

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

EA.P. DE ENFERMERÍA

**Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías
que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Susana Vanessa Cárdenas García

ASESOR

Juana Virginia Esperanza Echeandía Arellano

Lima – Perú

2013

**ESTILOS DE VIDA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL
DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN
LA COMISARÍA ALFONSO
UGARTE LIMA. 2012**

Dedico ese trabajo a Dios Todopoderoso a quien agradezco por haberme dado vida y salud necesarias para llegar a ser un instrumento de su obra en el cuidado al prójimo.

A mi madre Consuelo, quien se ha preocupado y velado por mí inagotablemente y cuyo ejemplo marcó el destino de mi vida, lo que yo quería ser, donde yo quería llegar. TE AMO MAMÁ, SOLO POR TI.

A mi hermana Connie, quien siempre tuvo palabras de de aliento para mí en los momentos más críticos durante estos cinco años de carrera y a pesar de su juventud es una mujer admirable, TE QUIERO MUCHO, HERMANITA.

A mi familia por ser mi apoyo incondicional, celebrar mis logros y estar ahí en todo momento, ya que de esa manera me ayudaron a salir a delante, LOS QUIERO MUCHO.

A la Lic. Mary Escalante Hiyo, Jefa del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional de la Policía, por las facilidades y apoyo en la recolección de datos estadísticos para la elaboración del presente estudio.

A mi asesora Mg. Juana Echeandía Arellano, por su apoyo, orientación e incentivo en mi investigación.

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| INDICE DE GRÁFICOS | vii |
| RESÚMEN | viii |
| PRESENTACIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN | |
| A. Planteamiento del Problema | 4 |
| B. Formulación del Problema | 9 |
| C. Justificación | 9 |
| D. Objetivos | 10 |
| ▪ Generales | 10 |
| ▪ Específicos | 11 |
| E. Propósito | 11 |
| F. Marco teórico | 12 |
| F.1. Antecedentes | 12 |
| F.2. Base Teórica | 18 |
| ▪ Aspectos teóricos conceptuales sobre Estilos de Vida | 18 |
| ▪ Estilos de vida saludables | 20 |
| ▪ Alimentación | 20 |
| ▪ Actividad física | 27 |
| ▪ Control médico | 33 |
| ▪ Consumo de sustancias nocivas | 36 |
| ▪ Descanso y sueño | 41 |
| ▪ El índice de masa corporal como método de evaluación del estado nutricional | 44 |
| ▪ Enfermedades cardiovasculares como consecuencia de estilos de vida no saludables | 47 |
| ▪ El sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares | 51 |
| ▪ Rol del Policía Nacional del Perú | 52 |
| ▪ Intervención de Enfermería en la salud ocupacional | 55 |
| G. Definición Operacional de Términos | 62 |

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO.

| | |
|--|----|
| A. Tipo, Nivel y Método de Estudio | 63 |
| B. Descripción del Área de estudio | 63 |
| C. Población | 64 |
| D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 65 |
| E. Proceso de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos | 65 |
| F. Proceso de Análisis e Interpretación de Datos | 66 |
| G. Consideraciones Éticas | 67 |

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

| | |
|--------------------------------|----|
| A. Resultados | 68 |
| B. Discusión de los resultados | 69 |

CAPÍTULO IV. CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|--------------------|----|
| A. Conclusiones | 87 |
| B. Limitaciones | 89 |
| C. Recomendaciones | 89 |

| | |
|---------------------------------|----|
| REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA | 90 |
|---------------------------------|----|

| | |
|---------------------|----|
| BIBLIOGRAFÍA | 96 |
|---------------------|----|

ANEXOS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| GRÁFICO Nº | | Pág. |
|-------------------|---|-------------|
| 1 | Estilos de vida de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte | 69 |
| 2 | Índice de masa corporal de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte | 70 |
| 3 | Estilos de vida de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte en relación a la alimentación | 71 |
| 4 | Estilos de vida de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte en relación a la actividad física | 72 |
| 5 | Estilos de vida de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte en relación a controles médicos | 73 |
| 6 | Estilos de vida de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte en relación al consumo de sustancias nocivas | 74 |
| 7 | Estilos de vida de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte en relación al descanso y sueño | 75 |

RESÚMEN

Objetivos: Determinar los estilos de vida y el índice de masa corporal en los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte. **Material y método:** El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. **Población:** La población de estudio estuvo conformada por noventa y cinco Suboficiales varones egresados de la Escuela Técnica Superior de la Policía Nacional del Perú que se encuentran en edad adulta. **Técnica e Instrumento:** La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. **Resultados:** Respecto a los estilos de vida se encontró que 58% de los policías tienen estilos de vida no saludables y un menor porcentaje de 42% tienen estilos de vida saludables. En cuanto al índice de masa corporal, (IMC) 48% de los policías presentan un IMC de Obesidad Grado I, 38% se encuentran en Sobrepeso y solo 14% tienen un IMC dentro de los valores normales. Con respecto a las dimensiones estudiadas del estilo de vida, la investigación reveló que en relación a la alimentación, 61% no tiene una alimentación saludable y 39% sí la tiene; respecto a la actividad física, 76% no realiza actividad física, por el contrario 24% sí la realiza; sobre la asistencia a los controles médicos, 51% no asisten anualmente a sus controles médicos, en contraste, 49% sí asisten; acerca del consumo de sustancias nocivas, 63% las consume y 37% no lo hace; finalmente el estudio reveló que 60% de los policías tienen estilos no saludables en relación al descanso y sueño, mientras que, 40% tienen estilos saludables. **Conclusiones:** Las conclusiones derivadas del estudio son que la mayoría de los policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte tienen estilos de vida no saludables en cuanto a la alimentación, actividad física, asistencia a los controles médicos, consumo de sustancias nocivas y descanso y sueño. Además la gran mayoría de los policías presentan un índice de masa corporal mayor a los valores normales.

Palabras Claves: Estilos de vida, Índice de masa corporal, Enfermedades Cardiovasculares, salud ocupacional.

SUMMARY

Objectives: To determinate the life styles and the body mass index of the policemen who works at the police station Alfonso Ugarte. Methodological design: The study is quantitative, application level, cross sectional method.

Study Population: The study population was ninety five policemen middle age

Technique and Instrument: The technique was the interview and the instrument was a questionnaire.

Results: About the life styles it was found that 58% of the policeman has unhealthy life styles and 42% has healthy life styles. Related to the body mass index, 48% has Obesity grade I, 38% are overweight and just 14% are in normal values. Respect to the dimensions of the life styles study revealed that related to the feed, 61% doesn't eat healthy food, on the other way 39% does, respect to the physical activity, 76% doesn't do it, on the other hand 24% does, about the assistance to their medical control 51% doesn't go, but 49% does, related to the consume of toxic substances, 63% consume them, on the other hand, 37% doesn't. Finally, the study revealed that 60% of the policeman doesn't have healthy life styles related to the rest and sleep, on the opposite, 40% does.

Conclusions: The majority of the policeman who works at the police station Alfonso Ugarte has unhealthy lifestyles about feed, physical activity, assistance to their medical controls, consume of toxic substances and, rest and sleep. In addition, the vast majority have a high level of body mass index.

Keywords: Lifestyles, Body mass index, Cardiological diseases, occupational health.

PRESENTACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los estilos de vida son un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo que resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona, es importante distinguir y precisar las conductas de riesgo que producen mayor susceptibilidad a enfermar. A la luz de esta definición, se establece que los estilos de vida no saludables influyen en el estado general de la persona, lo que condiciona la tendencia a elevar los factores de riesgo en la población, principalmente la obesidad y sus complicaciones a largo plazo. Entre éstas se encuentran - dentro de las enfermedades cardiovasculares - las várices de miembros inferiores, la hipertensión arterial, las enfermedades coronarias, entre otras patologías. En contraste, las conductas orientadas hacia la conservación de la salud generan estilos de vida saludables, lo que mantiene así el bienestar y la calidad de vida que idealmente debe de tener la persona. ⁽¹⁾

Dentro de los grupos poblacionales ocupacionales, los suboficiales de la Policía Nacional del Perú tienen o no conductas peculiares en el cual muchas veces al laborar en las Comisaría se limitan a actividades de patrullaje, vigilancia y labores administrativas. La Unidad de Estadística del Hospital Nacional de la Policía, en los últimos tres años se ha registrado un aumento del 25% en la incidencia de enfermedades cardiovasculares; dentro de ellas sobresalen la hipertensión arterial en un 30%, las várices de miembros inferiores en un 40% y el infarto agudo de miocardio en un 25%.⁽³⁾ Estos resultados muestran al sobrepeso y a la

obesidad como principales factores desencadenantes; lo que evidencia un descuido en la prevención y la promoción de la salud que debe realizarse por parte del profesional de Enfermería, en todos los grupos poblacionales, incluyendo los ocupacionales.

El presente trabajo de investigación titulado: “Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012”, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los policías, así como su índice de masa corporal, con el fin de proporcionar información actualizada que permita motivar e incentivar al personal de enfermería encargado del Hospital Nacional de la Policía; de forma que ello conlleve a la elaboración o diseño de estrategias de intervención preventivo—promocionales en el área de Salud Ocupacional, dirigidas a los policías, en relación a estilos de vida saludables como una alimentación balanceada, desarrollo de actividad física, así como la prevención de la obesidad, y de este modo realizar una oportuna intervención.

El estudio consta de las siguientes partes: en el Capítulo I, Introducción, se presenta el Planteamiento del Problema, Formulación del Problema, Justificación, Objetivos, Propósito y Marco Teórico. En el Capítulo II, Material y Método, se expone el Tipo, Nivel y Método del estudio, Sede de Estudio, Población y Muestra, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos, Proceso de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos, Proceso de Análisis e Interpretación de Datos y Consideraciones Éticas. Capítulo III, Resultados y Discusión. Capítulo IV, Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se señalan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. Planteamiento del Problema

En el Perú, según el Ministerio de Salud, dentro de las diez primeras causas de muerte se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, las cerebrovasculares, la insuficiencia renal, las enfermedades hepáticas secundarias a desorden coronario, las enfermedades hipertensivas, la diabetes mellitus insulino dependiente y otras. Entre sus principales causas encontramos los factores no modificables como la herencia y los factores modificables como la alimentación, actividad física, asistencia al control médico periódico, consumo de sustancias nocivas así como el descanso y sueño, todo ello relacionado con el estilo de vida.⁽¹⁾

Siendo los estilos de vida, según la Organización Mundial de la Salud, un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo o en una sociedad determinada que resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona, es importante distinguir y precisar las conductas de riesgo que producen mayor susceptibilidad a enfermar, entre estas se observa la alimentación no balanceada, la ausencia de realización de actividad física, el consumo de sustancias nocivas, la falta de interés en la asistencia a los controles médicos y la disminución en el número de horas destinadas al descanso y sueño necesario que requiere la persona. De esta forma, los

estilos de vida no saludables influyen en el estado general de la persona, condicionando la tendencia a elevar los factores de riesgo de la población a desarrollar principalmente obesidad y posteriormente sus complicaciones, como son dentro de las enfermedades cardiovasculares las várices de miembros inferiores, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, entre otras patologías.

Por el contrario, las conductas orientadas hacia la conservación de la salud generan o producen estilos de vida saludables; de esta manera se estará previniendo efectivamente enfermedades crónicas no contagiosas como son primordialmente las cardiovasculares y sus principales factores desencadenantes como son el sobrepeso y la obesidad, manteniendo así la calidad de vida y de salud que idealmente debe tener la persona. Entre las poblaciones susceptibles a padecer de enfermedades cardiovasculares se encuentran las personas que desarrollan poca actividad física o con más tendencia al sedentarismo como las secretarias, los choferes, es decir todo aquel personal que realice actividades administrativas de escritorio y dentro de ellas los Policías del Perú que además han sido muy poco tomados en cuenta por la Salud Ocupacional debido a un descuido en la elaboración de proyectos de inversión así como programas saludables en ese tipo de poblaciones y que tienen por misión garantizar, mantener y restablecer el orden interno, prestar protección y ayuda a las personas y a la comunidad, garantizar el cumplimiento de las leyes y la seguridad del patrimonio público y privado, prevenir, investigar y combatir la delincuencia; vigilar y controlar las fronteras; con el propósito de defender a la sociedad y a las personas, a fin de permitir su pleno desarrollo, en el marco de una cultura de paz y de respeto a los derechos humanos.⁽²⁾

Es por ello que el Policía desarrolla labores en la vía pública permaneciendo muchas horas de pie prestando servicio a la comunidad mediante las rondas de vigilancia y la supervisión, así como intrainstitucional desarrollando actividades administrativas de escritorio en los diferentes módulos de prevención, investigación y atención al ciudadano. Ambos deben estar preparados ante cualquier evento fortuito delincriminal o de seguridad que ocurra dentro de su jurisdicción en un turno continuo de 24 horas con un descanso posterior de otras 24 horas en las cuales muchos de ellos continúan laborando en empresas particulares como personal de seguridad, haciendo un máximo esfuerzo físico y mental. Es así que el Policía desarrolla un prototipo determinado de comportamientos saludables o no saludables dependiendo del producto de la interacción de los roles que cumpla dentro de la sociedad, así como la labor que cumpla por la institución.

Al respecto, informes estadísticos realizados en los últimos tres años con esta población por el Hospital Nacional de la Policía a cargo de la unidad de estadística evidencia un aumento del 25% en la incidencia estadística de enfermedades cardiovasculares y dentro de ellas las más resaltantes como son la hipertensión arterial en un 30%, las várices de miembros inferiores en un 40% y el infarto agudo de miocardio en un 25% revelando al sobrepeso y obesidad como principales factores desencadenantes evidenciando un descuido en la prevención y promoción de la salud que debe realizar el profesional de Enfermería en todos los grupos poblacionales incluyendo los ocupacionales.⁽³⁾

Por lo que el ámbito de la salud ocupacional; que es el conjunto de actividades de Salud dirigidas hacia la promoción de la calidad de vida,

diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, rehabilitación, readaptación laboral y la atención de las contingencias derivadas de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, a través del mantenimiento y mejoramiento de sus condiciones de vida está orientado al estudio de este tipo de poblaciones susceptibles. ⁽⁴⁾

En este sentido, la Promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Es así que se busca promover la salud de la población ocupacional como los policías, en un proceso orientado a modificar los determinantes de la salud y dentro de ellos el estilo de vida, este trabajo recae sobre todos los profesionales de las ciencias de la salud, pero sobretodo sobre el profesional de Enfermería dentro del área ocupacional. ⁽⁵⁾

Es por ello que el rol de la Enfermería en Salud Ocupacional es establecer una relación de confianza y ayuda con el trabajador que permite promover su salud, prevenir los daños provenientes de su entorno social, considerando el trabajo, la vivienda y la comunidad; y participar en su recuperación y rehabilitación, utilizando para todo ello la metodología científica de las ciencias de la Enfermería. ⁽⁶⁾

Al respecto, el profesional de Enfermería se encuentra capacitado para realizar pruebas y de esta forma prevenir enfermedades a las cuales los trabajadores se encuentran expuestos es así que para el control nutricional utiliza el Índice de masa corporal, el cual es un indicador antropométrico del estado nutricional de la población en donde los únicos

cambios somatométricos medibles son los resultantes del aporte nutricional y/o actividad física, por ello este índice es la razón entre el peso expresado en kilogramos y la talla expresada en metros elevada al cuadrado. Prueba que podrá orientar al profesional para realizar una adecuada valoración del estado nutricional en el personal promoviendo estilos de vida saludables en los mismos.

El interés en el tema de investigación surge a partir de la revisión bibliográfica acerca de las patologías antes mencionadas y la interacción que se tuvo con los Suboficiales de la Policía Nacional del Perú que laboran en las comisarías en turnos de 24 horas sin descanso y al respecto manifestaron lo siguiente: “señorita, todos trabajamos 24 horas y en las otras 24 horas que tengo de descanso trabajo como seguridad particular”, “yo rara vez consumo frutas y verduras, eso más comen mis hijos”, “sólo me atiendo cuando estoy enfermo”, “a veces me da más hambre y me compro dulcecitos o compro comida rápida”, “pierdo tiempo al hacer ejercicio”, “algunos fines de semana vamos a una reunión de amigos y nos tomamos una cervecita”, “fumo cuando me voy a fiestas”.

En el Hospital Nacional de la Policía, al preguntar a la enfermera especialista en cardiología de turno sobre los estilos de vida que tienen los policías que llegan al servicio manifiesta que “las patologías cardiovasculares en los policías están aumentando, muchos llegan a la obesidad porque no realizan actividad física una vez que se reciben de policías, consumen comida chatarra y otras de alto aporte calórico, no duermen lo suficiente, consumen alcohol, fuman y solo asisten al hospital cuando ya caen enfermos”.

Además con el aumento del porcentaje de morbilidad anteriormente mencionado debido a estilos de vida no saludables y teniendo en cuenta que la Policía Nacional del Perú es una población que hasta ahora ha sido poco estudiada, se decidió realizar la siguiente investigación donde se plantean las siguientes interrogantes: ¿Qué estilos de vida tienen los policías? ¿Cuáles son los factores de riesgo que tienen para desarrollar patologías cardiovasculares? ¿De qué manera se modifica el índice de masa corporal al mantener un estilo de vida saludable o no saludable?

B. Formulación del Problema

Por todo lo expuesto anteriormente se plantea la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012?

C. Justificación

Las enfermedades cardiovasculares que a nivel mundial se encuentran en aumento, son producto de factores no modificables como la herencia y factores modificables como la alimentación, la actividad física, el consumo de sustancias nocivas, todos ello en el marco de los estilos de vida.

Existen poblaciones en riesgo entre las cuales se encuentran los Suboficiales de la Policía Nacional del Perú (PNP), quienes realizan labores de vigilancia, patrullaje y administrativas además de una jornada de trabajo de veinticuatro horas continuas con unas posteriores veinticuatro horas de descanso en las cuales muchos de ellos trabajan de manera particular con estilos de vida no saludables que los predispone a desarrollar enfermedades crónicas.

La enfermera en salud ocupacional cumple una labor predominantemente preventivo promocional destinado a prevenir problemas y riesgos a los cuales el trabajador se encuentra expuesto.

La política de salud, en relación a la promoción de la salud, expone promover conductas y estilos de vida saludables en todos los grupos etarios de la población, evitando el impacto negativo de la carga de la enfermedad en el desarrollo integral de la persona, la familia y la sociedad, con el propósito de lograr un mayor nivel de bienestar de salud. En este contexto, se considera protagonista el rol del profesional de Enfermería como miembro integrante del equipo de salud orientado a lograr la participación de la población en el conocimiento de sus problemas de salud; guiándola e impulsándola para desarrollar conciencia, compromiso, y adquirir niveles de responsabilidades para proteger su salud y prevenir enfermedades. De esta manera, formular y liderar programas de cambio de estilos de vida dirigidos a reforzar y prolongar la calidad de vida.

D. Objetivos

Generales:

1. Determinar los estilos de vida que tienen los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte.
2. Determinar el índice de masa corporal que tienen los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte.

