera Montellano ML, Sánchez Martínez S, De la Mata Márquez MJ TRMM. Prevalencia de factores y estratificación de riesgo cardiovascular en personal que labora en una unidad de medicina familiar. *Aten Fam.* 2019;26(4):(129-133.).
53. Sánchez-Arias AG, Bobadilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B et al. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. *Rev Mex Cardiol.* 2016;27(3):98-102.
54. Pereira-Rodríguez J, Peñaranda-Florez D, Reyes-Saenz A et al. Prevalence of cardiovascular risk factors in Latin America: a review of the published evidence 2010-2015. *Rev Mex Cardiol.* 2015;26(3):125–39.
55. Nawas MM. El estilo de vida. *Latinoamericana de Psicología.* 1971;3(1):91-107.
56. OMS. Glosario de promoción de la salud, Ginebra. 1998;
57. Instituto Mexicano del Seguro Social. diagnostico y tratamiento de dislipidemia(hipercolesterolemia) en el adulto,Mèxico. 2016;
58. son J, Boomla K, Hart B FG. Estimating cardiovascular risk for primary prevention: outstanding questions for primary care. *BMJ,.* 2000;320:702–4.
59. Hernández, M.yGarcía H. Factores de riesgo y protección de enfermedades cardiovasculares en población estudiantil universitaria. *Revista de la Facultad de Medicina,.* 2007;30(2),:119–23.
60. Maria Saridi^{1,2}, Theodora Filippopoulou³, Georgios Tzitzikos⁴, Pavlos Sarafis^{5*} KS and DK. Correlating physical activity and quality of life of healthcare workers. *BMC Res Notes.* 2019;12:208.
61. Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Secretaria de Salud. 9(Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>).

1. ANEXOS

ANEXO A. Operacionalización de las variables.

Anexo 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES						
OBJETIVO	VARIABLE	CONCEPTO	CONCEPTO OPERACIONAL.	DIMENSIONES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN.
Conocer la asociación del estilo de vida y el nivel de Riesgo Cardiovascular en el personal de enfermería de la UMF-11, IMSS delegación Aguascalientes.	Riesgo cardiovascular Gloorisk	Probabilidades de que una persona padezca de una enfermedad del corazón en un lapso determinado, según ciertas variables de un individuo. (OMS)	Probabilidad de presentar una enfermedad coronaria o cardiovascular en un periodo de tiempo determinado (5-10)	Modificables:	Tabaquismo Diabetes mellitus Presión arterial sistólica (> o = 120). Colesterol total	Cualitativa nominal. Cualitativa nominal. Cuantitativo intervalo. Cuantitativo intervalo
				No modificables:	Edad (años cumplidos). Genero (hombre o mujer).	Cuantitativa continúa. Cuantitativa nominal
					1. Muy alto riesgo a los pacientes con calificación mayor al 10 % 2. Moderado del 1 al 5% 3. Riesgo bajo menor de 1%	
	Estilos de vida. PEPS II	Patrones de conducta que han sido elegidos de las alternativas disponible para el personal de enfermería, de acuerdo con su capacidad.	Patrón de vida elegido por el personal de enfermería en la UMF-11 IMSS, Ags	Responsabilidad de salud. Se relaciona con la atención que se le da a la propia salud y las actividades que se llevan a cabo para el bienestar.	3,9, 15,21, 27, 33, 39, 45, 51. 3. ¿Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño? 9. ¿Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud? 15. ¿Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones? 21 ¿Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones	Escala Cuantitativa discreta Escala tipo Likert con 9 ítems con puntaje mínimo de 9 y un máximo de 36

				<p>de mi proveedor de servicios de salud?</p> <p>27. ¿Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud?</p> <p>33. ¿Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas?</p> <p>39. ¿Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o)?</p> <p>45. ¿Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal?</p> <p>51. ¿Busco orientación o consejo cuando es necesario?</p>	
			<p>Actividad física Implica la realización de actividad ligera, moderada o vigorosa, dentro de un programa de ejercicios o como parte de las actividades cotidianas.</p>	<p>4, 10, 16, 22,28, 34, 40, 46.</p> <p>4. ¿Sigo un programa de ejercicios planificados?</p> <p>10. ¿Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)?</p>	<p>Cuantitativa discreta Escala tipo Likert con 8 ítems con puntuación máxima de 32 y mínima de 8</p>

				<p>16. ¿Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)?</p> <p>22. ¿Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta)?</p> <p>28. ¿Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana?</p> <p>34. ¿Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar)?</p> <p>40. ¿Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios?</p> <p>46. ¿Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios?</p>
--	--	--	--	--

			<p>Nutrición. Se refiere a la selección de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar, para llevar una dieta diaria saludable.</p>	<p>2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50.</p> <p>2. ¿Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol?</p> <p>8. ¿Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces)?</p> <p>14. ¿Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pan?</p> <p>20. ¿Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días?</p> <p>26. ¿Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días?</p> <p>32. ¿Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día?</p> <p>38. ¿Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días?</p> <p>44 ¿Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados?</p> <p>50 ¿Cómo desayuno?</p>	<p>Cuantitativa discreta. Es escala tipo Likert, con 9 ítems con puntuación mínima de 9 y máximo de 36 puntos.</p>
--	--	--	---	--	--