Específicos:

1. Identificar los estilos de vida que tienen los policías en relación a la alimentación
2. Identificar los estilos de vida que tienen los policías en relación a la actividad física
3. Identificar los estilos de vida que tienen los policías en relación a la asistencia a los controles médicos
4. Identificar los estilos de vida que tienen los policías en relación al consumo de sustancias nocivas
5. Identificar los estilos de vida que tienen los policías en relación al descanso y sueño

E. Propósito

Los resultados del estudio permitirá proporcionar información a las autoridades del Hospital Nacional de la Policía a fin de que se incorpore los resultados dentro de los programas de Prevención y Promoción de la Salud; y de las unidades de Epidemiología y Estadística, así como se coordine con al Centro de Reconocimiento Médico de la Policía Nacional del Perú acerca de los estilos de vida de los policías quienes laboran en las comisarías. Además incentivar a la elaboración o diseño de estrategias

de intervención preventivo promocionales dentro de la salud ocupacional dirigida a los policías en relación a estilos de vida saludables como una alimentación balanceada, desarrollo de actividad física, ausencia de consumo de sustancias nocivas, asistencia anual en sus controles médicos y un adecuado descanso y sueño; agregado a ello la prevención de la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y de este modo realizar una adecuada y oportuna intervención.

F. Marco Teórico

F.1 Antecedentes del Estudio

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos relacionados al presente estudio. Así tenemos que a nivel **INTERNACIONAL** es el que sigue:

EUNICE RESÉNDIZ, MARTHA ELIA ROCHER y PAULINA AGUILERA en el mes de Agosto del 2009, en la Universidad de la Sabana, Chía - Colombia, publicaron el trabajo de investigación titulado “**Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México**”, cuyo objetivo general es Valorar la influencia del estilo de vida en el índice de masa corporal de una población de adultos de ambos sexos. Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal cuya población estuvo integrada por adultos que vivían en Tamaulipas, México, en un área geoestadística básica de la zona de influencia de una institución de salud de primer nivel de atención y que contaba con 701 casas habitadas. Los resultados fueron los siguientes:

“Las mayores proporciones tanto del grupo de hombres como del de mujeres, señalaron no fumar, ni realizar algún deporte o ejercicio. En el caso del consumo de alcohol, la mayor proporción del grupo de hombres dijo consumirlo. Los modelos de regresión mostraron que en el total del grupo, así como en el grupo de mujeres, las variables tabaco y ejercicio influyeron en el IMC de los participantes, ya que tuvieron efecto en el modelo de regresión. Dichas variables se correlacionaron significativa e inversamente con el IMC, lo que particularmente llamó la atención en el caso del tabaco”.⁽⁷⁾

Dentro de la discusión se destacó que el estudio muestra que el estilo de vida influye de manera importante en el IMC de esta población de adultos.

Mientras que los antecedentes de estudio relacionados al presente estudio, hallados a **NIVEL NACIONAL** pertenecen a:

JESSICA MONJE DI NATALE en el año 2007, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, publicó un trabajo de investigación titulado **“Hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal en los internos de Enfermería de la UNMSM, Lima – Perú. 2007”**. El objetivo general fue determinar los hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal en los internos de Enfermería de la UNMSM, Lima – Perú, 2007. Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal cuya población fueron los internos de Enfermería de la UNMSM, alumnos del quinto año de carrera de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la mencionada casa de estudios, cuyo grupo atareo pertenece al adulto joven. Dentro de las conclusiones más importante tenemos:

“En lo referente al índice de masa corporal; el 84.62% presenta un índice de masa corporal dentro de los valores normales, lo cual implicaría que el riesgo a adquirir enfermedades crónicas es mínimo”

“En cuanto a la relación entre hábitos alimenticios y índice de masa corporal, se estableció mediante la prueba estadística chi cuadrado, que no existe relación, rechazando la hipótesis alterna del estudio”.

“No existe una relación significativa entre hábitos alimenticios y el índice de masa corporal de los internos. Dado que el IMC es el resultado de muchos factores siendo los hábitos alimenticios uno de ellos pero existen otros como modificaciones sociales y económicos”⁽⁸⁾.

LUCY PÉREZ PAZ en el año 2009, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos , publicó un trabajo de investigación titulado: **“La asociación entre los Estilos de Vida y el Riesgo Cardiovascular Global en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Nacional de la Policía del Perú L.N Sáenz 2008-2009”** cuyo objetivo fue determinar la relación entre los estilos de vida y el riesgo de enfermedad cardiovascular en los pacientes con diabetes mellitus. Es un estudio observacional, transversal y analítico en una población de 170 diabéticos de tipo 2 que fueron entrevistados mediante un cuestionario de estilo de vida, constituyéndose éste en el instrumento principal de estudio validado. Las conclusiones a las que llegó la autora fueron como sigue:

“En esta población con una patología de fondo (diabetes mellitus) no se encontró asociación con valor clínico entre las variables principales de estudio. Sin embargo, esto no debería ser contraindicativo de que la prevención de las enfermedades cardiovasculares debe empezar por hacer cambios en el estilo de vida (pérdida de peso, ejercicio regular, dejar el tabaquismo y licor con moderación) como primero, aunque no única medida de manejo”.⁽⁹⁾

LUIS CARRASCO CUSCANO en el año 1999, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, publicó un trabajo de investigación titulado: **“Perfil epidemiológico del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en el Hospital Nacional Dos de Mayo de 1977 al 1999”** cuyo objetivo fue identificar el perfil epidemiológico del paciente con infarto agudo de miocardio. Las conclusiones a las que llegó el autor, fueron las siguientes:

“Los factores de riesgo para enfermedad coronaria de mayor incidencia, son aquellos que tienen una relación directa con el avance del proceso aterosclerótico, tales como la hipertensión arterial. La hipercolesterolemia y el tabaquismo”.

“Los factores de riesgo y su incidencia son los mismos, tanto en las poblaciones donde la prevalencia de infarto agudo de miocardio es alta o baja”

“Existe una relación directa entre los factores de riesgo y la enfermedad coronaria, de tal manera que el incremento de estos factores en la población traerán como consecuencia un incremento de cardiopatía coronaria”.

“El incremento en el ritmo de vida, así como los cambios en el estilo de vida con vicios adoptados de sociedades desarrolladas, tendrían relación con el incremento de estos factores de riesgo a su vez con el incremento de cardiopatía coronaria”.⁽¹⁰⁾

KELLY CROBACHO y OTROS, en el año 2009 publicaron en la Revista de Enfermería Herediana de la Universidad Peruana Cayetano Heredia un artículo original que llevó por título “**Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus**” cuyo objetivo fue describir el nivel de conocimiento que presentan los pacientes diabéticos y como puede influir en la práctica de sus estilos de vida. La investigación fue de tipo cuantitativa, con enfoque descriptivo correlacional. La población total fue de 540 pacientes con diabetes, que acudieron al «Programa de Control de Diabetes» del Servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio; se seleccionó a 174 pacientes con diabetes, que reunieran los criterios de inclusión; se excluyó a pacientes con diabetes gestacional, con diabetes insípida o con cáncer del sistema endocrino. La información fue obtenida a partir de un cuestionario, el mismo que se aplicó a través de una entrevista. Dentro de la discusión, los puntos más resaltantes para el presente estudio de investigación fueron:

“(…) Al analizar las dimensiones de la práctica de estilos de vida saludables, respecto a la dieta presentan un estilo de vida negativo, esto podría relacionarse con los resultados obtenidos en razón al índice de masa corporal cuyos resultados fluctúan entre lo normal y el sobrepeso”

“El riesgo de los diabéticos no solo está relacionado con las ideas erróneas que pueden tener acerca de la enfermedad, sino que existen pacientes que reciben información sobre el tratamiento, dieta u otros cuidados, como es el caso de los pacientes que acuden al programa de control de la diabetes. Sin embargo, a pesar de ello muchos pacientes no se cuidan y presentan estilos de vida negativos que perjudican y ponen en riesgo su bienestar. En

muchos casos, estos estilos de vida originan complicaciones a corto o a largo plazo”

“La importancia de controlar adecuadamente, en las personas con diabetes mellitus, el índice de masa corporal y no solo sus cifras de glucosa sanguínea, niveles de presión arterial, lípidos en sangre, etc., permite mejorar patrones dietéticos en el paciente y así favorecer su estado nutricional”.⁽¹¹⁾

Dentro de las conclusiones, la más significativa para el presente trabajo de investigación es la que sigue:

“Al determinar la correlación entre los puntajes de conocimiento y de los estilos de vida, se encontró que existe una moderada a baja correlación directa. Los resultados del IMC de los pacientes diabéticos se encuentran entre el rango normal y el sobrepeso, es posible decir que a mayor nivel de conocimiento sobre la enfermedad es mejor el estilo de vida”.⁽¹¹⁾

Por los antecedentes revisados podemos evidenciar que existen algunos estudios relacionados al tema siendo importante realizar el presente estudio a fin de que permita formular estrategias orientadas a contribuir en la adopción de estilos de vida saludable el cual repercute en su calidad de vida disminuyendo las complicaciones de presentar una enfermedad cardiovascular en la población de la policía. Además se puede evidenciar que el IMC no necesariamente se encuentra relacionado con un estilo de vida no saludable, no obstante la persona puede estar predispuesta a desarrollar enfermedades coronarias.

Es así que los antecedentes revisados aportaron a la presente investigación en la elaboración de la justificación del estudio, en la

estructura del marco teórico, en la orientación de los objetivos específicos así como en el diseño metodológico.

F.2 Base Teórica

Aspectos teóricos conceptuales sobre Estilos de Vida

DUNCAN PENDERSEN, define estilos de vida como “manifestaciones de dimensión colectiva y social determinados y modelados a su vez por el contexto social, económico y cultural...”.⁽¹²⁾

ADLER, “señala que cada persona desarrolla un estilo de vida cuyas bases se establecen en los primeros años de su vida, refiriéndose a la configuración singular de las características que constituyen su identidad es decir, que el sujeto organiza a inicios su experiencia formas peculiares de percibir, sentir y actuar”.⁽¹²⁾

A FONT, la definición de estilos de vida como “la valoración subjetiva que la persona hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Estos diferentes aspectos serian los de funcionamiento físico y psicológico social.”⁽¹²⁾

WEBER, nos dice que “es una forma de diferenciación social que cuenta con dos componentes; las conductas estructuradas entre (expresadas por Weber como las “oportunidades de vida”), es decir, Weber considera los estilos de vida como oportunidades y conducta de vida.”⁽¹²⁾

WHO, La Organización Mundial de la Salud define a los estilos de vida como un conjunto de patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona. ⁽¹²⁾

LUZ ELENA MAYA S. dice: “Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables”. ⁽¹³⁾

Aunque de naturaleza individual y expresado a través de la conducta individual, el estilo de vida fundamentalmente está enmarcado por los valores y las condiciones socioeconómicas del grupo al que se suscribe el individuo. Los estilos de vida en general se han desarrollado a través del tiempo como una respuesta adaptativa que permite la supervivencia del grupo del individuo. Todos los elementos de estilo de vida colectivos no son necesariamente adaptativos, pero en su totalidad el estilo de vida desarrollado lentamente por una cultura para adaptarse a condiciones ambientales, representa una forma de vida dentro de una situación ecológica o socioeconómica dada. Los estilos de vida difieren en general de un grupo étnico a otro, pero parecen ser muy diferentes si comparamos el comportamiento en clases económicas altas y bajas. ⁽¹⁴⁾

Algunos autores tienden a establecer una ecuación entre estilo de vida y comportamiento individual. En estudios epidemiológicos los investigadores aducen tomar en cuenta el estilo de vida prevalente en una población cuando en efecto miden sólo elementos muy discretos propios de la

dimensión biológica como hábitos alimenticios, número de cigarrillos fumados por día, consumo de alcohol o ausencia de ejercicio físico. La influencia de la epidemiología ha sido tan poderosa en las últimas décadas que la gente ha tenido que adoptar el concepto restrictivo que tienen los epidemiólogos del estilo de vida. Dicho concepto es especialmente confuso porque se centra principalmente en la conducta nociva, sin considerar el contexto en que ésta se produce. Sin embargo, el enfoque biológico del comportamiento en la investigación de la salud ha ayudado a identificar individuos o grupos a riesgo en base a características de comportamiento reales. En sociedades donde se desarrollan enfermedades ya sea de tipo infecciosa, parasitaria o crónica, la identificación de ciertos elementos del comportamiento en realidad puede ayudar a prevenir o resolver problemas específicos de salud. ⁽¹⁵⁾

Por consiguiente podemos decir que “Los estilos de vida son patrones de comportamiento o hábitos adquiridos por las personas”. Es todo sobre la forma como vivimos dentro de la interacción que establecemos con el ambiente en el cual nos desarrollamos a lo largo de nuestra vida que nos lleva a crear factores protectores o no en la satisfacción de nuestras necesidades como seres humanos para lograr un estado de bienestar y de vida.

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Son comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de necesidades humanas para lograr el bienestar. Son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar.

ALIMENTACIÓN

La alimentación en la edad adulta se debe enfocar en mantener la salud con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades, mediante el seguimiento de una dieta variada, sana y equilibrada de acuerdo con la edad, sexo y actividad física de la persona. Consumir una buena variedad de alimentos no sólo diariamente sino a largo plazo. El organismo humano necesita más de 100 nutrientes diferentes y ningún alimento los contiene todos. Una buena variedad ayuda a asegurar que se reciban los nutrientes necesarios para mantener una adecuada salud. ⁽¹⁶⁾

Ingesta de energía:

Gran parte de los individuos pueden obtener las recomendaciones nutricionales realizando una ingesta adecuada de calorías al día. La meta como idea general debe ser la de comer alimentos sanos que conlleven una cantidad calórica total que bien mantenga el peso corporal, o bien consiga un peso estable durante un periodo de tiempo considerablemente largo. Se debe tener en cuenta que cantidades calóricas demasiado bajas o que hagan perder mucho peso no pueden proporcionar raciones adecuadas de proteínas ni de los demás nutrientes. ⁽¹⁷⁾

Las grasas

Las grasas son alimentos esenciales para la salud. Son fuente de energía y permiten al organismo absorber, transportar y almacenar las vitaminas liposolubles A, D, E y K. Los alimentos que contienen grasas son necesarios debido a que proporcionan “ácidos grasos esenciales”. Así, los lípidos de algunos pescados son fuentes ricas de ácidos grasos n-3, ácido eicosapentanoico (EPA) y ácido docosahexaenoico (DHA). Estos, junto

con los ácidos grasos poliinsaturados n-6, tales como el ácido linoleico y el ácido araquidónico, deben ser aportados en la dieta.⁽¹⁷⁾

No deben superar el 25% del aporte energético total de la dieta. Más allá de sobrepasar la cantidad de grasa es indispensable vigilar el tipo de grasa. Nos referimos aquí especialmente a las grasas saturadas que no deben sobrepasar el 10% del aporte energético total de la dieta. Los ácidos grasos poliinsaturados deben estar presentes en la dieta (ácidos grasos esenciales) entre 3 y 7%. El resto del porcentaje energético de las grasas debe proceder de ácidos grasos monoinsaturados. En cuanto al colesterol, se recomienda no más de 300mg por día.⁽¹⁷⁾

Carbohidratos

Deben aportar entre un 50 y 70% del total de energía de la dieta. Se recomienda los hidratos de carbono complejos en lugar de azúcares refinados (no más del 10% de las calorías totales de la dieta). Los cereales, leguminosas y tubérculos son una buena fuente de carbohidratos complejos.⁽¹⁷⁾

Proteínas

Las proteínas deben aportar el 10 y 20% de la energía total de la alimentación diaria. La recomendación de la FAO/OMS/UNU (2007) ha establecido la dosis inocua de 0,83 gramos de proteína por kilogramo de peso por día para un individuo adulto. Si se trata de dietas mixtas, en cuya composición predominan alimentos de origen vegetal, se sugiere ajustar la recomendación acorde con la digestibilidad y score aminoacídico de la proteína de la dieta. Los alimentos de origen animal son una buena fuente

de proteínas, así también las leguminosas (frijol, quinua, trigo, cebada, etc) logran una complementación aminoacídica adecuada. ⁽¹⁷⁾

Raciones diarias que cubren las recomendaciones nutricionales:

Lácteos:

Se recomienda consumir de 2 a 3 porciones por día. Son fuente principal de calcio (leche, queso, yogur). Por su contenido de grasa saturada y colesterol es conveniente utilizar los productos descremados pero enriquecidos con vitaminas liposolubles A y D que favorecen la absorción de calcio. ⁽¹⁷⁾

Carnes, vísceras y leguminosas:

Se puede consumir hasta dos porciones al día tres veces por semana. Son fuente de proteínas de alto valor biológico; hierro y cinc. Recomendable consumir pescado y carnes magras. Se aconseja fomentar el consumo de pescado, ya que es una excelente fuente de proteínas y ácidos grasos omega 3. Las leguminosas por su aporte de proteínas están consideradas dentro del grupo (frijol, lentejas, garbanzo, pallares, etc.) Se debe alternar con carnes y huevos. ⁽¹⁷⁾

Cereales y tubérculos:

Fuente principal de carbohidratos, considerados por su aporte energético, además de contener vitaminas del complejo B. Entre los más frecuentes consumidos tenemos: arroz, avena, pan, fideos, quinua, trigo. Se recomienda consumir de 6 a 11 porciones al día, y entre los tubérculos: papas, camote, yuca, en razón de dos unidades por día. ⁽¹⁷⁾

Frutas y verduras:

Las frutas y las verduras contienen vitaminas y minerales, al igual que la fibra y una serie de compuestos conocidos como fitonutrientes. Éstos favorecen un buen funcionamiento orgánico y ayudan a prevenir enfermedades cardiovasculares principalmente.

Las verduras y frutas deben comerse abundantemente: 3 ó 4 unidades cada día. De preferencia se debe consumir vegetales verdes y amarillos como espinacas, zanahoria, zapallo, brócoli, entre otras. Legumbres como vainitas, alverjitas y otras. Entre las frutas escoger las que aportan vitamina A en forma de carotenos y vitamina C (mango, maracuyá, papaya, melón, naranja, mandarina, piña, etc.).⁽¹⁷⁾

Grasas y azúcares:

Se recomienda limitar el consumo, especialmente de las grasas añadidas a sus comidas como tal (aceite, mantequilla, margarina, manteca, etc.). Preferentemente se debe utilizar aceites vegetales que no contienen grasas saturadas (como el oliva, soya, maíz, girasol) que además son ricos en ácidos grasos insaturados; éstos tienen indiscutible cualidades dietéticas como el reducir los índices de triglicéridos y colesterol sanguíneo lo que significa un riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares u obesidad.

Los azúcares incluyen el azúcar blanco, el azúcar morena, chancaca, miel. Los azúcares agregados a los alimentos o preparaciones conforman las jaleas, almíbar, mermeladas, entre otros.

Se recomienda un consumo moderado: Reducir al máximo el consumo de productos excesivamente dulces por su riqueza en azúcares simples y

calorías; sobre todo en caso de presentar sobrepeso u obesidad, diabetes insulino dependiente o tener un factor hereditario que predispone a la persona el desarrollar estos tipos determinados de patologías de tipo crónico no contagioso. ⁽¹⁷⁾

Horario de alimentación

Se debe mantener un horario de alimentación, lo que contribuye a prevenir problemas intestinales y de malnutrición. Al transcurrir muchas horas entre una comida y otra el apetito es mayor y aumenta considerablemente la ingesta de alimentos, lo que puede influir en el incremento de peso. Es por ello que se deben tomar los alimentos entre horas establecidas equidistantemente espaciadas para favorecer una digestión y asimilación de nutrientes adecuadas.

En conclusión la alimentación es tan importante que puede condicionar el estado de salud y el desarrollo del ser humano. Además, los problemas asociados a la alimentación del adulto pueden llegar a causar enfermedades muy importantes en etapas posteriores. Por ejemplo: un exceso de grasas saturadas puede provocar enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, entre otras.

Ingesta de agua

Bebiendo las cantidades recomendables de agua el hígado, los riñones, el sistema digestivo e inmunológico cumplen muy bien con sus funciones, se lubrican las articulaciones y mejoran la resistencia de los ligamentos. El agua actúa además como protector, ya que controla la temperatura, ayuda

a mantener los niveles adecuados de acidez en el cuerpo y retarda los procesos de envejecimiento. ⁽¹⁸⁾

Además, el consumo regular de abundante agua, limita la producción interna de colesterol, ya que al producirse deshidratación la célula le envía señales al cuerpo para detener la pérdida de agua a través de un aumento de la producción del colesterol que hace que las células sean menos permeables. Estudios recientes llevados a cabo en la Universidad de Harvard han concluido que la ingesta de agua en cantidades apropiadas, reduce un 45%, el riesgo de cáncer de colon y a la mitad las probabilidades de desarrollar cáncer de la vejiga; debido a que la deficiente hidratación concentra mayor cantidad de sustancias tóxicas y cancerígenas en esos órganos. El tomar suficiente agua, reduce también el riesgo de problemas cardiacos: ya que se hizo un estudio involucrando a 20,000 personas sanas que tomaban 5 vasos diarios de agua y las cuales presentaron un menor índice de problemas cardiovasculares en comparación con los que solo tomaban 2 vasos diarios. ⁽¹⁸⁾

Investigadores de una universidad americana, comprobaron que el ingerir el agua que el cuerpo necesita, hidrata las mucosas que recubren la nariz, garganta bronquios y pulmones, disminuyendo las probabilidades de infecciones virales como la gripe común o la influenza, infecciones bacterianas y la posibilidad en los asmáticos, de sufrir un ataque agudo.

Se le ha atribuido también a la ingesta de una cantidad adecuada de agua, la disminución de la producción de cálculos renales y la incidencia de las infecciones urinaria y cistitis. Esto debido a que ayuda a diluir la orina y por ende disminuir la concentración de toxinas. Finalmente se ha

comprobado que si el organismo está lo suficientemente hidratado, aumenta las sustancias para el control de bacterias en la boca y que se encuentran en la saliva; evitando la gingivitis (inflamación de encías), caries y otras enfermedades de la boca. Tomar agua al levantarse, durante el transcurso del día y cada vez que se tenga sed, permitirá que todo el cuerpo funcione armónicamente.

Es por ello que los especialistas recomiendan la ingesta de 6 a 8 vasos mínimamente que equivalen a dos litros por día. ⁽¹⁸⁾

ACTIVIDAD FÍSICA

Abarca cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que provoca un gasto de energía. La actividad física está presente en todo lo que una persona hace durante las 24 horas del día salvo dormir o reposar. ⁽¹⁹⁾

Ejercicio físico

Puede definirse como la actividad física planificada, estructurada y repetitiva que tiene como objetivo final o intermedio la mejora o el mantenimiento de la forma física. ⁽¹⁹⁾

Deporte

Constituye una característica del ejercicio físico que lleva implícita la competencia con otras personas o con uno mismo. En el deporte el sujeto hace trabajar al organismo en los entrenamientos con el objetivo de llevar

los límites de su capacidad de esfuerzo y rendir cada vez más en las competiciones para superar a los rivales o superarse así mismo. En el ejercicio físico el individuo obliga a trabajar a su organismo con el fin de disfrutar de una vida más sana y/o combatir determinadas dolencias o problemas de salud, nunca pretende acercarse a sus límites, pero si forma física mejora como consecuencia de la acumulación del trabajo físico.

Para entender las consecuencias que ejerce sedentarismo sobre la salud humana, se debe reflexionar sobre el objetivo del diseño del organismo humano, que es el movimiento, que se produce gracias al trabajo muscular. Pero para que dicho trabajo ocurra, debe haber la participación de todos los aparatos y sistemas del organismo que es para lo que están diseñadas. Así, los aparatos digestivo, respiratorio y cardiovascular y el sistema endocrino son los encargados de aportar oxígeno, agua y sustancias energéticas y reguladoras para que se produzca ese trabajo muscular; los aparatos respiratorio, cardiovascular y urinario y la piel eliminan del organismo los productos residuales procedentes de las reacciones energéticas que posibilitan el trabajo muscular, mientras que el sistema nervioso y los órganos de los sentidos recogen información la integran y dan las órdenes oportunas para que ese movimiento se realice en las mejores condiciones y de la forma más precisa posible.

De esta manera tenemos que las consecuencias de una vida sedentaria evidenciarán los resultados a largo plazo evidenciándose en primera instancia en el aparato locomotor que se podría traducir en disminución de fuerza y consistencia de los huesos en la reducción de la masa y fuerza muscular, con atrofas o hipotrofas que pueden llevar a una menor movilidad o inmovilidad y a dolores de origen muscular, y en el disenso en

la capacidad de movimientos de las articulaciones que puede llevar dolores de origen articular y quizá a la artrosis; sobre los aparatos cardiovascular y respiratorio se podrían traducir en una disminución de la aptitud para llevar a cabo las tareas de la vida cotidiana o su fracaso ante ellas con la aparición de enfermedades cardiovasculares; sobre el metabolismo energético, su escaso uso podría llevar a desequilibrios en el metabolismo de reposo, con acumulación de glucosa en la sangre, aumento de los lípidos en ella, incremento de la grasa corporal a lo que contribuye también la reducción de la masa muscular, y aumento de la tensión arterial; y sobre el resto de aparatos y sistemas podría dar lugar a una disminución de su capacidad de funcionamiento, con la siguiente reducción de la calidad de vida de la persona.

Las personas sedentarias cuentan con una mayor mortalidad general y específica y con mayor riesgo relativo de muerte de las físicamente activas; quienes se dedican a profesiones sedentarias como las de tipo administrativa o en las cuales la persona mantienen por tiempo prolongado una posición estática con un menor porcentaje de dinamismo articular tienen una mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares que los individuos con profesiones con grandes demandas físicas; las personas inactivas en su tiempo libre presentan mayores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y mayores tasas de la aparición de estas enfermedades que las que realizan actividades físico-deportivas en su tiempo libre. Las personas sedentarias tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad que las físicamente activas y también cuentan con mayor riesgo de presentar diabetes insulino dependiente e hipertensión arterial que las físicamente activas. ⁽¹⁹⁾

Beneficios del ejercicio físico

Numerosos estudios epidemiológicos realizados en los últimos años han afluencia beneficiosa que la práctica programada y regular de ejercicio físico puede aportar para el bienestar físico, mental y social de la población.

Quienes practican ejercicio físico regularmente disfrutan de una mejor calidad de vida que las personas sedentarias. Uno de los beneficios que también se le atribuye al ejercicio regular es una situación psicológica más positiva, con disminución de los estados depresivos y de ansiedad e incremento de la seguridad en uno mismo. ⁽¹⁹⁾

Beneficios Cardiovasculares

- Incremento del consumo máximo de oxígeno
- Reducción de la presión arterial
- Disminución de la frecuencia cardíaca en reposo y en esfuerzo submáximo
- Menores demandas miocárdicas de oxígeno
- Mayor eficiencia del funcionamiento del músculo cardíaco

Tipos de ejercicios recomendables en los varones adultos

En una estrategia de protección y promoción de la salud en los varones adultos el ejercicio aeróbico supone el tipo más recomendable. Durante su desarrollo trabajan grandes grupos musculares flexores y extensores y la intensidad resulta moderada. Cuando se efectúa a ritmo estable, el

consumo de oxígeno es suficiente para generar toda la energía necesaria para llevar a cabo la actividad.

Los ejercicios calisténicos o de calentamiento no repercuten significativamente en beneficios cardiovasculares, pero proporcionan cierto desarrollo de la agilidad y la fuerza. Por lo tanto han de ser ejecutados en un contexto de complemento a los ejercicios aeróbicos en donde se necesita una mayor fuerza y gasto de oxígeno que se puede regular según el tipo de persona que lo realice. Un buen programa de ejercicio físico incluye una parte fundamental de trabajo aeróbico como la carrera, el ciclismo o la natación, y ejercicios gimnásticos para lograr flexibilidad, elasticidad, potencia muscular, etc. No obstante, se debe tener siempre presente la necesidad de adecuar la planificación a las limitaciones y peculiares de cada individuo. Así pues, en los adultos de sexo masculino quienes han dejado de hacer actividad física por mucho tiempo, pueden empezar con trotes o caminatas rápidas periódicas con la finalidad de poco a poco ir incrementando la dificultad del ejercicio hasta llegar a una estabilidad y balance necesario para mantener un óptimo nivel de salud evidenciado en la prevención de enfermedades causadas por el sedentarismo.⁽¹⁹⁾

Intensidad de ejercicios recomendables en los varones adultos

Se ha constatado ampliamente que el estímulo mínimo para que se produzca un efecto significativamente beneficioso sobre la forma física se corresponde con cargas de trabajo equivalentes al 50% de la capacidad máxima de oxígeno. En las personas con una discreta forma física,

convalecientes o sedentarias, el efecto positivo puede darse con intensidades menores.

Un ejercicio de intensidad y duración apropiada debe dejar a las personas que lo hacen sin fatiga, sintiéndose descansadas y completamente recuperadas antes de transcurrir 1 hora desde su finalización. Hay datos que pueden ayudar a ajustar la intensidad del ejercicio. Por ejemplo: si durante la carrera o el trote se va lo suficientemente rápido como para tener dificultad para mantener una conversación con los compañeros de actividad, conviene reducir el ritmo hasta lograrlo sin dificultad, ya que de lo contrario probablemente se está sobrepasando la intensidad correcta. Así se efectúa un ejercicio más saludable, a la vez que resulta más agradable y permite la comunicación interpersonal.

El mayor y mejor empleo del oxígeno en las vías metabólicas aeróbicas para la obtención de energía constituye un factor fundamental para conseguir esas mejoras. Cuando se da esta circunstancia, puede elevarse la frecuencia cardíaca e incluir ya la carrera o una actividad mixta con carrera y paseo rápido. Paralelamente a la mejora en la condición física, se aumenta el tiempo de carrera y disminuye el de paseo. Actividades como el tenis, el ciclismo, la natación y, por supuesto, ejercicios de calentamiento o calisténicos en donde se estiran los músculos y las articulaciones y se preparan para un ejercicio físico más esforzado, son pautas siempre aconsejables. Conviene programar una combinación de actividades para elevar la probabilidad de que el ejercicio se practique con la periodicidad necesaria para mantener o mejorar la forma física. ⁽¹⁹⁾

Frecuencia y duración de ejercicios recomendables en los varones adultos

Para alcanzar los objetivos de salud perseguidos, las sesiones de ejercicio pueden realizarse durante períodos de 20 – 30 minutos al principio y entorno a 50 minutos posteriormente. La periodicidad tiene que ser de unos tres o cuatro días por semana. Obviamente, las actividades realizadas a un ritmo estable, como el sedentarismo, la bicicleta, etc., debe durar más. Cuanta mayor duración y frecuencia exista, mejor condición física puede obtenerse, aunque con 20 minutos tres veces por semana a la intensidad requerida se pueden lograr resultados satisfactorios. El ejercicio ha de ser continuado en el tiempo. Los efectos beneficiosos revierten en caso de abandono. ⁽¹⁹⁾

CONTROL MÉDICO

Los controles médicos se encuentran íntimamente relacionados a la medicina preventiva, ejerciéndose tres tipos de prevención: La prevención primaria, en donde se reducen factores de riesgo antes de que la enfermedad aparezca. Su objetivo principal es disminuir la incidencia de una enfermedad o condición. La prevención secundaria, que se encuentra destinada a la detección de una condición o enfermedad para revertirla o retardar su aparición para mejorar el pronóstico. Su objetivo principal es disminuir la prevalencia de una enfermedad o condición. Y finalmente la prevención terciaria, que minimiza los efectos negativos futuros de una enfermedad o condición sobre la salud. Siendo de los tres anteriores mencionados la prevención primaria la más importante puesto que representa un medio mayor para el mejoramiento de la salud en general.

El agente del cambio es el paciente. En el pasado, la responsabilidad de los profesionales de la salud fue primariamente la de tratar la enfermedad. Además, las conductas personales de salud no se veían como un asunto clínico. Dichos profesionales deben asistir a sus pacientes en asumir mayores responsabilidades para su propia salud. En el modelo tradicional de relación profesional de la salud paciente, el paciente adopta un rol pasivo y espera que éste asuma el control del tratamiento. Una de las principales tareas de la prevención primaria es desplazar el control hacia el paciente. Es por ello que para lograr competencia en la tarea de facultar a los pacientes, y aconsejarlos para cambiar las conductas relacionadas con su salud, se ha destinado principalmente al profesional enfermero por encontrarse mejor capacitado para poder elaborar programas preventivo promocionales que den como resultado un aumento significativo de los casos saludables.⁽²⁰⁾

Es así que todos los adultos deben visitar al médico periódicamente. Los objetivos principales de estas visitas serán dentro de los patrones de la prevención primaria:

- Detectar enfermedades en sus etapas iniciales
- Evaluar el riesgo de problemas médicos futuros
- Fomentar un estilo de vida saludable
- Actualizar el calendario de vacunas

A pesar de que la persona se sienta aparentemente bien, es importante hacerse un control médico regular para detectar problemas potenciales. La mayoría de hombres adultos que sufre de hipertensión ni siquiera lo saben y la única manera de averiguarlo es haciéndose medir la presión arterial regularmente. De igual manera, los niveles altos de colesterol y de azúcar

en la sangre con frecuencia no producen ningún tipo de síntomas hasta que la enfermedad se encuentra avanzada. ⁽²⁰⁾

Según las normas de la Policía Nacional del Perú, el policía anualmente se debe realizar un examen médico integral en el “Centro de Reconocimiento Médico de la Policía Nacional del Perú” y así mantener un control de salud de los policías ya que son personas al servicio de la comunidad y del país, además estos controles son requisito indispensable para que el policía pueda postular a un ascenso de rango dentro de la institución.

La evaluación clínica anual incluye:

- Antecedentes Familiares.
- Antecedentes Personales.
- Examen antropométrico locomotor: Talla, peso, estado nutricional y tipo morfológico.
- Examen de salud mental: Evaluación psicológica y opcionalmente evaluación psiquiátrica.
- Examen del aparato respiratorio: Examen radiológico y opcionalmente examen de esputo.
- Examen de próstata.
- Examen del aparato cardiovascular: Examen clínico, presión arterial sistólica y diastólica; y opcionalmente electrocardiograma.
- Examen oftalmológico: Agudeza visual, tonometría, examen pupilar, motilidad ocular, fondo de ojo y el test de Hishihara.
- Examen otorrinolaringológico: Agudeza auditiva, examen de nariz y garganta; y evaluación de la membrana timpánica.

- Examen de laboratorio: Veneral Disease Research Laboratory (VDRL), hemograma completo, Human Immunodeficiency Virus (HIV), glucosa, colesterol, triglicéridos, Hepatitis B, Hepatitis C, hematocrito, Prostate Specific Antigen (PSA), Thevenon en heces y BK en esputo.
- Examen odontológico: Odontograma.
- Otras especialidades e interconsultas. ⁽²¹⁾

Al finalizar la prueba el Médico jefe del Centro de Reconocimiento Médico de la Policía Nacional del Perú firma y sella la hoja de evaluación con los resultados, los cuales se archivarán en la historia clínica del policía en el Hospital Nacional de la Policía.

Según los reglamentos de la Policía Nacional de Perú, si el policía no se realiza el control médico anual por más de cinco años, este recibirá una suspensión laboral temporal. ⁽²²⁾

CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

Consumo de Alcohol

El alcohol etílico (etanol) es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas que pueden acabar con la vida de los sujetos que los sufren.

El alcohol se distribuye en el organismo de la siguiente manera una vez que es consumido:

- **Absorción.** El alcohol se absorbe desde el estómago, intestino delgado y colon y pasa a la sangre: con el estómago vacío, en apenas 30 minutos; con alimentos, la mayor concentración se produce a la hora o a la hora y media. La asimilación es más rápida conforme más grados tiene la bebida. Las bebidas gaseosas aceleran la absorción del alcohol por el organismo.
- **Distribución.** El alcohol es hidrosoluble y, a través de la sangre, se distribuye uniforme y rápidamente por todos los tejidos del organismo.
- **Metabolización.** Entre el 90 y 98 por 100 se metaboliza (oxida) casi exclusivamente en el hígado; el resto, a través de la orina, el sudor o la respiración.
- **Eliminación.** El ritmo de eliminación es constante: 120 mili-gramos por kilogramo de peso y por hora (unos 8-12 mililitros por hora). El hígado elimina el alcohol ingerido en una proporción de entre el 90 y el 98%. El ritmo de destrucción del alcohol es 6-7 gr. /hora, en un ritmo constante e independiente del grado de alcoholemia. ⁽²³⁾

Efectos en el Organismo

Dosis elevadas sobre el tubo digestivo dan lugar a trastornos de la motilidad esofágica, aparición de reflujo gastroesofágico con todas sus posibles consecuencias, gastritis, trastornos del vaciado gástrico y diarreas.

Además de la embriaguez deben destacarse otros efectos sobre el sistema nervioso central como sus efectos sobre la electrofisiología cerebral (potenciales evocados visuales y auditivos), el metabolismo cerebral y la circulación cerebral.

A nivel cardiovascular el consumo agudo da lugar a una reducción aguda de la función contráctil del corazón y a la aparición de arritmias cardíacas. Las alteraciones agudas de la función contráctil del corazón se deben a un efecto inotrópico negativo del etanol sobre el músculo cardíaco, pero este efecto suele quedar enmascarado por un efecto indirecto cronotrópico e inotrópico positivo secundario a la liberación de catecolaminas. ⁽²³⁾

Actualmente nadie duda del efecto deletéreo del consumo excesivo de alcohol sobre el sistema cardiovascular, ya que su consumo excesivo da lugar a patologías graves como la miocardiopatía alcohólica, hipertensión arterial, arritmias y accidente vasculares cerebrales. No obstante, a lo largo de la historia muchos se ha llegado a prescribir bebidas alcohólicas como “tónico” cardíaco. Las propiedades intoxicantes del alcohol y el riesgo de dependencia, así como el desarrollo de enfermedades secundarias a su exposición crónica, hacen improbable su utilidad terapéutica. La prescripción de alcohol no debe ser considerada como una medida general en prevención secundaria en la enfermedad arterial coronaria. Por otra parte se ha considerado que el consumo de vino tinto y aceite de oliva contienen polifenoles con actividad antioxidante, que inhiben la expresión molecular de la adhesión endotelial que participa en la producción de la aterosclerosis.

El balance entre los efectos benéficos y adversos del consumo de licor en la mortalidad cardiovascular, depende no solamente de la cantidad consumida, sino de la presencia de factores de riesgo. Muchos consensos han concluido que el consumo moderado de alcohol reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular, sin embargo hasta la fecha no se ha determinado qué tan moderado debe ser el consumo de este último y en cuánto tiempo se logra el beneficio. Algunos autores sugieren que el máximo beneficio cardiovascular se obtiene con el consumo de una copa de vino al día cuando la persona no presenta factores de riesgo. Por el contrario, el alcohol en exceso puede elevar los triglicéridos, aumenta la presión arterial, puede producir arritmias, insuficiencia cardíaca e ictus. Asimismo contribuye a la obesidad por un aporte adicional de calorías, lo que predispone aún más a la persona a desarrollar enfermedades coronarias.⁽²⁴⁾

Cabe resaltar que el alcohol no compensa el incremento de riesgo producido por el tabaquismo. Aumentando este último hasta el doble del riesgo, en los pacientes comprendidos entre los 35 y 69 años que corresponde a la etapa adulta.