<p>Crecimiento espiritual. Favorece el desarrollo de los recursos internos en la búsqueda de la paz interior, la conexión, la armonía y la plenitud con el medio; esta dimensión promueve la búsqueda de un sentido de propósito de vida.</p>	<p>6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52. 6 ¿Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva? 12 ¿Creo que mi vida tiene propósito? 18 ¿Miro adelante hacia el futuro? 24 ¿Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)? 30 ¿Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida? 36 ¿Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)? 42 ¿Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida? 48 ¿Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo? 52 ¿Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos?</p>	<p>Cuantitativa discreta. Escala tipo Likert, con 9 ítems, con puntuación máxima de 36 y mínima de 9</p>
<p>Relaciones interpersonales. Se traducen en el desarrollo de la comunicación para interactuar de manera más cercana con las demás personas y son indispensables pues permiten expresar los sentimientos y los pensamientos.</p>	<p>1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49. 1. ¿Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas? 7 ¿Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos? 13 ¿Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras? 19 ¿Paso tiempo con amigos íntimos? 25 ¿Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros?</p>	<p>Cuantitativa discreta Escala Likert con 9 ítems, con puntaje menor de 9 y máximo 36.</p>

				<p>31 ¿Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan?</p> <p>37 ¿Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad?</p> <p>43 ¿Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí?</p> <p>49 ¿Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso?</p>	
			<p>Manejo de estrés. Comprende la identificación y el uso de recursos psicológicos y físicos que ayuden a disminuir la tensión.</p>	<p>5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47.</p> <p>5 ¿Duermo lo suficiente?</p> <p>11 ¿Tomo algún tiempo para relajarme todos los días?</p> <p>17 ¿Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar?</p> <p>23 ¿Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme?</p> <p>29 ¿Uso métodos específicos para controlar mi tensión?</p> <p>35 ¿Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos?</p> <p>41 ¿Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente?</p> <p>47 ¿Mantengo un balance para prevenir el cansancio</p>	<p>Cuantitativa discreta. Escala Likert con 8 reactivos con puntaje máximo de 32 y menor de 8 puntos.</p>
				<p>se califica con un máximo de 208 puntos y un mínimo de 58 puntos a mayor puntaje más adecuado o saludable es el estilo de vida.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buen estilo de vida = 156 a 208 puntos 2. Regular estilo de vida= 104 a 155 puntos 3. Mal estilo de vida =52 a 103 puntos totales 	

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS



TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

ANEXO B. Instrumento de recolección de datos

Perfil Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II)

Este cuestionario tiene la finalidad de recolectar información para la investigación “Estilo de vida y Riesgo Cardiovascular en el personal de enfermería”, mediante dos instrumentos que se presentan a continuación. Le agradecemos conteste lo más cercano a su realidad y características personales, con la confianza de que la información será utilizada para investigación y manejada por el investigador exclusivamente.

Formato de datos sociodemográficos, académicos y laborales.

FOLIO_____.

I.-Datos generales.

Edad: _____ sexo: _____ Estado Civil _____,
 N° de Hijos _____; Procedencia: _____, Religión _____.

Académicos:

Ultimo grado de estudios _____, Años de egreso _____.

Laborales:

Antigüedad Institucional _____ años; Servicio actual >6meses fijo. _____;
 Turno: M__ V__ N__ JA__. Horas promedio laboradas por semana _____.

II.- La salud:

¿Usted Fuma? Si____, No____, ¿Cantos al día? _____.
 ¿Padece diabetes mellitus? Si____, No____, ¿Cuál es el tratamiento? _____.
 ¿Padece Hipertensión? Si____, No____, ¿Cuál es el tratamiento? _____.

¿Ha tenido enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o accidentes que hayan puesto en riesgo tu vida?

() Si () No.

En caso afirmativo, mencione cuál, a qué edad ocurrieron y si padece secuelas de ellas