Consumo de Tabaco

Casi todo el efecto pernicioso del tabaco se debe a su combustión y la producción de humo de tabaco. El representante más típico de los productos del tabaco es el cigarrillo. Este es un dispositivo muy perfeccionado de combustión, en el que se quema la hoja del tabaco y distintas sustancias aditivas como azúcares, humectantes y sustancias aromática. Cada vez que el fumador hace una aspiración del cigarrillo, la

temperatura de combustión llega a unos 900°C, y se genera la denominada corriente principal de humo, que contiene numerosas sustancias vaporizadas junto con partículas mayores y radicales libres. En el humo del tabaco se calcula que hay varios miles de millones de partículas por cm³ con un tamaño de 0.1 a 1 micra de diámetro, mezcladas con los gases de la combustión. Se han identificado casi 5.000 componentes, y se estima que puede haber otros 10.000 componentes aún sin identificar, si bien las concentraciones de la mayoría de ellos son ínfimas. Los efectos hemodinámicos del tabaco son debidos fundamentalmente a la acción de la nicotina. Con cada inhalación se aspiran de 50 a 150 microgramos de nicotina. Esta produce liberación de norepinefrina y aumento de adrenalina circulante, con una elevación inmediata de la presión arterial y la resistencia periférica. Esto unido al efecto del monóxido de carbono, que disminuye la capacidad de transporte de oxígeno, puede desencadenar un episodio de isquemia miocárdica. Aunque no hay evidencias definitivas que relacionen directamente la nicotina con la aterogénesis, sí que aumenta el estrés endotelial y las fuerzas de cizallamiento que se relacionan tanto con el crecimiento de las placas como con su rotura y complicación.

La función endotelial se altera inmediatamente al fumar. Esto se ha comprobado en las arterias coronarias epicárdicas, incluso en individuos sin enfermedad coronaria. El perfil lipídico de los fumadores es más aterogénico. Los fumadores presentan mayores niveles de triglicéridos, colesterol total y LDL, y menores niveles de HDL y apoproteína A-1 que los no fumadores, cambios que son mayores en relación con el mayor consumo de tabaco. El tabaco hace a las LDL más susceptibles a la oxidación, especialmente en presencia de ácidos grasos poliinsaturados,

por lo que una dieta rica en éstos podría ser perjudicial si no se abandona el consumo de cigarrillos, puesto que las LDL oxidadas tienen un papel importante en el desarrollo de la aterosclerosis. ⁽²⁵⁾

Es así que el riesgo de padecer de alguna enfermedad cardiovascular en los fumadores es más del doble que el en los no fumadores. El humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardíaco y los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores. Los fumadores que tienen un infarto tienen mayor probabilidad de morir y de morir súbitamente (en la primera hora). El humo del tabaco también actúa con otros factores de riesgo para potenciar el riesgo de cardiopatía coronaria. El riesgo cardiovascular disminuye rápidamente al dejar de fumar. El tabaquismo es más frecuente en las mujeres y los hombres de menores niveles socio-económicos, aunque en muchas sociedades, las mujeres de alto nivel social son las que primero empiezan a fumar y también las primeras que dejan de hacerlo. ⁽²⁵⁾

La exposición constante al humo de los fumadores (tabaquismo pasivo) también aumenta el riesgo de cardiopatía entre los no fumadores. En experimentación con ratas, se ha comprobado que la exposición al humo de tabaco ambiental produce disminución de la relajación dependiente del endotelio y aumentaba la aterogénesis, produciendo de esta manera un efecto similar o mayor que el producido en un fumador.

DESCANSO Y SUEÑO

Es un hecho conocido que la mayoría de los ataques cardiacos ocurre a las 9 y a las 12 de la noche y casi siempre después de un día agitado y de tensión nerviosa, a lo largo del cual se ha tomado varias tazas de café para seguir manteniendo el ritmo hasta que sobrepasa, el límite de resistencia del organismo y se produce el infarto. Necesitamos que nuestro descanso sea reparador, cuando dormimos las neuronas se limpian de los desechos metabólicos que han ido acumulando en todo el día.

Todas las células de nuestro cuerpo necesitan un periodo suficiente de descanso cada día. Esto debe ser regularmente de 6 a 8 horas en adultos (26)

El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad.

La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.

El descanso es un estado de actividad mental y física reducido, que hace que el sujeto se sienta fresco, rejuvenecido y preparado para continuar con las actividades cotidianas. No es simplemente inactividad, requiere tranquilidad, relajación sin estrés emocional y liberación de la ansiedad. La

persona que descansa se encuentra mentalmente relajada, libre de ansiedad y físicamente calmada. ⁽²⁶⁾

EL SUEÑO

El sueño es un fenómeno sumamente complejo, el cerebro humano es la obra maestra de la creación, a pesar de ser uno de nuestros órganos biológicos más poderosos, el cerebro es uno de los más vulnerables para funcionar, debe tener niveles mínimos de oxígeno y glucosa, si no está disponible, el cerebro muere si se priva de oxígeno solo por 8 minutos y sufre de daños irreversibles. ⁽²⁶⁾

Funciones del sueño

El sueño tiene funciones de restauración y protección y sirve para reajustar o conservar los sistemas biológicos, Los niños tienen una mayor proporción de NREM IV durante la cual se excreta hormona de crecimiento, Durante el NREM se conserva energía y hay una mayor actividad de división celular. El sueño REM facilita el aprendizaje, la memoria y adaptación conductual, prepara la mente y aclara las emociones del día. ⁽²⁶⁾

Beneficios de un adecuado descanso y sueño

Los hábitos correctos en cuanto al reposo contribuyen a la intensidad de la vida. Cierta estudio reciente realizado en California por los doctores BRESLOW Y ENSTROM estudiaron los hábitos de vida y salud de un amplio sector de la población. Como resultado identificaron 7 hábitos

significativos de salud que contribuyen a la prolongación de la vida. Uno de ellos era el reposo además el reposo promuévela eficiencia mental y física. El reposo es un gran tratamiento médico. Las infecciones agudas, como la neumonía, la influenza y hasta el resfrío común responde favorablemente al reposo. El descanso reanima las defensas del cuerpo y le permite dominar las infecciones. El reposo también ayuda a sanar las heridas o traumas como una quemadura o fractura. ⁽²⁶⁾

Consecuencias sobre la salud de no dormir el número de horas suficientes

A corto plazo:

- Somnolencia
- Cambios repentinos de humor
- Pérdida de la memoria reciente
- Falta de la capacidad de planear y llevar a cabo actividades
- Falta de concentración

A largo plazo:

- Obesidad
- Envejecimiento precoz
- Agotamiento
- Mayor riesgo de infecciones, diabetes, enfermedades cardiovasculares y trastornos gastrointestinales
- Pérdida crónica de memoria

Los diferentes experimentos de los últimos años demuestran que, sin que el ser humano lo note, el cerebro durmiente pasa revista a lo sucedido durante el día, reforzando las asociaciones existentes y dejando huellas en la compleja red neuronal. La memoria guarda datos de su actividad reciente en el archivo de recuerdos y teje redes de nuevas informaciones con impresiones antiguas, preparando de este modo el terreno para lo que vendrá en el futuro. ⁽²⁶⁾

EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO MÉTODO DE EVALUACIÓN EL ESTADO NUTRICIONAL

Es un indicador antropométrico del estado nutricional de la población comprendida entre los 18 y 65 años de edad, en donde los únicos cambios somatométricos medibles son los resultantes del aporte nutricional y/o actividad física.

Este índice es la razón entre el peso (Kg) y la talla al cuadrado (m) ($P/T.2$), ha sido recomendado por la Organización Mundial de la Salud debido a la asociación existente entre IMC elevado y morbi-mortalidad aumentada, existen estudios que demuestran que sobre un IMC mayor de 30 aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad de vías biliares, algunos tipos de cáncer, trastornos respiratorios, etc. ⁽²⁷⁾

El Comité de Expertos de la OMS, en 1995, recomendó que para la evaluación antropométrica del estado nutricional de adultos, se utilice el IMC, para el cual decidió expresar distintos rangos de clasificación, tanto para sobrepeso como para delgadez.

Un IMC inferior a 16 se asocia con un aumento marcado del riesgo de mala salud, rendimiento físico deficiente, letargo e incluso, la muerte; este valor límite tiene entonces validez como límite extremo.

Los valores insólitamente bajos del IMC pueden ser un indicador útil de las necesidades especiales de la población de una determinada zona, y un perfil cambiante del IMC puede demostrar que la población es afectada en forma negativa, por modificaciones sociales o económicas.

En el sobrepeso grado 1, se debe evitar ganar peso; sin embargo, antes de establecer cualquier tipo de intervención han de evaluarse otros factores de riesgo como presión alta, dislipidemias, intolerancia a la glucosa y enfermedad coronaria. Además, se propicia un estilo de vida saludable que contribuya a mejorar el perfil de riesgo. Se recomienda la pérdida moderada de peso, pero la pérdida de peso en sí, no debe ser el objetivo principal de la intervención. En el sobrepeso grado 2, se siguen iguales recomendaciones que las citadas, aunque la prevalencia de factores de riesgo y de trastornos asociados con el sobrepeso que requieren atención médica, es notablemente mayor; por eso, se recomienda la pérdida moderada. Entre más alta sea la prevalencia de enfermedad crónica, mayor será la necesidad de perder peso. Finalmente, en el sobrepeso grado 3 u obesidad mórbida, se recomienda una acción intensa para reducir el peso, que incluye muchas veces, tratamientos quirúrgicos.

Sin embargo, en el año 2000, la OMS publicó un reporte técnico en el que incluye una subdivisión adicional, a la presentada en 1995, en el rango de IMC de 30 a 39.99, y se emplea el término "Obesidad", debido a que en la

actualidad se acepta que un IMC superior a 30, denota "Obesidad". Y es la clasificación que se maneja en la actualidad.

Rangos de Clasificación Interpretación

<18.5 0 Bajo peso

18.50-24.99 Valores normales

25.00-29.99 Sobrepeso

30.00-34.99 Obesidad grado 1

35.00-39.99 Obesidad grado 2

>40 Obesidad grado 3 u Obesidad mórbida

Fuente: OMS 2000

La distribución del IMC en una población puede proporcionar directrices valiosas para la planificación de programas de desarrollo a largo plazo, en especial, en el ámbito de la agricultura y la salud. Los programas que pretenden mejorar el suministro alimentario total pueden dirigirse específicamente a poblaciones con un IMC bajo, mientras que una población con un IMC normal, tal vez requiera sólo las mejoras nutricionales limitadas necesarias para combatir la anemia y otras carencias nutricionales específicas.

La antropometría por ser un procedimiento de fácil aplicación, económico y no invasivo ha sido utilizada ampliamente en los fines de estimación del estado nutricional tanto desde un punto de vista clínico como epidemiológico. Dentro de las medidas antropométricas se encuentran: el peso y la talla. ⁽²⁷⁾

Peso: Se considera que un adulto está en riesgo nutricional si ha perdido 5% de su peso en un mes o 10% en menos de 6 meses.

Talla: Es la medida más utilizada para estimar el crecimiento lineal de un individuo, la talla en adultos es una constante y la ingesta alimentaria sólo puede influir en el peso corporal.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES COMO CONSECUENCIA DE ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES

En la actualidad se acepta de manera amplia que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas. Estudios poblacionales revelan que hasta 80% de los casos de cardiopatía coronaria y 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 pueden evitarse si se adoptan estilos de vida saludables. ⁽²⁸⁾

El alarmante aumento de la obesidad en las últimas décadas en todo el mundo coloca a la mala nutrición por exceso en un primer plano como determinante de enfermedades crónicas. La alimentación rica en energía y la inactividad física son algunos de los factores del desequilibrio energético entre consumo y gasto que ocasiona el desarrollo de la obesidad. El exceso de tejido adiposo, en particular en la región abdominal, se ha relacionado con la agrupación de factores de riesgo que constituyen el síndrome metabólico (hipertensión arterial, dislipidemia y

glucosa en ayuno alterada) y cuya presencia confiere mayor riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (ECV).⁽²⁹⁾

Es en este contexto que la inactividad física se reconoce como un factor de riesgo cada vez más relevante en la ECV que contribuye a la morbilidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas. En cambio, la actividad física frecuente puede reducir o eliminar el riesgo de sufrir ECV, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama.⁽²⁹⁾

El término de enfermedades cardiovasculares es un concepto genérico que empleamos para referirnos a un conjunto de patologías y enfermedades diversas en sus causas o etiología y en sus manifestaciones clínicas evidenciadas en los signos y síntomas. Es así que en las sociedades occidentales y en algunas sociedades de economías emergentes predominan las enfermedades cardiovasculares cuya patología subyacente es la arterioesclerosis y la trombosis arterial consecuente. Dentro de estas enfermedades se encuentran, entre otras, la cardiopatía isquémica, la mayoría de las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad hipertensiva, parte de la insuficiencia cardíaca, algunos aneurismas y las trombosis arteriales. En algunos ámbitos y países, se tiende a denominar enfermedad cardiovascular, a la cardiopatía isquémica, pero ello es impreciso y da lugar a confusión, puesto que en determinadas circunstancias al hablar de enfermedad cardiovascular se incluye también el ictus.⁽²⁹⁾

Fisiopatología y factores de riesgo

La aterosclerosis es una patología que empieza en la juventud, mucho antes de que se manifieste clínicamente en forma de episodios cardiovasculares agudos. Se inicia mediante el depósito de pequeñas cantidades de grasa entre las finas capas de la arterias (estría grasa) y progresa lenta pero inexorablemente con la edad si se está expuesto/a a determinados estilos de vida y factores de riesgo, desencadena mecanismos y procesos celulares y bioquímicos altamente complejos que dan lugar al crecimiento de la estría grasa mediante la atracción de determinados tipos de células formando el ateroma. Una cascada de reacciones inflamatorias junto con factores mecánicos como la hipertensión, pueden llegar a ulcerar el ateroma. Si se produce esta ulceración, las plaquetas de la sangre acuden, se agregan y se produce la llamada trombosis, la cual puede obstruir total o parcialmente el lumen arterial e impedir la circulación de la sangre y por tanto el aporte de oxígeno necesario para los tejidos. La consecuencia será la muerte celular o necrosis de los tejidos irrigados por la arteria ocluida.

El infarto agudo de miocardio es la necrosis de una parte del tejido o músculo cardíaco, producida por la oclusión de las arterias coronarias que son las arterias que irrigan al corazón. Si la trombosis se produce en una arteria que irrigue al cerebro como por ejemplo la arteria carótida, tendrá lugar un infarto cerebral. Si es en las arterias que irrigan las extremidades inferiores o arterias ilíacas o en las que dependen de ellas, los músculos de las piernas claudicarán al caminar, etc. Existen múltiples diferencias en la anatomía y fisiologías cardiocirculatorias y cerebrales entre sexos. La masa ventricular izquierda media en el hombre es de 177 gr y se muestra más pesado que en la mujer. ⁽³⁰⁾

Se entiende por factores de riesgo aquellas características biológicas o conductuales cuya presencia confiere una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad en el futuro. Algunos factores pueden ser modificados, tratados o controlados, mientras que otros no. La edad, el sexo o los factores hereditarios no son modificables. Los factores de riesgo cardiovascular aterosclerótico bien establecidos son: el tabaco, el colesterol de la sangre, la diabetes, las cifras elevadas de presión arterial, la obesidad, la falta de ejercicio físico regular (sedentarismo), los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y el estrés.

Cuanto mayor sea el nivel de cada factor de riesgo, mayor es el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular aterosclerosis como la cardiopatía coronaria. Por ejemplo, una persona con un colesterol total de 350 mg/dl tiene un riesgo mayor que otra con un colesterol total de 240 mg/dl, aun cuando un colesterol total mayor de 220 mg/dl ya confiere un cierto riesgo. Asimismo, cuantos más factores de riesgo se tengan, mayor es la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares.⁽³⁰⁾

EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD COMO FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

El exceso de peso y la obesidad son desórdenes metabólicos crónicos asociados con enfermedad cardiovascular y por lo tanto con la Insuficiencia cardíaca (IC), aumentando los porcentajes de morbilidad y mortalidad. Una persona se considera obesa si su peso (kilogramos) dividido por el cuadrado de su talla (metros²) supera 30 y con sobrepeso si supera 25kg/m². A este número se le llama índice de masa corporal.

Para satisfacer las necesidades metabólicas en el sobrepeso y la obesidad, aumenta el volumen de sangre circulante, el volumen plasmático y el gasto cardíaco. El aumento en el volumen de sangre a su vez aumenta el retorno venoso, produciendo en un futuro dilatación de las cavidades cardíacas, aumentando la tensión parietal. Esto lleva a la hipertrofia ventricular izquierda que se acompaña por una disminución en la compliance del Ventrículo izquierdo (VI), produciendo un aumento de la presión de fin de diástole del VI (mayor consumo de oxígeno miocárdico y agrandamiento ventricular). El VI se adapta manteniendo la función sistólica conservada. Hasta que en forma progresiva acontece la dilatación ventricular, la tensión de la pared aumenta más aun y la disfunción sistólica se presenta. La HTA, la hipertensión pulmonar y la EC ocurren desproporcionadamente con una elevada frecuencia en los individuos obesos y pueden causar alteraciones en la función y estructura cardíaca. El riesgo de muerte súbita cardíaca también se aumenta en la obesidad.

(30)

Aunque ningún estudio a la fecha ha probado que la reducción de peso corporal en forma intencional aumenta la sobrevida, una fuerte evidencia indica que esa pérdida de peso en los pacientes con sobrepeso y en los obesos reduce los factores de riesgo para la Diabetes (DBT) y la Enfermedad coronaria (EC).⁽³⁰⁾

ROL DEL POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ

La Policía Nacional del Perú es una institución del Estado que tiene por misión garantizar, mantener y restablecer el orden interno, prestar protección y ayuda a las personas y a la comunidad, garantizar el cumplimiento de las leyes y la seguridad del patrimonio público y privado, prevenir, investigar y combatir la delincuencia; vigilar y controlar las fronteras; con el propósito de defender a la sociedad y a las personas, a fin de permitir su pleno desarrollo, en el marco de una cultura de paz y de respeto a los derechos humanos.

Policía moderna, eficiente y cohesionada al servicio de la sociedad y del Estado, comprometida con una cultura de paz, con vocación de servicio y reconocida por su respeto irrestricto a la persona, los derechos humanos, la Constitución y las leyes, por su integración con la comunidad, por su honestidad, disciplina y liderazgo de sus miembros.

Se le denomina policía indistintamente del grado que tengan, que puede ser suboficial si se estudió la carrera solo en tres años y oficial si además de los tres años se complementaron con carreras universitarias de cinco años. Ambos desarrollan actividades de acuerdo a su grado, es así que en los suboficiales se encargan de las labores de patrullaje, vigilancia continua dentro de su jurisdicción y labores administrativas principalmente. Son ellos quienes laboran mayormente en las distintas comisarías distribuidas en toda la nación.

La finalidad fundamental de la Policía Nacional del Perú es garantizar, mantener y restablecer el orden interno. Presta protección y ayuda a las

personas y a la comunidad. Garantiza el cumplimiento de las leyes y la seguridad del patrimonio público y del privado. Previene, investiga y combate la delincuencia. Vigila y controla las fronteras.