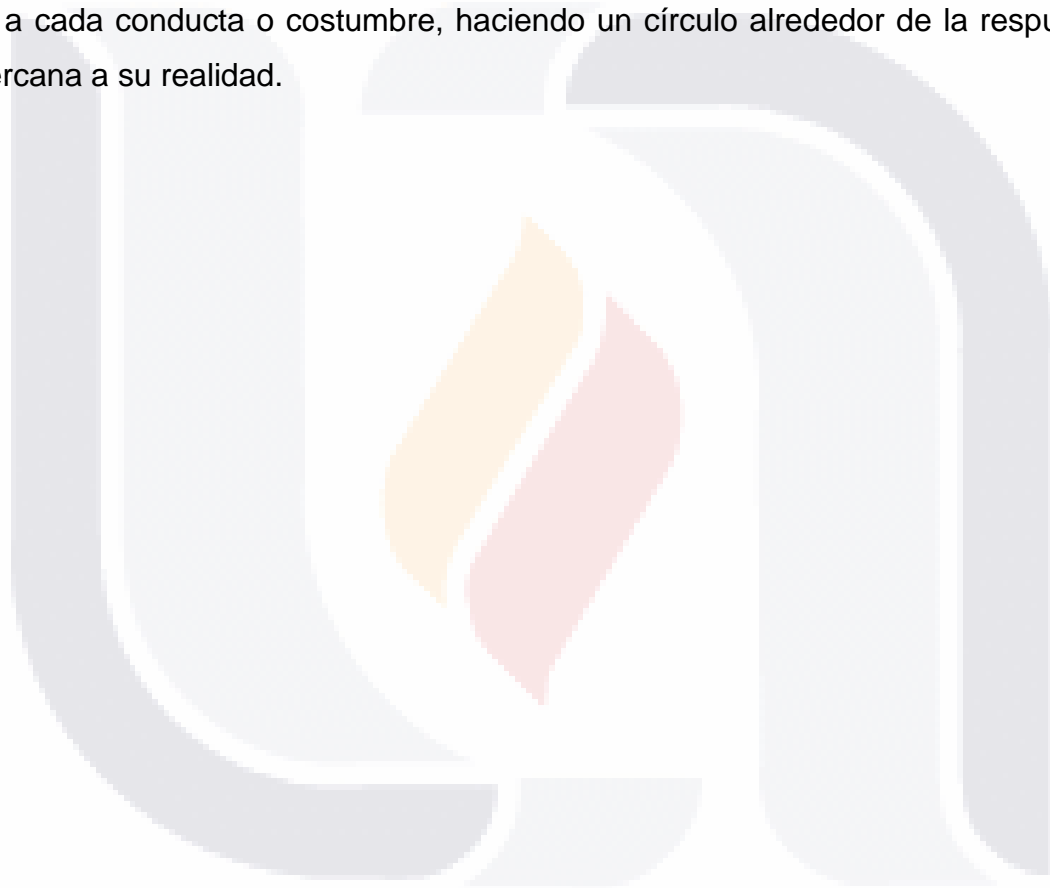
Enfermedad

Edad

Secuelas

Cuestionario estilo de vida promotor de la salud II.

Instrucciones: este cuestionario tiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted le dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta más cercana a su realidad.



CUESTIONARIO DEL ESTILOS DE VIDA II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta correcta:

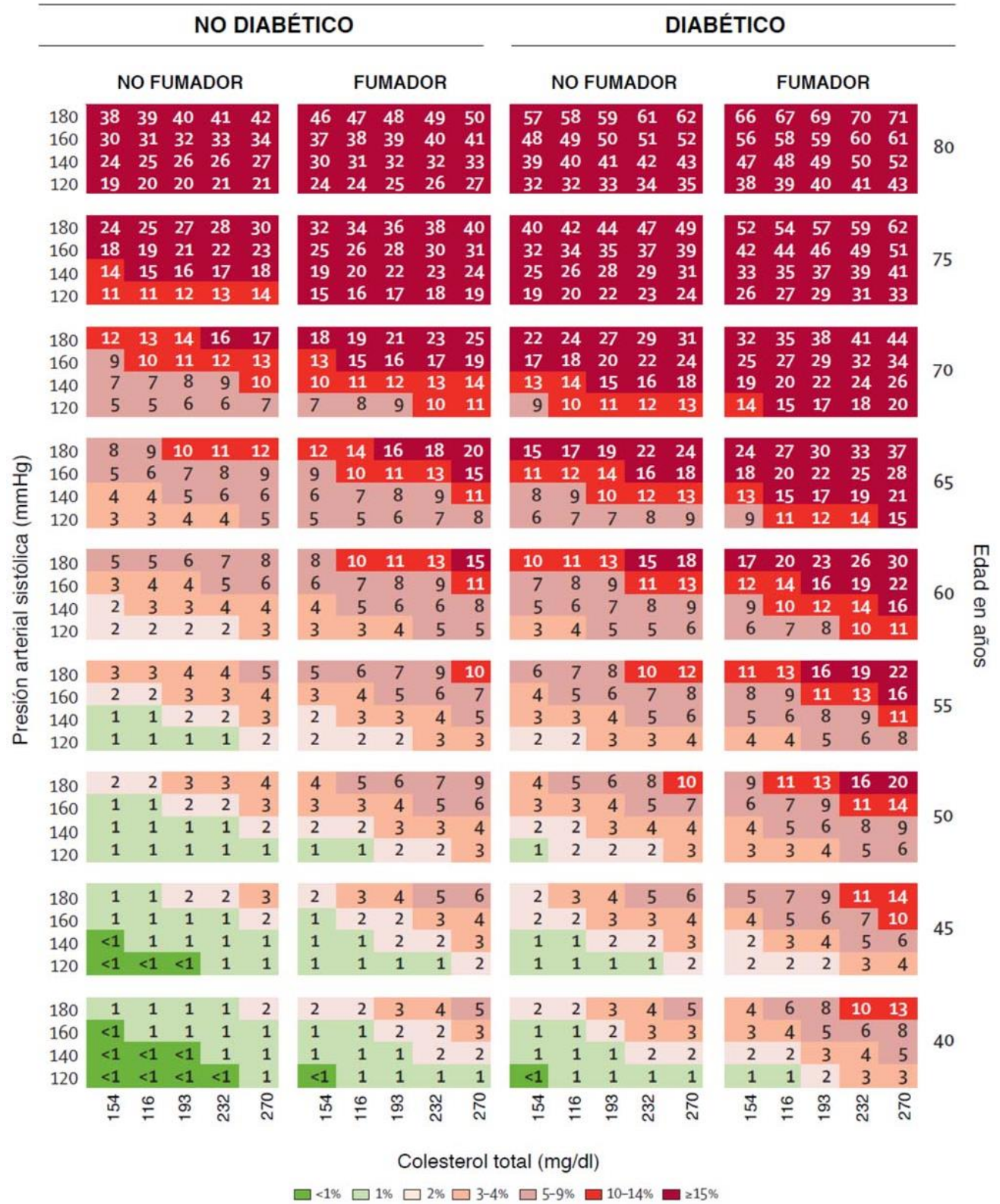
N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente

	nunca	algunas veces	frecuentemente	rutinariamente
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	M	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	M	R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.	N	A	M	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	M	R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	M	R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	M	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	M	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	M	R
10. Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora).	N	A	M	R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	M	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	M	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	M	R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	M	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	M	R
16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana).	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R

	nunca	algumas veces	frecuentemente	rutinariamente
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Disuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	M	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	M	R
34. Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	M	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	M	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	M	R
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	M	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza mas grande que yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995.
 Reproduction without the author's express written consent is not permitted. Permission to use this scale may be obtained from:
 Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.
 Se prohíbe la reproducción de este cuestionario sin el permiso escrito de las autoras. Se puede obtener dicho permiso de:

HOMBRES



MUJERES

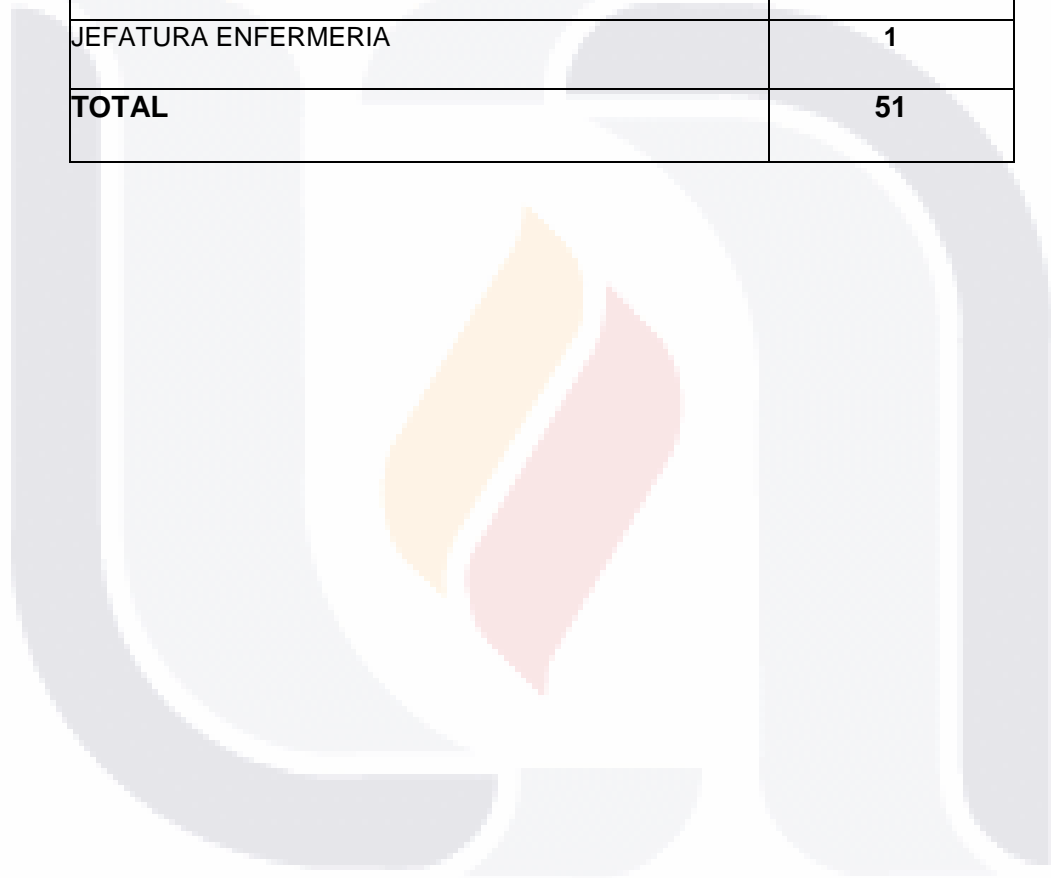
		NO DIABÉTICO					DIABÉTICO															
		NO FUMADOR		FUMADOR			NO FUMADOR		FUMADOR													
Presión arterial sistólica (mmHg)	180	30	31	31	32	33	45	46	47	48	49	63	64	65	66	68	81	82	83	84	85	Edad en años
	160	24	24	25	26	27	36	37	38	39	40	53	54	55	56	58	72	73	74	75	76	
	140	19	19	20	20	21	29	30	31	32	33	44	45	46	47	48	62	63	64	66	67	
	120	15	15	15	16	16	23	24	25	25	26	36	36	37	38	39	52	53	54	56	57	
	180	15	16	17	18	19	26	27	29	31	32	38	40	42	44	46	59	61	63	66	68	
160	12	12	13	14	15	20	21	23	24	25	30	32	34	35	37	48	50	53	55	57		
140	9	9	10	11	11	15	16	17	18	20	24	25	26	28	29	39	41	43	45	47		
120	7	7	8	8	8	12	13	13	14	15	18	19	20	22	23	31	32	34	36	38		
180	7	8	9	10	11	14	16	17	19	21	21	23	25	27	30	38	41	44	47	51		
160	5	6	7	7	8	11	12	13	14	15	16	17	19	21	23	29	32	35	37	40		
140	4	4	5	5	6	8	9	9	10	11	12	13	14	16	17	22	24	26	29	31		
120	3	3	4	4	4	6	6	7	8	8	9	10	11	12	13	17	18	20	22	24		
180	4	4	5	5	6	8	9	10	11	13	12	13	15	17	19	24	26	29	33	36		
160	3	3	3	4	4	6	6	7	8	9	8	9	11	12	14	17	20	22	25	27		
140	2	2	2	3	3	4	5	5	6	7	6	7	8	9	10	13	14	16	18	20		
120	1	2	2	2	2	3	3	4	4	5	4	5	6	6	7	9	10	12	13	15		
180	2	3	3	4	4	5	6	7	8	10	8	9	10	12	14	17	20	23	26	30		
160	2	2	2	3	3	4	4	5	6	7	5	6	7	8	10	12	14	16	19	22		
140	1	1	2	2	2	3	3	4	4	5	4	4	5	6	7	9	10	12	14	16		
120	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	3	4	4	5	6	7	8	10	11		
180	1	1	2	2	2	3	4	4	5	6	4	5	6	7	9	10	12	15	18	21		
160	1	1	1	1	2	2	2	3	4	4	3	3	4	5	6	7	8	10	12	15		
140	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	2	2	3	3	4	5	6	7	8	10		
120	<1	<1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	4	5	6	7		
180	1	1	1	1	2	2	2	3	3	4	2	3	4	5	6	7	8	10	12	15		
160	<1	1	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	2	3	4	4	5	7	8	10		
140	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	3	4	5	6	7		
120	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	5		
180	1	1	1	1	2	2	2	3	4	5	2	3	4	5	6	7	9	11	14	17		
160	<1	<1	1	1	1	1	1	2	2	3	1	2	2	3	4	4	6	7	9	12		
140	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	3	4	5	6	8		
120	<1	<1	<1	<1	<1	<1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	4	5		