Son funciones de la Policía Nacional del Perú las siguientes:

- Mantener la seguridad y tranquilidad públicas para permitir el libre ejercicio de los derechos fundamentales de la persona consagrados en la Constitución Política del Perú.
- Prevenir, combatir, investigar y denunciar los delitos y faltas previstos en el Código Penal y leyes especiales, perseguibles de oficio; así como aplicar las sanciones que señale el Código Administrativo de Contravenciones de Policía.
- Garantizar la seguridad ciudadana. Capacita en esta materia a las entidades vecinales organizadas.
- Brindar protección al niño, al adolescente, al anciano y a la mujer que se encuentran en situación de riesgo de su libertad e integridad personal, previniendo las infracciones penales y colaborando en la ejecución de las medidas socioeducativas correspondiente.
- Investigar la desaparición de personas naturales.
- Garantizar y controlar la libre circulación vehicular y peatonal en la vía pública y en las carreteras, asegurar el transporte automotor y ferroviario, investigar y denunciar los accidentes de tránsito, así como llevar los registros del parque automotor con fines policiales, en coordinación con la autoridad competente.
- Vigilar y controlar las fronteras, así como velar por el cumplimiento de las disposiciones legales sobre control migratorio de nacionales y extranjeros.

- Brindar seguridad al Presidente de la República en ejercicio o electo, a los Jefes de Estado en visita oficial, a los Presidentes de los Poderes Públicos y de los organismos constitucionalmente autónomos, a los Congresistas de la República, Ministros de Estado, así como a diplomáticos, dignatarios y otras personalidades que determine el reglamento de la presente Ley.
- Cumplir con los mandatos escritos del Poder Judicial, Tribunal Constitucional, Jurado Nacional de Elecciones, Ministerio Público y de la Oficina Nacional de Procesos Electorales, en el ejercicio de sus funciones.
- Participar en la seguridad de los establecimientos penitenciarios, así como en el traslado de los procesados y sentenciados de conformidad con la ley.
- Participar en el cumplimiento de las disposiciones relativas a la protección y conservación de los recursos naturales y del medio ambiente, la seguridad del patrimonio arqueológico y cultural de la Nación.
- Velar por la seguridad de los bienes y servicios públicos, en coordinación con las entidades estatales correspondientes.
- Participar en la Defensa Nacional, Defensa Civil y en el desarrollo económico y social del país.
- Ejercer la identificación de las personas con fines policiales.
- Ejercer las demás funciones que se señalen la Constitución y las leyes. ⁽³¹⁾

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SALUD OCUPACIONAL

Promoción de la Salud, bienestar y prevención de Enfermedades:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud como un “estado de bienestar físico, mental y social completo, no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia” (OMS, 1947). Los puntos de vista de salud de los individuos pueden variar entre diferentes grupos de edad, sexo, raza y cultura (Pender, 1996). Dentro de los objetivos específicos de los Lineamientos de Política Sectorial 2002 – 2012; expone promover conductas y estilos de vida saludable en todos los grupos atareos de la población, evitando el impacto negativo de la carga de la enfermedad en el desarrollo integral de la personas, familias y sociedad. La promoción de la salud es el conjunto de actividades que se realiza con el propósito lograr un mayor nivel de bienestar de salud de la persona, familia, el grupo y la comunidad. La promoción de salud debe brindarse a cualquier persona, independientemente de su edad y su estado de salud; existen diferentes programas de promoción de la salud como programas de cambio de estilo de vida y conducta que requieren la participación del individuo y están dirigidos a reforzar y prolongar la calidad de vida.

Cada vez los cuidados sanitarios se centran en la promoción de la salud, el bienestar y promoción de enfermedades; las actividades de promoción de salud como el ejercicio habitual y una buena nutrición, ayudan a mantener a los clientes a mantener o mejorar su situación de salud actual. La educación del bienestar enseña a las personas a cuidar de sí mismas de manera saludable e incluye temas como el conocimiento físico, el control del estrés y la autorresponsabilidad. Se ha descrito el bienestar

como el proceso continuo y dinámico de esfuerzo para conseguir una salud óptima (Plawecki, 1997).

Las actividades de promoción ayudan a actuar de manera positiva para alcanzar estado de salud más estable. Las estrategias de bienestar están diseñadas para ayudar a las personas a conseguir comprensión y un control nuevo de sus vidas. Las actividades de prevención de enfermedades motivan a las persona a evitar descensos en los aspectos de salud o funcionales.

Las elecciones de estilos de vida positivos y la evitación de elección de estilos negativos también desempeñan un papel en la prevención de enfermedades (Northam, 1996). La comprensión de los factores de riesgo, la conducta, la modificación de factores de riesgo y la modificación del comportamiento son componentes integrales de la promoción de salud, bienestar y prevención de enfermedades. ⁽³²⁾

Rol de la enfermera en la salud ocupacional

Enfermería es una profesión joven con gran necesidad de reforzar su identidad y sistematizar un cuerpo específico de conocimientos que les permita desarrollar una práctica que responda a las necesidades reales de la salud de la población.

Alrededor del siglo XX, Enfermería era vista como no científica y sus acciones estaban basadas en la intuición. Luego, el saber y la práctica de enfermería como disciplina, tuvieron como bases, las técnicas y los procedimientos curativos que fueron los primeros instrumentos que la enfermera utilizó para dar el cuidado de enfermería. Dichos

procedimientos se desarrollaron en las décadas del 30,40 y 50 para pasar a organizar los principios científicos que deben normar la práctica.

Más adelante, en la década del 60, por la predominancia de la enfermería occidental (USA), se iniciaron los esfuerzos por conocer la naturaleza de enfermería (propio de un proceso de crecimiento cuando se trata de profesiones jóvenes), surgiendo así los marcos de referencia de enfermería, cuyos componentes iniciales hacen énfasis en lo biológico, sustentado por las ciencias bio-naturales.

Luego, a inicios de la década del 70, estos componentes se nutren de las ciencias psicológicas y sociales, lo que está permitiendo en el Modelo de Atención de Enfermería un alejamiento del predominio del Modelo de Atención Médica para centrarse en aspectos de adaptación psicológica del hombre dándose así lugar al nacimiento de teorías de enfermería: Teoría de Adaptación, de Roy; Teoría Sinergista, de Brodt; Teoría de alcance de objetivos; de King; Teoría de necesidades básicas, de Horta; Teoría holística, de Levine; Teoría de Autocuidado, de Orem y otras. ⁽³³⁾

Estas teorías tienen influencias en el saber (estudio y formación profesional) y en el quehacer de enfermería (la práctica profesional), por lo cual se observa, un cambio en los modelos o formas de atención a las personas. En los servicios de salud se observa que algunas enfermeras asean a los pacientes, otras medican y otras escasamente atienden sus necesidades adaptativas, espirituales y sociales, sin embargo, este modelo de atención fraccionado está cambiando por un modelo de atención “integrado”, es decir, por uno que considera al ser humano como una unidad bio-psico-social.

En el ambiente ocupacional, las enfermeras ya no sólo atienden la herida, el golpe o el dolor de cabeza u oído del trabajador, sino además, atienden el estado de ánimo, la preocupación, la sobrecarga física y psicológica que pueda padecer dicho trabajador.

De otro lado, el aporte del Materialismo Histórico y Dialéctico en América Latina está permitiendo a la enfermera comprender la problemática de enfermedad del hombre, es estudio y el análisis de la influencia de lo social y lo económico en el proceso salud-enfermedad, superando en enfoque biologista, multicasual y ecológico. Muchos consideran que las enfermedades diarreicas y el cólera, se producen sólo por microorganismos que ingresan al organismo por falta de higiene y limpieza y/o por el descuido de personas, dándose como solución única medicinas y educación sanitaria; sin embargo, cuando se profundiza en lo socio-económico, vemos que las condiciones reales de existencia de los niños o personas que sufren dichas enfermedades son infrahumanas porque pertenecen a una clase social baja carente de recursos para subsistir, propia de una sociedad dependiente y en aguda crisis.

Las Enfermeras en Salud Ocupacional con el aporte de las Ciencias Sociales, entre ellas, la Sociología, la Antropología, la Administración, les permiten explicar por ejemplo que los accidentes de trabajo atribuibles a actos inseguros (operar sin permiso, o no usar implementos de protección y otros) tienen generalmente de su verdadero origen en factores relacionados con la organización del trabajo o como condiciones técnicas en que éste se ejecute. Así tenemos, los turnos rotativos y/o nocturnos producen perturbaciones del sueño y de la función digestiva, alteraciones nerviosas y marginación familiar y social, todo lo cual puede llevar al

trabajador a tomar tranquilizantes, estimulantes o alcohol, predisponiéndolo a sufrir accidentes y si agregamos los estilos de vida y el ambiente de vida familiar y comunal precarias, los factores de riesgo se complican y el riesgo se agudiza.

Lo expuesto, sirve para visualizar un nuevo enfoque de análisis e interpretación de causalidad de los accidentes de trabajo y por lo tanto para buscar formas alternativas y humanas de prevención.

La Enfermería en Salud Ocupacional es el campo en el cual la Enfermera establece una relación de confianza y ayuda con el trabajador que permite promover su salud, prevenir los daños provenientes de su entorno social (trabajo, vivienda y comunidad) y participar en su recuperación y rehabilitación, utilizando para todo ello la metodología de enfermería. Siendo su propósito el brindar atención de enfermería basada en Modelos Innovadores que considere al trabajador como ser bio-psico-social, a su familia y a la sociedad en su conjunto.

En esta interrelación, el trabajador se transforma positivamente adquiriendo conciencia de la importancia de su autocuidado, hecho que a la vez transforma a la enfermera en más humana y más científica.

Dentro de los objetivos de la Enfermería en la Salud Ocupacional se encuentran:

- Lograr que el trabajador y su familia participen en recuperar y rehabilitar la salud perdida, en prevenir daños ocupacionales y otras molestias,

poniendo en práctica pautas y hábitos (autocuidado) que ayuden a elevar su calidad de vida.

- Lograr que el trabajador cuente con un ambiente libre de riesgos
- Participar en la reducción significativa de las tasas e índices de los daños ocupacionales de trabajadores según diferentes formas de inserción ocupacional.
- Promover en el empresario la internalización de que la salud del trabajador es valor de alta calidad debiendo ser preservada en su entorno social.
- Proponer lineamientos de políticas y recomendaciones que favorezcan la salud de los trabajadores

Para definir las actividades a realizar propuestas por la Enfermera en la Salud Ocupacional dentro de su plan de trabajo precedido por una valoración y sus respectivos diagnósticos de Enfermería dentro del marco de la salud ocupacional teniendo los conocimientos suficientes para redactarlos según el tipo de trabajo de su sujeto de cuidado y teniendo en cuenta sus principales factores de riesgo a los cuales está inéditamente expuesto, se deben tomar demás funciones de Enfermería: de investigación, administrativas, asistencial y de docencia para los cuales ella ha sido preparada científica y humanísticamente. ⁽³⁴⁾

Sujeto de Atención de la Enfermería en la Salud Ocupacional

Existe un interés creciente de las enfermeras en general y de empresas en particular, de obtener aportes teóricos y enfoques innovadores que les permita una mejor identificación y caracterización del sujeto de atención a fin de brindarles un cuidado que responda a sus necesidades reales.

En el momento actual el sujeto de atención o TRABAJADOR (A), es conceptualizado como el ser humano hombre o mujer, concebido en su naturaleza por la integridad física, psíquica y social, caracterizado por su género, susceptible de enfermar, de morir o de gozar de salud según sea su forma de incorporación en el proceso productivo, sus condiciones de vida en una sociedad históricamente determinada.

Siendo el trabajador una totalidad bio-psico-social solo para fines de un mejor análisis, una de sus dimensiones más importantes es la biológica en la cual el trabajador como especie y como individuo es considerado un organismo cuya acción está estructuralmente limitada con respuestas reflejas y movimientos mecánicos, posee un potencial de impulsos cuyo control puede perderse por variadas causas todo lo cual es posible definir desde una perspectiva social que le da sentido a su existencia.

El estudio de indicadores como la edad y el sexo, pueden considerarse valiosos para explicar su influencia en algunos daños ocupacionales, pero el análisis de estos indicadores, por sí solos son poco relevantes sino se asocian a los aspectos psicológicos y a las condiciones sociales en que se producen estos daños. ⁽³⁵⁾

Campo de acción de la Enfermería en Salud Ocupacional

La Enfermería en Salud Ocupacional nace en la historia con la con la Revolución Industrial, el trabajo de la enfermera se inicia en la fábrica con el fin de dar atención esencialmente a trabajadores accidentados y aquellos que presentaban sintomatología aguda, dichas acciones se realizaban en un ambiente pequeño de la fábrica.

Hoy en día el espacio de la enfermera se ha ampliado muchísimo y no solo está limitado, también su quehacer profesional abarca más allá del consultorio, la enfermera se traslada hacia el mismo lugar de trabajo de su sujeto de cuidado donde este realiza sus tareas pues es ahí donde ella puede observar los factores de riesgos a los cuales ellos están expuestos así como valorar las necesidades de salud que puedan necesitar. ⁽³⁶⁾

G. Definición Operacional de Términos

Estilos de Vida: Es el conjunto de actividades que refieren realizar los policías con relación a su alimentación, actividad física, autocuidado de su salud, consumo de bebidas y tabaco, descanso y sueño en la prevención de la obesidad y enfermedades

Índice de Masa Corporal: Es el indicador antropométrico que resulta de la razón entre el peso corporal expresado en kilogramos y la talla expresada en metros elevada al cuadrado expresado en metros que permite valorar el estado nutricional que tienen los policías que laboran en las comisarías.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. Tipo, Nivel y Método de Estudio.

El presente estudio es de nivel aplicativo debido a que se proponen mejoras dentro de una realidad concreta, tipo cuantitativo ya que permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica, generalmente con ayuda de herramientas del campo de la estadística, método descriptivo de corte transversal porque permite presentar los datos tal como se suscitan en un determinado tiempo y espacio.

B. Descripción del Área de Estudio

El presente estudio se realizó en la Comisaría de la Policía Nacional del Perú “Alfonso Ugarte”, Sub Unidad de la División Territorial Centro que a su vez pertenece a la Séptima Dirección Territorial de Policía–Lima, de la Policía Nacional del Perú , Ubicada en la Avenida Alfonso Ugarte cuadra N° 13, distrito de Cercado de Lima. Cuenta con un total de 125 Suboficiales entre hombres y mujeres egresados de la Escuela de la Policía Nacional del Perú y un Oficial Alférez quien supervisa el trabajo que se realiza en la comisaría en conjunto con el Suboficial Comisario.

En cuanto a su infraestructura cuenta con oficinas para el recojo de datos administrativos así como de investigación.

Además cuenta con una pensión donde los policías pueden descansar durante sus guardias nocturnas y un comedor “Rancho” donde se les brinda desayuno, almuerzo y cena financiado por el Estado Peruano, el menú es variado pero este no se encuentra supervisado por ningún profesional de la salud, el presupuesto es manejado solo por un personal de cocina.

La rutina de trabajo es a partir de las 6:00 de la mañana en un turno de 24 horas continuas con 24 horas posteriores de descanso, con la opción de trabajar horas adicionales de manera particular.

C. Población

La población total se encuentra conformada por ciento veinticinco (125) Suboficiales de la Policía Nacional del Perú quienes laboran en la Comisaría “Alfonso Ugarte” en el distrito de Cercado de Lima.

Dentro de los criterios de inclusión solo hemos tomado en cuenta a los Suboficiales de la Policía Nacional de sexo masculino quienes se encuentren activos en sus labores policiales en la Comisaría “Alfonso Ugarte” y que además acepten participar en el presente estudio.

Los criterios de exclusión fueron los Suboficiales de la Policía Nacional del Perú quienes laboren en dicha Comisaría del sexo femenino y los policías que no deseen participar en el estudio.

D. Técnicas o Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista con el objetivo de obtener datos, los mismos que fueron recogidos utilizando como instrumento un cuestionario el mismo que tuvo la siguiente estructura: presentación, instrucciones, datos generales y contenido (Ver ANEXO "A").

La Validez de contenido y constructo del instrumento se realizó a través del Juicio de Expertos; conformado por dos médicos, cuatro enfermeras y dos nutricionistas. Se aplicó la Prueba Binomial para establecer el grado de concordancia. (Ver ANEXO "C"). Además para la variable de IMC se empleó una balanza y un tallímetro para adultos mediante los cuales se pesó y talló a cada uno de los policías que participaron en el estudio. Posteriormente se realizó la prueba piloto mediante la cual se determinó la Validez y Confiabilidad estadística del instrumento (Ver ANEXO "D").

E. Proceso de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos

Para llevar a cabo el estudio de investigación se solicitó la autorización oficial de la Comisaría a través de un oficio de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos. La recolección de datos se realizó en la misma Comisaría a las 6:30 a.m posterior al saludo a la bandera y la marcha rutinaria de la Institución previa coordinación con el Oficial Alférez, dicha recolección se llevó a cabo durante el mes de diciembre en el horario establecido de 6:30 a 10.00 a.m. durante cuatro días laborales.

F. Plan de Análisis e Interpretación de Datos

Luego de recolectado los datos, estos fueron procesados de forma manual previa elaboración del libro de códigos (Ver ANEXO “E”) asignando a la respuesta correcta el valor de 1 punto y 0 a la incorrecta. Para la presentación de resultados se utilizarán cuadros y gráficos estadísticos correspondientes; para el análisis e interpretación de la información obtenida se utilizó el marco teórico.

Estilos de Vida:

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Estilos de Vida No Saludable: | 0 – 5 puntos. |
| Estilos de Vida Saludable: | 6 – 13 puntos. |

Estilos de Vida en la Dimensión Alimentación:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Estilos de Vida No Saludable: | 0 - 2 puntos. |
| Estilos de Vida Saludable: | 3 - 6 puntos. |

Estilos de Vida en la Dimensión Actividad física:

| | |
|-------------------------------|---------------|
| Estilos de Vida No Saludable: | 0 - 1 puntos. |
| Estilos de Vida Saludable: | 2 puntos. |

Estilos de Vida en la Dimensión Controles médicos:

| | |
|-------------------------------|-----------|
| Estilos de Vida No Saludable: | 0 puntos. |
|-------------------------------|-----------|

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

Estilos de Vida en la Dimensión Consumo de sustancias nocivas:

Estilos de Vida No Saludable: 0 - 1 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 2 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Descanso y sueño:

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

G. Consideraciones éticas

Dentro de las consideraciones éticas se tomó en cuenta la autorización del Señor Comisario Jefe de la Comisaría “Alfonso Ugarte” para realizar el estudio. Así como el consentimiento informado previa información verbal que se hizo llegar al personal de la Policía explicándole que los datos que aporte serían estrictamente confidenciales y de uso exclusivo para la investigación.

De esta manera, en el estudio se hace uso de la bioética dentro del principio de la autonomía mediante el consentimiento informado, el cual consiste en la explicación verbal acerca de los objetivos generales así como la confidencialidad de los datos que se obtengan de los sujetos de estudio, para a continuación solicitarle su aprobación evidenciado en su participación en el mismo.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de la recolección y procesamiento de los datos, los resultados se presentaron en cuadros y/o gráficos estadísticos, para su respectivo análisis e interpretación.

A. Resultados

1. DATOS GENERALES

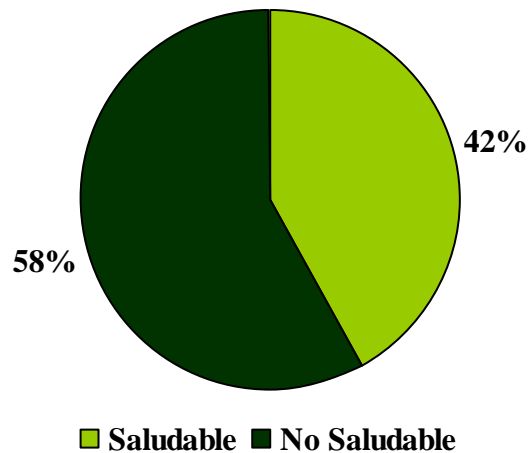
Del total de policías encuestados y evaluados 95 (100%), se tiene que 61 (64%) se encuentran dentro del rango de 20 a 40 años mientras que 34 (36%) se encuentran en el rango de edad de 41 a 60 años. (Ver ANEXO "F").

Así encontramos que 47 policías (49%) tienen un acumulado entre 24 a 72 horas de trabajo a la semana, 37 (39%) de 71 a 96 horas y 11 (12%) de los encuestados manifiesta realizar más de 96 horas de trabajo a la semana aproximadamente. (Ver ANEXO "G").

También podemos encontrar que dentro de los policías encuestados se encuentra que la mayoría, 46 (48%) realiza labor de tipo patrullaje, 42 (44%) realiza labores administrativas y 6 (6%) realiza labor de tipo vigilancia dentro de la jurisdicción de la comisaría. (Ver ANEXO "H").

2. DATOS ESPECÍFICOS

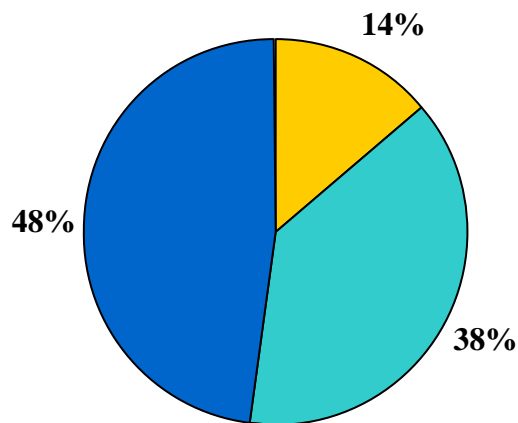
GRÁFICO N° 1
ESTILOS DE VIDA DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN LA
COMISARÍA ALFONSO UGARTE
LIMA – PERÚ
2012



Fuente: Cuestionario aplicado a los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

En el Gráfico N° 1 acerca de los Estilos de Vida que tienen los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte se observa que de un total de 95 policías (100%), 55 (58%) de los Policías mantienen un estilo de vida no saludable, mientras que 40 (42%) mantienen uno saludable.

GRÁFICO N° 2
ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE LOS POLICÍAS
QUE LABORAN EN LA COMISARÍA
ALFONSO UGARTE
LIMA – PERÚ
2012

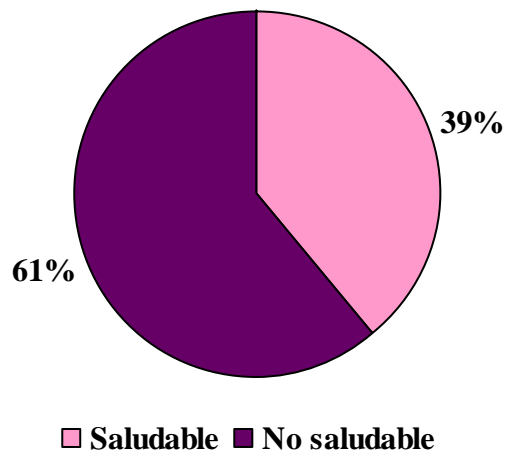


■ Normal ■ Sobrepeso ■ Obesidad grado 1

Fuente: Medición del índice de masa corporal de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

En el Gráfico N° 2 acerca del Índice de masa corporal de los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte se observa que de un total de 95 Policías (100%), 46 (48%) presenta un IMC de Obesidad grado I, 36 (38%) presentan Sobrepeso y 13 (14%) presenta un IMC Normal.

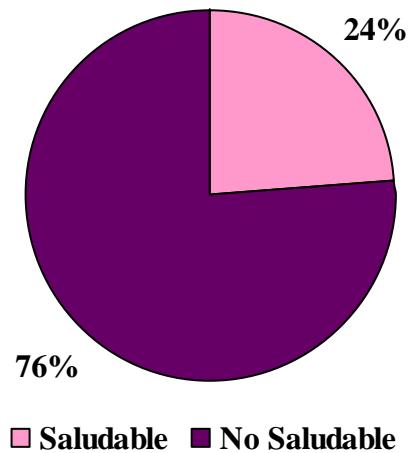
GRÁFICO Nº 3
ESTILOS DE VIDA DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN LA
COMISARÍA ALFONSO UGARTE EN RELACIÓN
A LA ALIMENTACIÓN
LIMA – PERÚ
2012



Fuente: Cuestionario aplicado a los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

En el Gráfico Nº 3 acerca de los estilos de vida de los Policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte con respecto a la alimentación se observa que de un total de 95 policías (100%), 58 (61%) tiene estilos no saludables, mientras que 37 (39%) tiene estilos saludables.

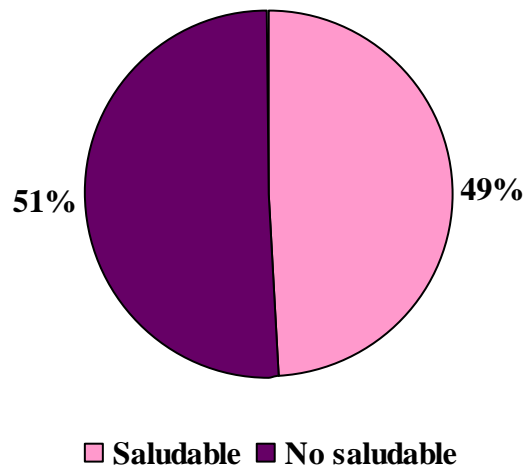
GRÁFICO Nº 4
ESTILOS DE VIDA DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN LA
COMISARÍA ALFONSO UGARTE EN RELACIÓN
A LA ACTIVIDAD FÍSICA
LIMA – PERÚ
2012



Fuente: Cuestionario aplicado a los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

En el Gráfico Nº 4 acerca de los estilos de vida de los Policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte con respecto a la actividad física se observa que de un total de 95 policías (100%), 72 (76%) tienen estilos no saludables, mientras que 23 (24%) tienen estilos saludables.

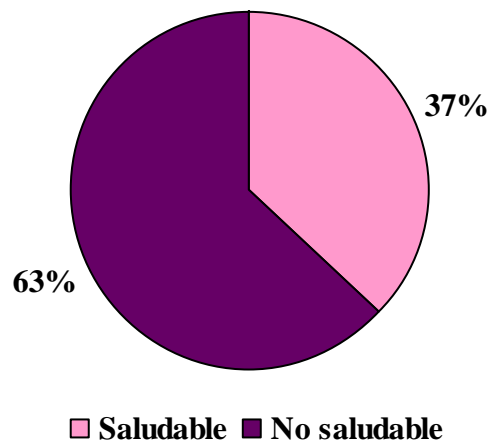
GRÁFICO N° 5
ESTILOS DE VIDA DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN LA
COMISARÍA ALFONSO UGARTE EN RELACIÓN
A LA ASISTENCIA A CONTROLES MÉDICOS
LIMA – PERÚ
2012



Fuente: Cuestionario aplicado a los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

En el Gráfico N° 5 acerca de los estilos de vida de los Policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte con respecto a la asistencia a los controles médicos se observa que de un total de 95 policías (100%), 48 (51%) no asisten, mientras que 47 (49%) asisten a sus controles médicos.

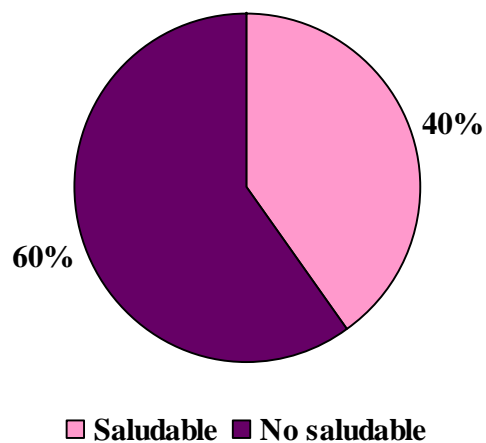
GRÁFICO Nº 6
ESTILOS DE VIDA DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN LA
COMISARÍA ALFONSO UGARTE EN RELACIÓN
AL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS
LIMA – PERÚ
2012



Fuente: Cuestionario aplicado a los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

En el Gráfico Nº 6 acerca de los estilos de vida de los Policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte con respecto al consumo de sustancias nocivas se observa que de un total de 95 policías (100%), 60 (63%) no son saludables, mientras que 35 (37%) son saludables.

GRÁFICO Nº 7
ESTILOS DE VIDA DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN LA
COMISARÍA ALFONSO UGARTE EN RELACIÓN
AL DESCANSO Y SUEÑO
LIMA – PERÚ
2012



Fuente: Cuestionario aplicado a los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

En el Gráfico Nº 7 acerca de los estilos de vida de los Policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte con respecto al descanso y sueño se observa que de un total de policías 95 (100%), 57 (60%) son no saludables, mientras que 38 (40%) son saludables.

B. Discusión de Resultados

Al respecto de los resultados del Gráfico N° 1, la OMS refiere que siendo los estilos de vida, un conjunto de patrones de comportamiento identificables y relativamente estables en el individuo o en una sociedad determinada que resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona, es importante distinguir y precisar las conductas de riesgo que producen mayor susceptibilidad a enfermar, entre estas se observa la alimentación no balanceada, la ausencia de realización de actividad física, el consumo de sustancias nocivas, la falta de interés en la asistencia a los controles médicos y la disminución en el número de horas destinadas al descanso y sueño necesario que requiere la persona. De esta forma, los estilos de vida no saludables influyen en el estado general de la persona, condicionando la tendencia a elevar los factores de riesgo de la población a desarrollar obesidad, diabetes mellitus insulino dependiente y posteriormente sus complicaciones, como son la enfermedad isquémica del corazón, la hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio, entre otras patologías.

Por el contrario, las conductas orientadas hacia la conservación de la salud generan o producen estilos de vida saludables; de esta manera se estará previniendo efectivamente enfermedades de tipo crónicas no contagiosas como son primordialmente las cardiovasculares y sus principales factores desencadenantes como son el sobrepeso y la

obesidad, manteniendo así la calidad de vida y de salud que idealmente debe tener la persona.

Por lo anteriormente mencionado se deduce que la mayoría de los Policías tienen un estilo de vida no saludable, lo cual se convierte en un factor de riesgo que condiciona a elevar la tendencia de esta población a desarrollar enfermedades crónicas como el sobrepeso y la obesidad y posteriormente enfermedades cardiovasculares y dentro de ellas: la hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio y las várices de miembros inferiores que son patologías cuya incidencia en la población de la policía se ha ido incrementando en los últimos años, disminuyendo su calidad de vida. Es así que el rol de la Enfermera en salud ocupacional dentro de sus actividades preventivo promocionales debe educar a la población de la policía mediante sesiones educativas periódicas para aumentar los estilos de vida saludables para que puedan cuidar de su salud y su vida.

De acuerdo con los resultados del Gráfico N° 2, la Organización mundial de la salud (OMS) refiere que el Índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico del estado nutricional. Este indicador, el cual es la razón entre el peso (Kg) y la talla al cuadrado expresada en metros, es recomendable aplicarlo a las personas entre 20 y 60 años de edad durante los controles médicos debido a la asociación existente entre un IMC elevado y la aparición de enfermedades cardiovasculares y endocrinas como la diabetes mellitus.

De esta manera, un IMC de 25 a 29.99 representa un grado de Sobrepeso, de 30 a 39.99 un grado de Obesidad grado I y mayor de 40 un

grado de Sobrepeso tipo II u obesidad mórbida. Lo cual predispone a la persona a desarrollar diferentes tipos de patologías y complicaciones a largo plazo.

En las sociedades occidentales, el peso corporal aumenta con la edad en ambos sexos. La obesidad es mucho más frecuente durante la adultez debida a los excesos que puede tener la persona con respecto a las comidas y la poca actividad física que desarrolla ya que existen la falta de tiempo por el trabajo y las preocupaciones familiares.

Así mismo, la OMS menciona que cuando el IMC en la persona disminuye, se podría deslindar de los riesgos a presentar enfermedades cardiovasculares como la hipertensión arterial, el infarto agudo de miocardio, así como las endocrina y dentro de ellas la diabetes mellitus tipo 2, convirtiéndose de esta manera en un factor protector para su salud evidenciando una mejora en su calidad de vida.

Estos resultados se contrastan con los encontrados por el antecedente de JESSICA MONJE DI NATALE probablemente porque la edad también sea un factor para la constancia en un índice de masa corporal dentro de los valores normales, la población joven mantiene ciertos factores protectores los cuales irán disminuyendo conforme la persona gane edad. Corroborando que el aumento del índice de masa corporal no solamente es producto de una alimentación no saludable, sino que además existen otros factores como características individuales como la edad y otros dentro del contexto del estilo de vida

Por todo lo anteriormente mencionado se puede deducir que la gran mayoría de los Policías presenta un IMC por encima de los valores en donde éste se considera normal, es decir mayor a 25 en la escala propuesta por la OMS, siendo los más resaltantes en la población estudiada los tipos Obesidad grado 1 y Sobrepeso, lo cual predispone a esta población a desarrollar enfermedades cardiovasculares principalmente.

Referente a los resultados del Gráfico N° 3, O. Gilles menciona que la alimentación en la edad adulta se debe enfocar en mantener la salud con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades, mediante el seguimiento de una dieta variada, sana y equilibrada de acuerdo con la edad, sexo y actividad física de la persona. Consumir una buena variedad de alimentos no sólo diariamente sino a largo plazo.

El organismo humano necesita más de 100 nutrientes diferentes y ningún alimento los contiene todos. Una buena variedad ayuda a asegurar que se reciban los nutrientes necesarios para mantener una adecuada salud. Por ello es importante el consumo de todo tipo de alimentos y dentro de ellos principalmente las carnes, tubérculos, menestras, frutas y verduras en una ración y frecuencia adecuadas para mantener las calorías necesarias según la actividad diaria que se realice, lo que conlleva a conservar un IMC dentro de los valores normales previniendo el sobrepeso y la obesidad a largo plazo.

El cuestionario aplicado reveló que un gran porcentaje de la población refirió consumir bocaditos, galletas, papitas, bebidas gaseosas y otros productos envasados con muchos preservantes y colorantes en una frecuencia considerable como diaria o Incendionario que en muchas

ocasiones reemplazan las comidas principales, lo cual suplanta el aporte proteico y calórico necesario de fuentes alimenticias adecuadas. Además la gran mayoría refirió consumir sus alimentos en la Pensión que tiene la institución, en donde el menú es variado pero no es individualizado y además no se encuentra a cargo de un profesional de salud para poder evaluar la calidad de la comida en cuanto al aporte nutricional.

Por todo lo mencionado se deduce que la gran mayoría evidencia un estilo de vida no saludable en relación a la alimentación y manifiesta el consumo excesivo de productos altamente calóricos y envasados lo que induce a un aumento de peso innecesario en la población, lo cual se ve reflejado en su índice de masa corporal.

Con respecto a los resultados del Gráfico N° 4, la teórica refiere que la actividad física abarca cualquier movimiento corporal realizado por los músculos esqueléticos que provoca un gasto de energía. La actividad física está presente en todo lo que una persona hace durante las 24 horas del día salvo dormir o reposar.

En el ejercicio físico el individuo obliga a trabajar a su organismo con el fin de disfrutar de una vida más sana y/o combatir determinadas dolencias o problemas de salud, además de prevenir enfermedades derivadas del sedentarismo.

Para entender las consecuencias que ejerce el sedentarismo sobre la salud humana, se debe reflexionar sobre el objetivo del diseño del organismo humano, que es el movimiento, el cual se produce gracias al trabajo muscular. Pero para que dicho trabajo ocurra, debe haber la

participación de todos los aparatos y sistemas del organismo que es para lo que están diseñadas. Así, los aparatos digestivo, respiratorio y cardiovascular y el sistema endocrino son los encargados de aportar oxígeno, agua y sustancias energéticas y reguladoras para que se produzca ese trabajo muscular; los aparatos respiratorio, cardiovascular y urinario y la piel eliminan del organismo los productos residuales procedentes de las reacciones energéticas que posibilitan el trabajo muscular, mientras que el sistema nervioso y los órganos de los sentidos recogen información la integran y dan las órdenes oportunas para que ese movimiento se realice en las mejores condiciones y de la forma más precisa posible.

De esta manera tenemos que las consecuencias de una vida sedentaria evidenciarán los resultados a largo plazo, en primera instancia en el aparato locomotor que se podría traducir en disminución de fuerza y consistencia de los huesos en la reducción de la masa y fuerza muscular, con atrofas o hipotrofas que pueden llevar a una menor movilidad o inmovilidad y a dolores de origen muscular, y en el descenso en la capacidad de movimientos de las articulaciones que puede llevar dolores de origen articular y quizá a la artrosis; sobre los aparatos cardiovascular y respiratorio se podrían traducir en una disminución de la aptitud para llevar a cabo las tareas de la vida cotidiana o su fracaso ante ellas con la aparición de enfermedades cardiovasculares; sobre el metabolismo energético, su escaso uso podría llevar a desequilibrios en el metabolismo de reposo, con acumulación de glucosa en la sangre, aumento de los lípidos en ella, incremento de la grasa corporal a lo que contribuye también la reducción de la masa muscular, y aumento de la tensión arterial; y sobre el resto de aparatos y sistemas podría dar lugar a una

disminución de su capacidad de funcionamiento, con la siguiente reducción de la calidad de vida de la persona.

Las personas sedentarias cuentan con una mayor mortalidad general y específica y con mayor riesgo relativo de muerte que las físicamente activas; quienes se dedican a profesiones sedentarias como las de tipo administrativa o en las cuales la persona mantiene por tiempo prolongado una posición estática con un menor porcentaje de dinamismo articular tienen una mayor mortalidad por enfermedades cardiovasculares que los individuos con profesiones con grandes demandas físicas; las personas inactivas en su tiempo libre presentan mayores tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y mayores tasas de la aparición de estas que aquellas personas que realizan actividades físico-deportivas en su tiempo libre. Las personas sedentarias tienen mayor riesgo de desarrollar obesidad que las físicamente activas y también cuentan con mayor riesgo de presentar diabetes insulino dependiente e hipertensión arterial evidenciado en un índice de masa corporal por encima de los valores normales. Lo cual es corroborado en el antecedente presentado por EUNICE RESÉNDIZ Y COL. En donde se señala que el sedentarismo influye indirectamente proporcional al índice de masa corporal.

Por lo mencionado se deduce que la mayoría no realiza actividad física o no la realiza en el tiempo y frecuencia suficiente para que se considere saludable, lo que evidencia tendencia al sedentarismo en la población quien e no se encuentra concientizada acerca de la importancia de la actividad física así como sus beneficios a corto y largo plazo.

En relación a los resultados del Gráfico N° 5, la teoría menciona que los controles médicos son consultas médicas periódicas que se establecen en el trabajador para que de esta forma se mantenga saludable o se detecte alguna irregularidad a tiempo para que así conserve su fuerza laboral, se mantenga saludable y brinde un buen servicio. Dichos controles son dirigidos por un personal de salud en donde se le realizan una serie de pruebas al trabajador para valorar integralmente su salud y dar un diagnóstico al finalizar.

Además los propios trabajadores pueden acudir a su seguro, en este caso el Hospital Nacional de la Policía cada vez que noten una irregularidad en su salud, es así que muchas veces los trabajadores descuidan controlar su salud asumiendo que no lo necesitan debido a que no presentan ninguna molestia, desconociendo que muchos tipos de patologías se desarrollan en forma silenciosa dentro de sus organismos y se vuelve sintomático cuando ya se encuentra en un grado avanzado.