ANEXO C. Carta de consentimiento informado

	<p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</p>
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN	
Nombre del estudio:	ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 11 (UMF-11), INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS) DELEGACION AGUASCALIENTES.
Lugar y fecha:	Septiembre de 2021
Número de registro:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: El estilo de vida que promueve la salud es un patrón multidimensional de percepciones y acciones autoiniciadas, destinadas a mantener y mejorar el bienestar del individuo. Si las enfermedades cardiovasculares (ECV), debido a su morbimortalidad son un problema de salud pública global, entonces existen áreas de oportunidad en la detección, prevención y control de alguno de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV). En México, desde el siglo pasado las ECV conservan el primer lugar como causa de mortalidad y en el norte del país se registraron las tasas más altas. Un porcentaje importante de población desconoce su riesgo cardiovascular, considerándose "aparentemente sana". Los factores sociodemográficos y laborales pueden influir en el riesgo cardiovascular y el ámbito laboral resulta idóneo para actuaciones preventivas, lo que lleva a nuestro Objetivo: Conocer la asociación entre estilo de vida y el nivel de Riesgo Cardiovascular en el personal de enfermería de la Unidad de Medicina Familiar No.11 IMSS, delegación Aguascalientes.
Procedimiento:	Se me ha explicado y he comprendido la estructura del instrumento a utilizar que consiste en 2 cuestionarios; el primero llamado PEPSII que mide el estilo de vida en 3 niveles: malo(52-103 puntos), regular(104-155 puntos) y bueno(156-208 puntos), dividido en 2 rubros, el primero con 11 reactivos: sociodemográficos, académicos y laborales y el segundo rubro en 6 dimensiones (responsabilidad en salud, actividad física, nutrición, crecimiento espiritual, relaciones personales y manejo del estrés) y el segundo cuestionario llamado Globorisk, para obtener el riesgo cardiovascular que incluye las variables como; edad, sexo, DM2, tabaquismo, Presión Arterial, Colesterol total, calificando el riesgo en muy alto (>10%), moderado(1 al 5%) y bajo (<1%). Se aplicará el instrumento en un consultorio con ambiente tranquilo, evitando conglomeraciones para tratar que las respuestas no sean sesgadas, el encuestador se basará en la herramienta de manual operacional para mayor comprensión de los ítems, se tendrá acceso al expediente clínico y al link de laboratorios para complementación de los datos, se usa la calculadora Globorisk que se encuentra instalada en las computadoras institucionales con las variables ya incluidas, previa firma de la carta de consentimiento informado, posteriormente se le indicará que las respuestas estarán en anonimato y que se utilizara para conocer el riesgo cardiovascular existente en el personal de enfermería y de acuerdo a resultados se definirá conducta a seguir.
Posibles riesgos y molestias:	Riesgos mínimos: 1. Uso de un par de minutos para contestar el cuestionario, 2. Diferencias de comprensión e interpretación de los reactivos, 3. Falta de personalización y por lo tanto no contestar el cuestionario. Riesgos máximos: 1. Falta de sinceridad, 2. Falta de respuestas concienzudas, 3. Sentimientos y significados que no se transmiten de forma correcta, 4. Labilidad emocional el cual, en caso de presentarlo, se derivara al personal especializado para seguimiento y tratamiento oportuno.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Un beneficio es que mi participación en este estudio proporcione información sobre la identificación de la asociación del estilo de vida y el nivel de Riesgo Cardiovascular. Si bien los beneficios directos para mi pudieran no existir, sin embargo, los resultados del presente estudio contribuirán al avance del conocimiento de padecimientos asociados al riesgo cardiovascular y así posteriormente realizar futuros programas de prevención, promoción, tratamiento y evitar riesgos potenciales.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados son conocer la asociación del estilo de vida y el nivel de riesgo Cardiovascular en el personal de enfermería de la UMF-11 IMSS Ags., en caso de existir riesgo elevado se ofrecerá ayuda inmediata para evitar complicaciones e inclusive desenlaces fatales y en caso de tener estilos de vida no saludables se enviara a los servicios de nutrición para orientación y tratamiento, además de este modo se promueve el desarrollo en la investigación respecto a este fenómeno dentro del personal de salud su prevención y el tratamiento oportuno.
Participación o retiro:	En caso de no querer continuar con la entrevista me puedo retirar en el momento que lo desee ya que este es un estudio voluntario.
Privacidad y confidencialidad	Los datos que otorgue durante la investigación serán confidenciales y no se identificara públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida.
En caso de colección de material biológico (si aplica)	<input type="radio"/> No autorizo que se tome la muestra <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio <input type="radio"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	contribuir al avance del conocimiento asociados al estilo de vida y riesgo cardiovascular y así posteriormente realizar futuros programas de prevención, promoción, tratamiento y evitar riesgos potenciales.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador principal:	-Dra. Sarahi Estrella Maldonado Paredes, LUGAR DE TRABAJO: Unidad de Medicina Familiar No 11. DOMICILIO: Mariano Hidalgo No. 510 colonia Modelos 1 Aguascalientes, Ags. CP 20280, TELÉFONO: 4492451077, CORREO: acane16@hotmail.com
Investigador asociado:	Dr. Aurelio Alfredo Sandoval Guzmán (Residente de Medicina Familiar LUGAR DE TRABAJO: Hospital General de Zona No.1 DOMICILIO: Calle, Av. José María Chávez 1202, Lindavista, Aguascalientes C.P 20270, Ags. TELÉFONO: 4659555346 CORREO: anval_912@hotmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Nombre y firma del sujeto	<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Testigo 1	<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Testigo 2
<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr style="width: 20%; margin: auto;"/> Nombre, dirección, relación y firma
<p>Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio. *En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica</p>	
Clave: 2810-009-013	