Según las bases legales de la Policía Nacional del Perú, el policía debe realizarse un examen médico anual en el Centro de Reconocimiento Médico de la Policía, el cual es un examen integral por sistemas, los cuales son evaluados cada uno por un especialista, posteriormente los resultados son archivados en las historias clínicas correspondientes al Hospital Nacional de la Policía.

El cuestionario aplicado a los policías evidenció que dentro de la población que no asisten a sus controles médicos, la gran mayoría refiere no asistir “por falta de tiempo” o tal como se dijo anteriormente “porque me siento bien y no creo que sea necesario”, lo que muestra un desinterés y

descuido hacia su salud debido a que se espera a que el posible problema manifieste signos o síntomas para que la población tome conciencia y se preocupe cuando ya el problema se encuentra avanzado pudiendo hacer poco o nada para poder solucionarlo.

Por lo anterior mencionado se deduce que la mayoría no asiste a sus controles médicos y de esta forma no se realiza la prevención primaria con enfoque clínico en el policia, quien es el que se debe empoderar de su autocuidado, es por ello que desconoce los posibles problemas que pudiera presentar con respecto a su salud

Referente a los resultados del Gráfico N° 6, la teoría menciona que el alcohol etílico (etanol) es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades inflamatorias y degenerativas como el sobrepeso y la obesidad, entre otras, que pueden acabar con la vida de los sujetos que los sufren.

A nivel cardiovascular el consumo agudo da lugar a una reducción aguda de la función contráctil del corazón y a la aparición de arritmias cardíacas. Las alteraciones agudas de la función contráctil del corazón se deben a un efecto inotrópico negativo del etanol sobre el músculo cardíaco, pero este efecto suele quedar enmascarado por un efecto indirecto cronotrópico e inotrópico positivo secundario a la liberación de catecolaminas.

Es así que el alcohol se muestra como una sustancia tóxica para el organismo, no obstante se han realizado estudios donde se prescribe el

consumo de una copa de vino al día como un cardioprotector, pero esto aún no se encuentra validado científicamente, es por ello que solo se podría establecer como una herramienta protectora para quienes no presenten factores de riesgo para enfermedades coronarias.

El cuestionario aplicado a los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte reveló que dentro de los que consumen bebidas alcohólicas, la gran mayoría consume 4 a más copas de cerveza en una frecuencia de una a dos veces por semana, predisponiéndolos a diversas complicaciones derivadas del consumo de alcohol.

Por otro lado, el humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardíaco siendo los fumadores quienes tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores. Asimismo, el riesgo de padecer de alguna enfermedad cardiovascular en los fumadores es más del doble que en los no fumadores. El humo del tabaco también actúa con otros factores de riesgo para potenciar el riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria.

La exposición constante al humo de los fumadores (tabaquismo pasivo) también aumenta el riesgo de cardiopatía entre los no fumadores, de igual manera el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón.

El cuestionario aplicado a los Policías reveló que la gran mayoría de los que fuman cigarrillos lo hacen por cajetillas en una frecuencia de una o dos veces por semana.

Los resultados obtenidos se contrastan con los encontrados por el antecedente de EUNICE RESÉNDIZ Y COL. En donde la mayoría de la

población adulta refirió consumir alcohol y tabaco los cuales influyen directa e indirectamente respectivamente en el índice de masa corporal.

Por lo anterior mencionado se deduce que la gran mayoría de Policías evidencia un estilo de vida no saludable con respecto al consumo de sustancias nocivas lo cual pone en riesgo a los mismos de desarrollar problemas y complicaciones producto del consumo de alcohol y tabaco, sustancias que dañan los diferentes órganos y sistemas del organismo, favoreciendo el aumento de producción de placas ateroscleróticas en los vasos sanguíneos principales, disminuyendo la luz en ellos. Además del aumento de los triglicéridos en el plano subcutáneo evidenciando un estado de sobrepeso u obesidad, que es un factor de riesgo para el desarrollo de dichas patologías. De esta forma la persona se encontrará predispuesta a desarrollar enfermedades vasculares. Al respecto, el rol de la Enfermera en Salud Ocupacional en este caso, es el de promover la discontinuidad del consumo de sustancias nocivas dentro de los estilos de vida saludables mediante sesiones educativas acerca de las complicaciones derivadas del abuso de dichas sustancias.

Finalmente, de acuerdo con los resultados del Gráfico N° 7, Maslow refiere que el sueño es una necesidad básica que se debe cumplir para que el organismo se reponga de las actividades diarias que se realizan. Es un proceso fisiológico en donde interactúan componentes químicos propios de cuerpo para que generen una sensación de cansancio y de esta manera se le permita al cuerpo dormir. El tiempo adecuado para hacerlo varía según la edad y según la labor que se realiza diariamente, así tenemos que en el caso de las personas adultas se recomienda un aproximadamente de 6 a 8 horas de sueño diario para que de esta forma se regularice el metabolismo químico del organismo y los procesos

fisiológicos se realicen con normalidad de una manteniendo un ritmo circadiano saludable. De igual manera, el descanso es importante para recobrar energías gastadas durante el trabajo dependiendo de la actividad que realice durante el trabajo, de esta forma un personal administrativo o de oficina necesitará menos tiempo de descanso que una persona que realiza además de ello un esfuerzo físico.

El cuestionario aplicado a la muestra reveló que del número de policías que no duermen un número de horas necesarias para el descanso, la gran mayoría refirió “tener muchas labores en el trabajo por hacer” lo cual les imposibilitaba descansar apropiadamente.

Por lo anteriormente mencionado, se deduce que la gran mayoría tiene un descanso y sueño no saludables, de esta forma no mantienen un ritmo circadiano saludable así como un descanso inapropiado de acuerdo a la labor que realizan durante el trabajo que demanda un gasto de energía físico y mental.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. Conclusiones

- Los estilos de vida de los Policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte en su mayoría mantienen un estilo de vida no saludable.
- Sobre el índice de masa corporal los policías evidencian un alto riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares principalmente, debido a que la gran mayoría presenta un índice de masa corporal mayor a 30, clasificándose como Obesidad grado I.
- En relación a la alimentación se observa que la mayoría tiene estilos no saludables, de esta forma se evidencia y se contrasta con el índice de masa corporal que presentan los policías el cual es en su gran mayoría de obesidad grado I, además el instrumento aplicado reveló la preferencia de los mismos por el consumo de productos empaquetados tanto comestibles como líquidos los cuales suelen reemplazar las comidas principales
- Con respecto a la actividad física se observa que la gran mayoría tienen estilos no saludables, lo cual refleja el sedentarismo que mantienen los policías durante su vida laboral activa, disminuyendo las oportunidades de eliminar las calorías sobreagregadas durante el

consumo de una dieta hipercalórica con la posibilidad de generar un aumento en el índice de masa corporal.

- En relación a la asistencia a los controles médicos se observa que la mayoría no asisten a sus controles médicos. Aquellos refirieron no asistir “por falta de tiempo” o que se “sentían bien” debido a que por el momento no presentaban molestia alguna.
- Con respecto al consumo de sustancias nocivas se observa que la mayoría no son saludables, siendo el consumo de alcohol (cerveza) el prioritario en esta población.
- En relación al descanso y sueño se observa que la mayoría son no saludables, evidenciando un acumulado de horas de sueño por las noches menor a seis horas.

B. Limitaciones

- Los resultados y conclusiones sólo son válidos para la población de estudio.

C. Recomendaciones

- Que las autoridades del Hospital Nacional de la Policía, dentro de los programas de Prevención y Promoción de la Salud del Hospital Nacional de la Policía así como el Centro de Reconocimiento Médico de la Policía Nacional del Perú planifique y realice programas

educativos en relación al estado nutricional y estilos de vida saludables dirigidos a la población de la Policía Nacional del Perú, mejorando de esta forma la calidad de vida de los mismos en sus diferentes cargos y rangos.

- Realizar estudios similares de Investigación en policías de otras instituciones y rangos, asimismo con la policía de tránsito; a fin de establecer comparaciones en lo que respecta a los estilos de vida.

- La Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos debe tomar en cuenta a estos grupos poblacionales y realizar sus trabajos de investigación para así aportar mayor información sobre las deficiencias que existen en esta población puesto que la población ocupacional ha sido muy poco estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Estadísticas de los años 2008-2010. Citado el 6 de mayo de 2011. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>.
2. TERESA GUTIÉRREZ Y COLB. Instrumentos para la Evaluación de Estilos de Vida Saludable: actividad física y control de peso. Editorial Alianza S.A, Madrid. 2003. Pág. 67.
3. HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. Unidad de Estadística. Incidencia de Enfermedades Cardiovasculares de los años 2009 - 2011.
4. ALVAREZ FRANCISCO Y COL. Salud Ocupacional. Bogotá. 2006. Págs. 16-24.
5. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Enfermería en Salud Ocupacional. Perú. 1995 Págs. 21-30
6. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Enfermería en Salud Ocupacional. Perú. 1995 Págs. 30-37

7. RESÉNDIZ EUNICE, ROCHER MARTHA ELIA y AGUILERA PAULINA. “Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México”. México. 2009
8. MONJE DI NATALE JESSICA. “Hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal en los internos de Enfermería de la UNMSM, Lima – Perú. 2007”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.
9. PÉREZ PAZ LUCY. “La asociación entre los Estilos de Vida y el Riesgo Cardiovascular Global en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Nacional de la Policía del Perú L.N Sáenz 2008-2009”. [Estudio de Investigación para optar el título de Médico Endocrinólogo]. Lima – Perú. UNMSM. 2009.
10. CARRASCO CUSCANO LUIS. “Perfil epidemiológico del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en el Hospital Nacional Dos de Mayo de 1977 al 1999”. [Estudio de Investigación para

- optar el título de Maestría en Medicina]. Lima – Perú. UNMSM. 1999
11. CROBACHO KELLY y OTROS. “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus”. Lima – Perú. UPCH. 2009.
12. LLERENA ARREDONDO CECILIA. “Características de los estilos de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de quimioterapia ambulatoria en el INEN”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2004. Pág 18 y 19.
13. MAYA LUZ ELENA. Los Estilos de Vida. Componentes de la Calidad de Vida. Colombia. 1998.
14. GILLES BIBEAU, DUNCAN PEDERSEN Y CRISTINA PUENTES. Estilos de vida y sistemas culturales. Setiembre. 1985. Pág. 4
15. GILLES BIBEAU, DUNCAN PEDERSEN Y CRISTINA PUENTES. Estilos de vida y sistemas culturales. Setiembre. 1985. Pág. 5
16. A. STEWART Y COL. ABC de la nutrición. España. 1987

17. CERVERA PILAR. Alimentación y dietoterapia (Nutrición aplicada a la salud y enfermedad) 4ta edición. España 2002.
18. COMUNITY MANAGER. Agua – Medicina natural. [Citado el 26 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://exitonutricional.com/blog/salud/item/17-agua?tmpl=component&print=1>
19. LINARES D. Bases fisiológicas del movimiento humano. España. 2002.
20. LÓPEZ MERCEDES. Guía de práctica clínica. España. 2010. Págs. 1-29.
21. UNIDAD DE RECONOCIMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA. Asistencia al control médico anual. Perú. 2012
22. NORMAS LEGALES. Ley del Régimen Educativo de la Policía Nacional del Perú. Perú. 2012
23. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Alcohol y atención primaria de la salud. Washington D.C. EE.UU. 2008.
24. REVISTA MEXICANA DE CARDIOLOGÍA. Relación entre la ingestión de alcohol y desarrollo de cardiopatía isquémica. México. octubre-diciembre. vol. 14. número 4. 2003.

25. PINILLOS LUIS A. Y COL. Tabaquismo. Problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Enero-marzo. año/vol. 22. número 001. 2005.
26. VERNON W. FORTER. ¡Retorne a lo natural!. Argentina. Editorial Sudamericana. 1998. Págs. 219, 221, 222, 64, 71, 64.
27. INS. Normalización de indicadores alimentario nutricionales. Lima. 2006. Pág. 6.
28. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Factores de riesgo de Enfermedades Cardiovasculares: Nuevas esferas de la Investigación. España. 1994.
29. REVISTA SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular en trabajadores universitarios del Estado de México. vol. 51. nº 6. Cuernavaca. noviembre-diciembre. 2009
30. REVISTA INSUFICIENCIA CARDIACA. Sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular. vol. 2. nº 2. Argentina. 2007.
31. POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. Rol y funciones del Policía Nacional del Perú. [Citado 26 de Julio 2012]. Disponible en: <http://www.pnp.gob.pe/nosotros.html>

32. ALVAREZ FRANCISCO Y COL. Salud Ocupacional. Bogotá.
2006. Págs. 16-24.

33. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Enfermería en Salud
Ocupacional. Perú. 1995 Págs. 21-30

34. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Enfermería en Salud
Ocupacional. Perú. 1995 Págs. 31-37

35. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Enfermería en Salud
Ocupacional. Perú; 1995 Págs. 37-39

36. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Enfermería en Salud
Ocupacional. Perú. 1995 Págs. 40-45

BIBLIOGRAFÍA

MATERIAL BIBLIOGRÁFICO

1. A. STEWART Y COL. ABC de la nutrición. España. 1987
2. ALVAREZ FRANCISCO Y COL. Salud Ocupacional. Bogotá. 2006. Págs. 16-24.
3. CARRASCO CUSCANO LUIS. “Perfil epidemiológico del paciente con Infarto Agudo de Miocardio en el Hospital Nacional Dos de Mayo de 1977 al 1999”. [Estudio de Investigación para optar el título de Maestría en Medicina]. Lima – Perú. UNMSM. 1999
4. CERVERA PILAR. Alimentación y dietoterapia (Nutrición aplicada a la salud y enfermedad) 4ta edición. España 2002.
5. CROBACHO KELLY y OTROS. “Conocimiento y práctica de estilos de vida en pacientes con diabetes mellitus”. Lima – Perú. UPCH. 2009.
6. GILLES BIBEAU, DUNCAN PEDERSEN Y CRISTINA PUENTES. Estilos de vida y sistemas culturales. Setiembre. 1985. Pág. 4

7. GILLES BIBEAU, DUNCAN PEDERSEN Y CRISTINA PUENTES. Estilos de vida y sistemas culturales. Setiembre. 1985. Pág. 5
8. HOSPITAL DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. Unidad de Estadística. Incidencia de Enfermedades Cardiovasculares de los años 2009 - 2011.
9. INS. Normalización de indicadores alimentario nutricionales. Lima. 2006. Pág. 6.
10. LINARES D. Bases fisiológicas del movimiento humano. España. 2002.
11. LÓPEZ MERCEDES. Guía de práctica clínica. España. 2010. Págs. 1-29.
12. LLERENA ARREDONDO CECILIA. “Características de los estilos de vida de los pacientes sometidos al tratamiento de quimioterapia ambulatoria en el INEN”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2004. Pág 18 y 19.
13. MAYA LUZ ELENA. Los Estilos de Vida. Componentes de la Calidad de Vida. Colombia. 1998.

14. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Enfermería en Salud Ocupacional. Perú. 1995 Págs. 21-40
15. MONJE DI NATALE JESSICA. “Hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal en los internos de Enfermería de la UNMSM, Lima – Perú. 2007”. [Tesis para optar el título de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.
16. NORMAS LEGALES. Ley del Régimen Educativo de la Policía Nacional del Perú. Perú. 2012
17. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Alcohol y atención primaria de la salud. Washington D.C. EE.UU. 2008.
18. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Factores de riesgo de Enfermedades Cardiovasculares: Nuevas esferas de la Investigación. España. 1994.
19. PÉREZ PAZ LUCY. “La asociación entre los Estilos de Vida y el Riesgo Cardiovascular Global en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital Nacional de la Policía del Perú L.N Sáenz 2008-2009”. [Estudio de Investigación para optar el título de Médico Endocrinólogo]. Lima – Perú. UNMSM. 2009.

20. PINILLOS LUIS A. Y COL. Tabaquismo. Problema de salud pública en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Enero-marzo. año/vol. 22. número 001. 2005.
21. RESÉNDIZ EUNICE, ROCHER MARTHA ELIA y AGUILERA PAULINA. "Estilo de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas, México". México. 2009
22. REVISTA INSUFICIENCIA CARDIACA. Sobrepeso, obesidad y riesgo cardiovascular. vol. 2. nº 2. Argentina. 2007.
23. REVISTA MEXICANA DE CARDIOLOGÍA. Relación entre la ingestión de alcohol y desarrollo de cardiopatía isquémica. México. octubre-diciembre. vol. 14. número 4. 2003.
24. REVISTA SALUD PÚBLICA DE MÉXICO. Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular en trabajadores universitarios del Estado de México. vol. 51. nº 6. Cuernavaca. noviembre-diciembre. 2009
25. TERESA GUTIÉRREZ Y COLB. Instrumentos para la Evaluación de Estilos de Vida Saludable: actividad física y control de peso. Editorial Alianza S.A, Madrid. 2003. Pág. 67.
26. UNIDAD DE RECONOCIMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE LA POLICÍA. Asistencia al control médico anual. Perú. 2012

27. VERNON W. FORTER. ¡Retorne a lo natural! Argentina. Editorial Sudamericana. 1998. Págs. 219, 221, 222, 64, 71, 64.

MATERIAL VIRTUAL

37. COMUNITY MANAGER. Agua – Medicina natural. [Citado el 26 de Julio de 2012]. Disponible en: <http://exitonutricional.com/blog/salud/item/17-agua?tmpl=component&print=1>

38. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Estadísticas de los años 2008-2010. [Citado 6 mayo 2012]. Disponible en <http://www.minsa.gob.pe/portada/estadistica.asp>.

39. POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. Rol y funciones del Policía Nacional del Perú. [Citado 26 de Julio 2012]. Disponible en: <http://www.pnp.gob.pe/nosotros.html>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A: Instrumento

ANEXO B: Operacionalización de variables

ANEXO C: Tabla de Concordancia

ANEXO D: Tabla de Códigos

ANEXO E: Tabla Matriz sobre Estilos de Vida e Índice de Masa Corporal

ANEXO F: Medición de la Variable Estilos de Vida

ANEXO A

INSTRUMENTO

I. INTRODUCCIÓN:

Buenos días Señor Policía Nacional del Perú, soy la Srta. Vanessa Cárdenas García, soy alumna del 5to año de Enfermería de la UNMSM; el presente cuestionario tiene como objetivo identificar los Estilos de vida y el Índice de masa Corporal que tiene Ud. a fin de proponer un programa de orientación al respecto y contribuir a mejorar su calidad de vida.

Le agradezco que responda con seriedad y sinceridad; le aseguramos que la información que brinde será de carácter **ANÓNIMA**.

II. DATOS GENERALES:

1. Edad: años

2. Número **aproximado** de horas que **labora a la SEMANA**: horas

3. Tipo de **labor** que realiza **normalmente en la Comisaría "A. Ugarte"**:

a) Administrativa

b) Patrullaje

c) Vigilancia

d) Otros,

especifique.....