ANEXO D. Categoría del personal.

CATEGORIA	NUMERO
AUXILIAR DE ENFERMERIA	14
ENFERMEROS ESPECIALISTAS	19
ENFERMERA GENERAL	16
JEFE DE PISO ENFERMERIA	1
JEFATURA ENFERMERIA	1
TOTAL	51



ANEXO E. Carta de no inconveniente



GOBIERNO DE MÉXICO



Órgano de Operación Administrativa
Desconcentrada Estatal en Aguascalientes.
Unidad de Medicina Familiar No. 11
Coordinación Clínica de Educación e
Investigación en Salud.



Dra. Ma del Carmen Bonilla Rodríguez
Comité Local de Investigación en Salud 101
Delegación Aguascalientes

P r e s e n t e

ASUNTO: CARTA DE NO INCONVENIENTE:

Por este conducto manifiesto que NO TENGO INCONVENIENTE para que la Dra. **Sarahi Estrella Maldonado Paredes** investigador principal, adscrita a la consulta externa de medicina familiar, en la unidad de medicina familiar No. 11 del Organo de Operación Administrativa Descontrolada Estatal en Aguascalientes, así como el Investigador asociado **Dr. Aurelio Alfredo Sandoval Guzmán** adscrito al Hospital General de Zona No. 1, realicen el proyecto con el nombre “ **Estilo de vida y riesgo cardiovascular en el personal de salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 11, del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación de Aguascalientes**”.

En espera del valioso apoyo que usted siempre brinda. Le reitero la seguridad de mi atenta consideración.

Atentamente

Dra. Argelia Anahi Reyes de Luna

Directora de Unidad de Medicina Familiar No. 11



ANEXO F. Manual operacional

Perfil Estilo de Vida Promotor de la Salud (PEPS II)

Este cuestionario tiene la finalidad de recolectar información para la investigación “Estilo de vida y Riesgo Cardiovascular en el personal de enfermería”, mediante dos instrumentos que se presentan a continuación. Le agradecemos conteste lo más cercano a su realidad y características personales, con la confianza de que la información será utilizada para investigación y manejada por el investigador exclusivamente.

4. Cuestionario estilo de vida promotor de la salud II.

Formato de datos sociodemográficos, académicos y laborales.

FOLIO_____.

I.-Datos generales.

Edad: _____ sexo: _____ Estado Civil _____,

N° de Hijos _____; Procedencia: _____, Religión _____.

Académicos:

Ultimo grado de estudios _____, Años de egreso _____.

Laborales:

Antigüedad Institucional _____ años; Servicio actual >6meses fijo. _____;

Turno: M__ V__ N__ JA__. Horas promedio laboradas por semana _____.

II.- La salud:

¿Usted Fuma? Si ____, No ____, ¿Cantos al día? ____.

¿Padece diabetes mellitus? Si ____, No ____, ¿Cuál es el tratamiento? _____.

¿Padece Hipertensión? Si ____, No ____, ¿Cuál es el tratamiento? _____.

¿Ha tenido enfermedades graves, intervenciones quirúrgicas o accidentes que hayan puesto en riesgo tu vida?

() Si () No.

En caso afirmativo, mencione cuál, a qué edad ocurrieron y si padece secuelas de ellas.

Enfermedad

Edad

Secuelas

Instrucciones: Este cuestionario tiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted le dedica a cada conducta o costumbre, haciendo un círculo alrededor de la respuesta más cercana a su realidad.

Se le indico al entrevistado las opciones que tenía para contestar, para esto se les presentó hojas con la escala de Likert, con las siguientes opciones,
 N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente

Las respuestas del entrevistado fueron marcadas con una **X**, cada pregunta se codifico de acuerdo con la asignación del investigador del proyecto, de la siguiente manera:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1.- Nunca. | 4.- Rutinariamente |
| 2.- Algunas veces | 3.- Frecuentemente |
| 3.- Frecuentemente | 2.- Algunas veces |
| 4.- Rutinariamente | 1.- Nunca |

Se califica con un máximo de 208 puntos y un mínimo de 58 puntos a mayor puntaje más adecuado o saludable es el estilo de vida.

- Buen estilo de vida = 156 a 208 puntos
- Regular estilo de vida= 104 a 155 puntos
- Mal estilo de vida =52 a 103 puntos totales

RESPONSABILIDAD DE SALUD

Para la evaluación de la responsabilidad de salud, se le pregunto al personal de enfermería de la UMF-11, IMSS delegación Aguascalientes, con qué frecuencia acude a su atención médica. Esta dimensión abarca 9 ítems con puntaje mínimo de 9 y un máximo de 36

3. ¿Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si hay intención de acudir a consulta médica.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

9. ¿Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11 se informa y se preocupa por su estado salud.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

15. ¿Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11 comprende las indicaciones e instrucciones que le da su médico al momento de su consulta.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

21 ¿Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF11 queda conforme con lo que su médico le explica y le indica de tratamiento al momento de su consulta.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

27. ¿Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, al momento de una duda acude con el médico o con la persona no adecuada para resolver sus dudas acerca de su enfermedad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

33. ¿Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, está pendiente de los cambios que llegasen a presentar eventualmente en su organismo.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

39. ¿Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mí misma(o)?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se interesa por las recomendaciones de estilo de vida, que el médico le hace.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

45. ¿Asisto a programas educativos sobre el cuidado de salud personal?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se interesa en conocer y prevenir su salud.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

51. ¿Busco orientación o consejo cuando es necesario?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, tiene interés en su salud.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

ACTIVIDAD FÍSICA

Para la evaluación de la actividad física, se le pregunto al personal de enfermería de la UMF11, IMSS delegación Aguascalientes, con qué frecuencia realiza actividades físicas. Esta dimensión abarca 8 ítems con puntaje mínimo de 8 y un máximo de 32.

4. ¿Sigo un programa de ejercicios planificados?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, realiza actividad física por su cuenta o lo realiza bajo la supervisión de un profesional.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

10. ¿Hago ejercicios vigorosos por 20 o más minutos, por lo menos tres veces a la semana (tales y como caminar rápidamente, andar en bicicleta, baile aeróbico, usar la maquina escaladora)?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, realiza en tiempo y forma adecuada sus actividades físicas diarias.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

16. ¿Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana)?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer el tiempo de actividad física que realiza el personal de enfermería de la UMF-11.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

22. ¿Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta)?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la actividad preferente que realiza el personal de enfermería de la UMF-11.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

28. ¿Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, realiza ejercicio de calentamiento previo a la actividad física.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

34. ¿Hago ejercicios durante actividades físicas usuales diariamente (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y, caminar)?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, realiza alguna mínima actividad física.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

40. ¿Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida de no exceder la actividad física.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente

4.- Rutinariamente

46. ¿Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida de no exceder la actividad física.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

NUTRICIÓN

Para la evaluación del estado de nutrición, se le pregunto al personal de enfermería de la UMF11, IMSS delegación Aguascalientes, sus hábitos, así como la frecuencia, cantidad y calidad de su alimentación.

Esta dimensión abarca 9 ítems con puntaje mínimo de 9 y un máximo de 36.

2. ¿Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida en la calidad de sus alimentos en relación con las grasas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

8. ¿Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces)?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida en ingerir la calidad de sus carbohidratos.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

14. ¿Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pan?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida en ingerir la calidad de las harinas.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

20. ¿Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida en ingerir la cantidad de frutas diariamente.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

26. ¿Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida en ingerir la cantidad de verduras diariamente.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

32. ¿Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida en ingerir la cantidad de lácteos diariamente.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

38. ¿Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se cuida en ingerir la cantidad de proteínas diariamente.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

44 ¿Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se preocupa por la cantidad de calorías que ingiere diariamente en sus alimentos.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

44 ¿Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el personal de enfermería de la UMF-11, se preocupa por la cantidad de calorías que ingiere diariamente en sus alimentos.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

50 ¿Cómo desayuno?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que desayuna el personal de enfermería de la UMF11.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

CRECIMIENTO ESPIRITUAL.