NO LLENAR ESTE CUADRO

Peso:

Talla:

IMC:

III. INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de preguntas, marque **LA o LAS** respuestas que considere correctas con un (X)

1. Marque la frecuencia con que consume los siguientes alimentos:

| Alimentos que consume | SI | NO | Frecuencia | | | | |
|---|----|----|------------|-------------|------------------|---|------------------------|
| | | | Diario | Interdiario | Veces por semana | | Otro, (Especifique) |
| | | | | | 1 | 2 | |
| 1.1 Carnes (pollo, pescado, res, cerdo, etc.) | | | | | | | |
| 1.2 Verduras (apio, zanahoria, zapallo, etc.) | | | | | | | |
| 1.3 Frutas (manzana, plátano, naranja, etc.) | | | | | | | |
| 1.4 Cereales (trigo, arroz, quinua, fideos, pan, etc.) | | | | | | | |
| 1.5 Tubérculos (papa, camote, yuca, etc.) | | | | | | | |
| 1.6 Comidas rápidas (hamburguesas, salchipapas, empanadas, etc.) | | | | | | | |
| 1.7 Menestras (frijol, pallar, lentejas, etc.) | | | | | | | |
| 1.8 Bocaditos dulces (galletas, kekitos, etc.), Bocaditos salados (maní, fruta confitada, etc.) | | | | | | | |
| 1.9 Bebidas envasadas (gaseosas, refrescos, néctares, etc.) | | | | | | | |

2. Normalmente, ¿consume usted agua hervida pura o embotellada?
- a) Sí b) No

2.1 Si su respuesta es “**Si**”, marque la cantidad de vasos que aproximadamente **TOMA AL DÍA**:

- a) 1 vaso
 b) 2 – 3 vasos
 c) 4 – 5 vasos
 d) 6 – 8 vasos
 e) Otros, especifique:

.....

3. Marque el lugar donde frecuentemente consume los siguientes alimentos:

| Alimento | Lugar de consumo | | | |
|--------------|------------------|-----------|---------|--------------------|
| | Casa | Cafetería | Pensión | Otro (especifique) |
| 3.1 Desayuno | | | | |
| 3.2 Almuerzo | | | | |
| 3.3 Cena | | | | |

4. Mencione la o las horas en que generalmente consume los siguientes alimentos:

- a) Desayuno:
 b) Almuerzo:
 c) Cena:

5. Marque la frecuencia con la que realiza los siguientes ejercicios físicos:

| Ejercicios | Frecuencia | | | | |
|---------------------------------------|------------|-------------|--------------------|-------|--------------------|
| | Diario | Interdiario | Una vez por semana | Nunca | Otro (especifique) |
| 5.1 Caminata, trote | | | | | |
| 5.3 Fulbito | | | | | |
| 5.6 Bicicleta | | | | | |
| Otros (especifique) | | | | | |

6. En promedio, ¿cuánto tiempo dedica usted a realizar ejercicios físicos cada vez?

- a) 5 – 10 minutos
- b) 11 – 20 minutos
- c) 21 – 30 minutos
- d) 31 minutos – 1 hora
- e) Otros, especifique:

.....

7. ¿Asiste a sus Controles Médicos?

- a) Sí
- b) No

7.1 Si su respuesta fue “**No**”, explique brevemente la razón:

.....

8. ¿Fuma usted cigarrillos?

- a) Sí b) No

8.1 Si su respuesta fue es “**Si**”, marque la frecuencia con la que fuma:

- a) Diario () b) Interdiario () c) 1 o 2 veces por semana ()
d) Otros, especifique:

.....

8.2 ¿Cuántos cigarrillos consume, cada vez?

- a) 1 a 2 cigarrillos () b) 3 a 4 cigarrillos () c) Más de 4 cigarrillos
d) Por cajetillas ()

9. ¿Consume usted bebidas alcohólicas?

- a) Sí b) No

9.1 Si su respuesta fue “**Si**”, marque la frecuencia con la que las consume:

- a) Diario () b) Interdiario () c) 1 o 2 veces por semana ()
d) Otros, especifique

.....

9.2. ¿Cuántas copas de licor consume cada vez?

- a) 1 a 2 copas () b) 3 a 4 copas () c) Más de 4 copas ()

10. ¿Cuántas horas en promedio **DUERME POR LA NOCHE** cuando está de **DESCANSO**?

- a) 1
b) 2 – 3
c) 4 – 5
d) 6 – 8
e) Otros, especifique

.....

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO B

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Definición Conceptual de la Variable | Dimensiones | Indicadores | Valor Final | Definición Operacional |
|---------------------------------|---|--|--|---------------------------|---|
| Estilos de Vida de los policías | Los estilos de vida son un conjunto de comportamientos específicos que asume el individuo en una sociedad y que | <ul style="list-style-type: none">Alimentación | Alimentación: <ul style="list-style-type: none">Tipo de alimentos que consumeCaracterísticas de los alimentosFrecuencia con que consumeHorario de | Saludable No saludable | Los estilos de vida son un conjunto de actividades que refieren realizar los policías con |

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | <p>influyen en su salud actuando como factores de protección o de riesgo. Existen estilos de vida saludables y no saludables, los primeros se encuentran orientados a evitar problemas como son la obesidad, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio que se</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad Física ▪ Control médico ▪ Consumo de sustancias nocivas | <p>consumo</p> <p>Actividad Física:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de actividad ▪ Duración ▪ Frecuencia <p>Asistencia al control médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia de vistas médicas por control <p>Consumo de sustancias nocivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia de consumo | <p>relación a su alimentación, actividad física, asistencia al control médico, consumo de sustancias nocivas, descanso y sueño. Que será medido mediante un cuestionario y cuyos resultados se calificarán en</p> |
|--|---|---|--|---|

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | <p>encuentran derivados del sedentarismo, una mala alimentación, escasas horas de sueño y descanso, además del consumo de sustancias nocivas. En este sentido el rol que asume la enfermera en el campo ocupacional está enfocado en la prevención de</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Descanso y sueño | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tipo de sustancia y cantidad <p>Descanso y sueño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Duración | <p>saludables y no saludables de acuerdo a la puntuación obtenida.</p> |
|--|---|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---|------------------------------------|---|---|--|
| | enfermedades o riesgos en los trabajadores y consiste en el fomento de estilos de vida saludables. | | | | |
| Índice de Masa corporal que tienen los policías | El índice de masa corporal es un indicador antropométrico del estado nutricional de la población en donde los únicos cambios somatométricos | Esta variable no tiene dimensiones | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso ▪ Talla ▪ Razón peso - talla | <p>Bajo peso <18.5 0</p> <p>Valores normales 18.50-24.99</p> <p>Sobrepeso 25.00-</p> | El índice de masa corporal es el resultado de la razón entre el peso y la talla en el policía que labora en las comisarías y |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| | <p>medibles son los resultantes del aporte nutricional y/o actividad física, por ello este índice es la razón entre el peso expresado en kilogramos y la talla expresada en metros elevada al cuadrado.</p> | | | <p>29.99 Obesidad grado 1 30.00-34.99 Obesidad grado 2 35.00-39.99 Obesidad grado 3 u Obesidad mórbida >40</p> | <p>que será medido en delgadez extrema hasta Obesidad mórbida.</p> |
|--|---|--|--|---|--|

ANEXO C

PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

| Ítem | Número de Jueces Expertos | | | | | | | | P |
|------|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0.035 |
| 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |
| 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0.035 |

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es negativa

1: Si la respuesta es positiva

Si $p < 0.05$ el grado de concordancia es significativo

$P =$ Sumatoria de $p/7$

$P = 0.017$

$0.017 < 0.05$

Entonces podemos afirmar que el grado de concordancia es **SIGNIFICATIVO**

ANEXO D

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento: Cuestionario se procedió a utilizar la formula de Kuder Richarson.

$$Kuder - Richarson = \frac{K}{K-1} \frac{(1 - \sum pq)}{S^2} \quad (1)$$

Donde:

El coeficiente Kuder-Richarson > 0.5 Para que sea confiable

K = N° de Ítem
S² = Varianza total
Σpq = Sumatoria de varianza de cada ítem

Donde:

$$K = 8$$

$$K - 1 = 7$$

$$\Sigma pq = 4.43$$

$$S^2 = 2.80$$

Reemplazando en la expresión (1):

Se obtiene Kuder- Richarson = 0.67

Por lo tanto el instrumento es confiable

ANEXO E

TABLA DE CÓDIGOS

DATOS GENERALES

1. Edad: **CÓDIGO**

• 20-40

• 41 – 60

2. Horas que trabaja a la semana:

• 30 - 60

• 61 – 100

• > 100

3. Tipo de labor que realiza:

• Administrativa

• Patrullaje

• Vigilancia

• Otros

DATOS ESPECÍFICOS

Índice de Masa Corporal

| CATEGORÍA | PUNTAJE |
|------------------|-------------|
| Bajo peso | <18.5 0 |
| Valores normales | 18.50-24.99 |
| Sobrepeso | 25.00-29.99 |
| Obesidad grado 1 | 30.00-34.99 |
| Obesidad grado 2 | 35.00-39.99 |
| Obesidad grado 3 | >40 |

Estilos de Vida

Si la respuesta es correcta es 1

Si la respuesta es incorrecta es 0

Dimensión Alimentación

| Nº DE ÍTEM | ALTERNATIVA CORRECTA | PUNTUACIÓN |
|------------|----------------------|------------|
| 1.1 | Diario | 1 |
| 1.2 | Diario | 1 |
| 1.3 | Diario | 1 |
| 1.4 | Diario | 1 |

| | | |
|---------|------------------|---|
| 1.5 | Diario | 1 |
| 1.7 | 1 vez por semana | 1 |
| 2 y 2.1 | a y c, d | 1 |

Dimensión Actividad Física

| Nº DE ÍTEM | ALTERNATIVA CORRECTA | PUNTUACIÓN |
|------------|----------------------|------------|
| 5.1 | Diario | 1 |
| (*) 5.2 | Interdiario | 1 |
| (*) 5.3 | Interdiario | 1 |
| (*) 5.4 | Interdiario | 1 |
| 6 | D | 1 |

(*) Se contabilizó como válido con 1 punto si el individuo refería realizar al menos una actividad física en la frecuencia respectiva

Dimensión Control Médico

| Nº DE ÍTEM | ALTERNATIVA CORRECTA | PUNTUACIÓN |
|------------|----------------------|------------|
| 7 | A | 1 |

Dimensión Consumo de Sustancias Nocivas

| Nº DE ÍTEM | ALTERNATIVA CORRECTA | PUNTUACIÓN |
|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| 8 | B | 1 |
| 9 | B | 1 |

Dimensión Descanso y Sueño

| Nº DE ÍTEM | ALTERNATIVA CORRECTA | PUNTUACIÓN |
|-------------------|---------------------------------|-------------------|
| 10 | D | 1 |

ANEXO F
TABLA MATRIZ GENERAL

| Nº | DATOS GENERALES | | | DATOS ESPECÍFICOS | | | | | | | | PESO | TALLA | IMC |
|----|-----------------|---|---|-------------------|---|------------------|---|----------------|-----------------|---|------------------|------|-------|-------|
| | | | | ALIMENTACIÓN | | ACTIVIDAD FÍSICA | | CONTROL MÉDICO | HABITOS NOCIVOS | | DESCANSO Y SUEÑO | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | | | |
| 1 | 1 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 90 | 1.68 | 31.88 |
| 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 60 | 1.62 | 22.86 |
| 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 88 | 1.68 | 31.18 |
| 4 | 2 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 92 | 1.72 | 31.09 |
| 5 | 1 | 3 | 1 | 4 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 68 | 1.68 | 24.09 |
| 6 | 2 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 85 | 1.81 | 25.95 |
| 7 | 1 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 | 1.67 | 20.44 |
| 4 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 80 | 1.68 | 28.34 |
| 9 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 86 | 1.68 | 30.47 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------|-------|
| 10 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 66 | 1.72 | 22.31 |
| 11 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 88 | 1.8 | 27.16 |
| 12 | 2 | 1 | 2 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 88 | 1.7 | 30.44 |
| 13 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 80 | 1.8 | 24.69 |
| 14 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 108 | 1.82 | 36.6 |
| 15 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 81 | 1.68 | 28.7 |
| 16 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 72 | 1.68 | 25.51 |
| 17 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 80 | 1.69 | 28.01 |
| 18 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 69 | 1.6 | 26.95 |
| 19 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 88 | 1.66 | 31.93 |
| 20 | 2 | 2 | 2 | 5 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 77 | 1.67 | 27.61 |
| 21 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 88 | 1.68 | 31.18 |
| 22 | 2 | 2 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 82 | 1.68 | 29.05 |
| 23 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 76 | 1.69 | 26.61 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------|-------|
| 24 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 77 | 1.65 | 28.28 |
| 25 | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 65 | 1.65 | 23.88 |
| 26 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 123 | 1.9 | 34.07 |
| 27 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 95 | 1.75 | 31.02 |
| 28 | 2 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 85 | 1.71 | 29.06 |
| 29 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 85 | 1.69 | 29.76 |
| 30 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 85 | 1.69 | 29.76 |
| 31 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 79 | 1.68 | 27.99 |
| 32 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 95 | 1.78 | 29.93 |
| 33 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 105 | 1.76 | 33.9 |
| 34 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 78 | 1.08 | 27.64 |
| 35 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 95 | 1.74 | 31.38 |
| 36 | 1 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 85 | 1.83 | 25.38 |
| 37 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 90 | 1.68 | 31.89 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------|-------|
| 38 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 60 | 1.68 | 21.26 |
| 39 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 110 | 1.7 | 38.06 |
| 40 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 95 | 1.7 | 32.87 |
| 41 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 77 | 1.65 | 28.28 |
| 42 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 85 | 1.71 | 29.06 |
| 43 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 66 | 1.63 | 24.84 |
| 44 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 104 | 1.7 | 35.99 |
| 45 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 57 | 1.65 | 20.94 |
| 46 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 73 | 1.68 | 25.86 |
| 47 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 88 | 1.74 | 29.07 |
| 48 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 86 | 1.71 | 29.41 |
| 49 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 91 | 1.7 | 31.12 |
| 50 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 68 | 1.65 | 24.98 |
| 51 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 72 | 1.65 | 26.45 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|------|------|-------|
| 52 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 97 | 1.68 | 34.78 |
| 53 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 | 1.66 | 25.4 |
| 54 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 72 | 1.69 | 25.21 |
| 55 | 2 | 3 | 3 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 84 | 1.78 | 26.51 |
| 56 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 88 | 1.69 | 30.81 |
| 57 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 95 | 1.75 | 31.02 |
| 58 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 55 | 1.6 | 21.48 |
| 59 | 2 | 3 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 100 | 1.77 | 31.92 |
| 60 | 2 | 3 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 83 | 1.68 | 29.4 |
| 61 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 73.5 | 1.67 | 26.35 |
| 62 | 2 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 92 | 1.7 | 31.83 |
| 63 | 2 | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 96 | 1.7 | 33.22 |
| 64 | 2 | 1 | 3 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 101 | 1.71 | 34.54 |
| 65 | 1 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 67 | 1.66 | 24.31 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------|-------|
| 66 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 90 | 1.71 | 30.78 |
| 67 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 98 | 1.7 | 33.91 |
| 68 | 2 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 79 | 1.64 | 29.37 |
| 69 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 87 | 1.68 | 30.82 |
| 70 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 82 | 1.67 | 29.4 |
| 71 | 1 | 2 | 2 | 5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 85 | 1.65 | 31.22 |
| 72 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 85 | 1.67 | 30.48 |
| 73 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 98 | 1.71 | 33.51 |
| 74 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 77 | 1.7 | 26.64 |
| 75 | 2 | 3 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 73 | 1.67 | 26.18 |
| 76 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 90 | 1.8 | 27.78 |
| 77 | 2 | 1 | 2 | 4 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 102 | 1.8 | 31.48 |
| 78 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 81 | 1.75 | 26.45 |
| 79 | 2 | 3 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 95 | 1.67 | 34.06 |

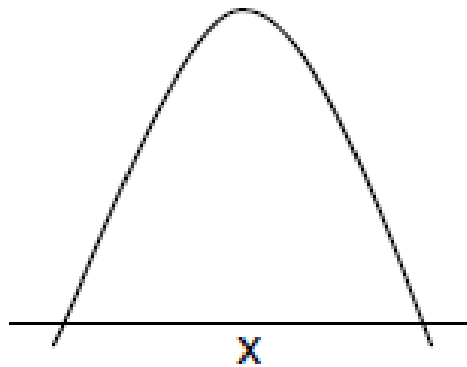
| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|------|-------|
| 80 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 72 | 1.69 | 25.21 |
| 81 | 2 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 102 | 1.81 | 31.13 |
| 82 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 84 | 1.7 | 29.07 |
| 83 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 75 | 1.7 | 25.95 |
| 84 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 85 | 1.7 | 29.41 |
| 85 | 2 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 1.81 | 31.13 |
| 86 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 95 | 1.8 | 29.32 |
| 87 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 87 | 1.67 | 31.2 |
| 88 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 94 | 1.6 | 36.72 |
| 89 | 1 | 2 | 3 | 4 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 79 | 1.75 | 25.8 |
| 90 | 2 | 2 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 105 | 1.87 | 30.03 |
| 91 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 79 | 1.72 | 26.7 |
| 92 | 1 | 2 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 85 | 1.7 | 29.41 |
| 93 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 70 | 1.65 | 25.71 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|------|-------|
| 94 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 77 | 1.67 | 27.6 |
| 95 | 1 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 65 | 1.68 | 23.03 |

ANEXO G

MEDICIÓN DE LA VARIABLE ESTILOS DE VIDA

Para clasificar los estilos de vida se designó dos categorías: saludable y no saludable; para establecer los intervalos de se aplicó el Promedio en la Curva de Gauss.



1. Promedio (x)

$$X = \frac{\sum x}{n}$$

Estilos de Vida:

x= 5.07

Estilos de Vida No Saludable: 0 – 5 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 6 – 13 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Alimentación:

x= 2.03

Estilos de Vida No Saludable: 0 - 2 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 3 - 6 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Actividad física: x= 0.99

Estilos de Vida No Saludable: 0 - 1 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 2 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Controles médicos: x= 0.49

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

Estilos de Vida en la Dimensión Consumo de sustancias nocivas:

x= 1.16

Estilos de Vida No Saludable: 0 - 1 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 2 puntos.

Estilos de Vida en la Dimensión Descanso y sueño: x=0.4

Estilos de Vida No Saludable: 0 puntos.

Estilos de Vida Saludable: 1 punto.

ANEXO H

EDAD DE LOS POLICÍAS QUE LABORAN EN LA COMISARÍA ALFONSO UGARTE LIMA – PERÚ 2012

| EDAD | FRECUENCIA | |
|---------|------------|-----|
| | Nº | % |
| 20 - 40 | 34 | 36 |
| 41 - 60 | 61 | 64 |
| TOTAL | 95 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

ANEXO I

**TIPO DE LABOR QUE DESEMPEÑAN LOS POLICÍAS
QUE LABORAN EN LA COMISARÍA**

ALFONSO UGARTE

LIMA – PERÚ

2012

| TIPO DE LABOR | FRECUENCIA | |
|-----------------------|-------------------|------------|
| | Nº | % |
| Administrativa | 42 | 44 |
| Patrullaje | 46 | 48 |
| Vigilancia | 6 | 6 |
| Otros | 1 | 2 |
| TOTAL | 95 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012

ANEXO J

**NÚMERO APROXIMADO DE HORAS DE TRABAJO
A LA SEMANA DE LOS POLICÍAS QUE
LABORAN EN LA COMISARÍA
ALFONSO UGARTE
LIMA – PERÚ
2012**

| NÚMERO DE HORAS DE TRABAJO A LA SEMANA | FRECUENCIA | |
|---|-------------------|------------|
| | Nº | % |
| 24 - 72 | 47 | 49 |
| 71 - 96 | 37 | 39 |
| >96 | 11 | 12 |
| TOTAL | 95 | 100 |

Fuente: Cuestionario aplicado a los policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012