Para la evaluación del crecimiento espiritual, se le pregunto al personal de enfermería de la UMF-11, IMSS delegación Aguascalientes, su estado emocional, mental y grado de satisfacción personal. Esta dimensión abarca 9 ítems con puntaje mínimo de 9 y un máximo de 36.

6 ¿Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer el grado de satisfacción propia del personal de enfermería de la UMF11, en el cual se ve reflejado en el cuidado físico del trabajador.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

12 ¿Creo que mi vida tiene propósito?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer los trabajadores de enfermería la UMF- 11 tiene percepción de su desarrollo personal para una autosatisfacción.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

18 ¿Miro adelante hacia el futuro?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si los trabajadores de enfermería la UMF-11 tienen planes de desarrollo en un futuro.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

24 ¿Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a)?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si los trabajadores de enfermería la UMF-11 tienen satisfacción hasta el momento de cómo se ha desarrollado su vida.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

30 ¿Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida?

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si los trabajadores de enfermería la UMF 11 tienen autocuidado para disfrutar de planes en un futuro.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

36 ¿Encuentro cada día interesante y retador (estimulante)?

Explicación

Con esta

pregunta se pretende conocer si los trabajadores de enfermería la UMF-11 se consideran lo suficientemente capaces resolutivos ante una situación.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

42 ¿Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida??

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si los trabajadores de enfermería la UMF-11 tienen a priorizar su salud ante el trabajo

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

48 ¿Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el nivel de espiritualidad del trabajador de enfermería la UMF- 11

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces

- 3.- Frecuentemente
4.- Rutinariamente

52 ¿Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el grado de adaptabilidad del trabajador de enfermería de la UMF- 11.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

RELACIONES INTERPERSONALES.

Para la evaluación de las relaciones interpersonales, se le pregunto al personal de enfermería de la UMF-11, IMSS delegación Aguascalientes, como es la relación entre compañeros de trabajo y la capacidad de trabajo en equipo.

Esta dimensión abarca 9 ítems con puntaje mínimo de 9 y un máximo de 36.

1 ¿Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11 tiene la capacidad de exteriorizar sus problemas

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente

4.- Rutinariamente

7 ¿Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF 11, tiene dificultad para reconocer los logros de sus compañeros.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

13 ¿Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, tiene una buena relación laboral con sus compañeros de trabajo

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

19 ¿Paso tiempo con amigos íntimos?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, fortalece amistades fuera del ambiente laboral.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

25 ¿Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, tiene empatía hacia sus compañeros de trabajo o derechohabientes.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

31 ¿Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, tiene contacto con otras personas para conocer las frecuencias

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.

- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

37 ¿Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, está satisfecho con las relaciones interpersonales que desarrolla en su unidad.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

43 ¿Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF 11, busca ayuda en situaciones que lo requieren

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

49 ¿Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, busca el grado de comunicación entre compañeros de trabajo.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

MANEJO DE ESTRÉS

Para la evaluación del manejo de estrés, se le pregunto al personal de enfermería de la UMF11, IMSS delegación Aguascalientes, sobre la cantidad frecuencia y persistencia del nivel de exigencia están sometidos en su ambiente laboral.

Esta dimensión abarca 8 ítems con puntaje mínimo de 8 y un máximo de 32.

5 ¿Duermo lo suficiente?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, tiene un descanso adecuado.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

11 ¿Tomo algún tiempo para relajarme todos los días?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber si el personal de enfermería de la UMF-11, aprovecha su tiempo libre.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
2.- Algunas veces
3.- Frecuentemente
4.- Rutinariamente

17 ¿Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el grado de adaptabilidad de los cambios que puedan pasar en la vida del personal de enfermería de la UMF-11.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
2.- Algunas veces
3.- Frecuentemente
4.- Rutinariamente

23 ¿Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el personal de enfermería de la UMF-11 persiste el estrés laboral antes de descansar.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
2.- Algunas veces
3.- Frecuentemente
4.- Rutinariamente

29 ¿Uso métodos específicos para controlar mi tensión?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el personal de enfermería de la UMF-11 tiene formas de canalizar su estrés.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

35 ¿Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el personal de enfermería de la UMF 11 mantiene un equilibrio entre el trabajo y su vida personal.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

41 ¿Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el personal de enfermería de la UMF-11 conoce técnicas de relajación para disminuir el estrés.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces

- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

47 ¿Mantengo un balance para prevenir el cansancio?

Explicación

Con esta pregunta se pretende saber el personal de enfermería de la UMF conoce detectar signos y síntomas de cansancio físico y mental.

Codificación: La codificación se hará dependiendo de la respuesta que conteste la persona, la cuál será identificada porque estará marcada con una X, así como del sentido de la pregunta y será:

- 1.-Nunca.
- 2.- Algunas veces
- 3.- Frecuentemente
- 4.- Rutinariamente

