

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA



(Creado por la Ley N° 25265)

ESCUELA DE POSGRADO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

TESIS

**EFICACIA DEL “PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA RENOVADA” EN
ESTILOS DE VIDA Y DISMINUCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO DE
TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL HUANCAVELICA, 2015-2016**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD HUMANA

PRESENTADO POR:

Bach. María Isabel ALMONACID LARRAURI

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
CIENCIAS DE LA SALUD**

MENCIÓN EN SALUD PÚBLICA

HUANCAVELICA, PERÚ

2022



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
HUANCAVELICA**

(Creada por ley 25265)

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**
(Resolución N° 421-2002-R-UNH)



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En sesión ordinaria virtual, con el uso de la herramienta "Google Meet" para vídeo conferencias, desde la sala virtual de sustentación de los integrantes de miembros de jurado evaluador, conformado por los docentes: Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo; presidente, Dra. Lida Ines Carhuas Peña; secretario y, Mg. Leonardo Cárdenas Zuasnabar; vocal.

Asesor: Dra. Alicia Vargas Clemente

De conformidad al Reglamento Único de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado mediante Resolución N° 0330-2019-CU-UNH y ratificado con Resolución N° 0552-2021-CU-UNH, asimismo,

De conformidad con la Directiva N° 001-VRAC-UNH "Normas para la Sustentación de Tesis, Trabajos de Investigación, Trabajos Académicos y Trabajos de Suficiencia Profesional, para optar Grados y Títulos Profesionales no Presencial o Virtual en la UNH, en el marco del estado de emergencia COVID-19".

El candidato al GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD MENCIÓN: SALUD PUBLICA.

Doña: ALMONACID LARRAURI, María Isabel; procedió a sustentar su trabajo de investigación titulado: EFICACIA DEL "PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA RENOVADA" EN ESTILOS DE VIDA Y DISMINUCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO DE TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL HUANCAVELICA, 2015-2016.

Luego de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los miembros del jurado, se dio por concluido al ACTO de sustentación virtual, realizándose la deliberación y calificación de manera sincrónica, resultado:

Con el calificado: Aprobado por unanimidad

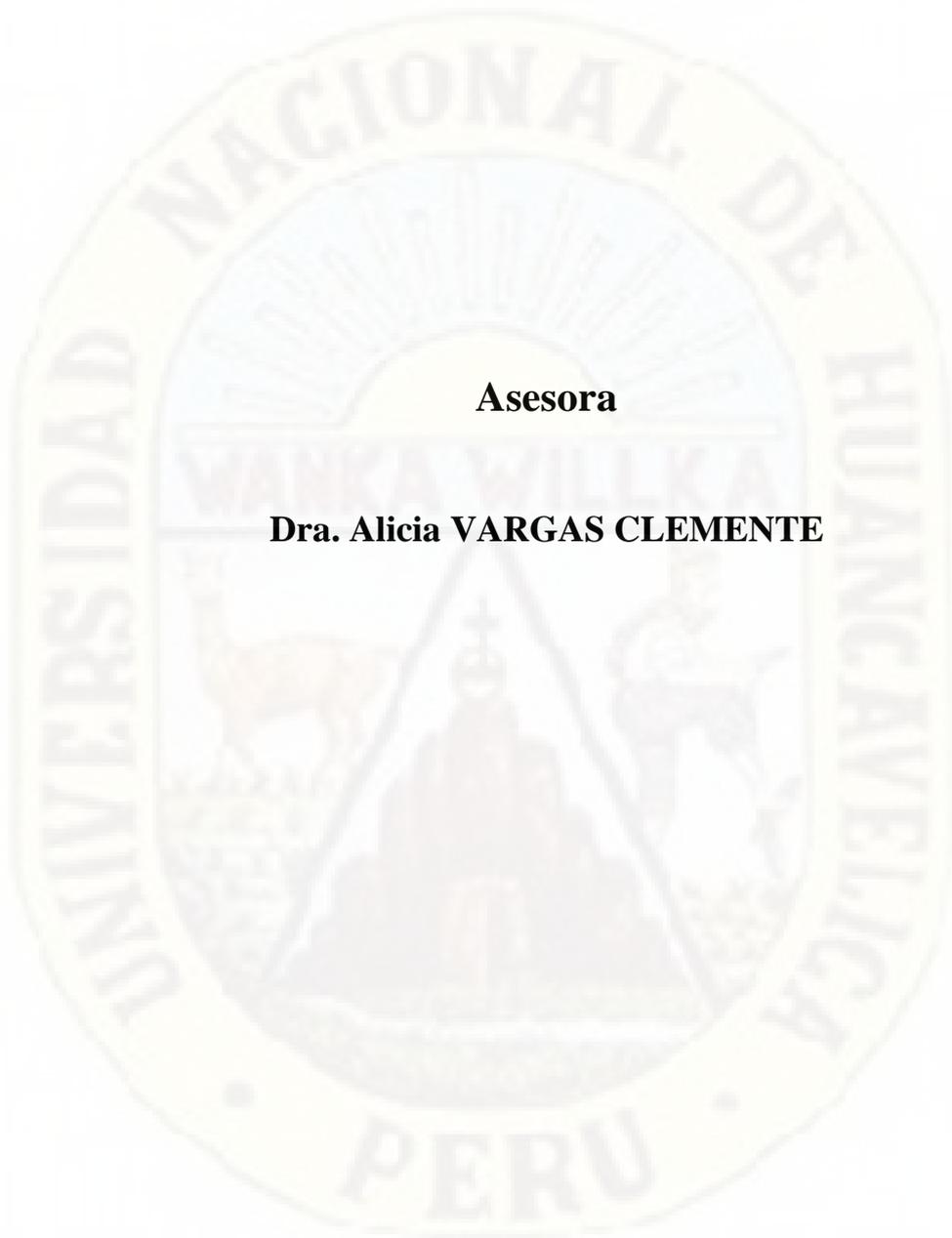
Y para la constancia se extiende la presente ACTA de manera virtual, a los once días del mes de marzo del año 2022.

Dra. Charo Jacqueline Jáuregui Sueldo

Dra. Lida Inés Carhuas Peña

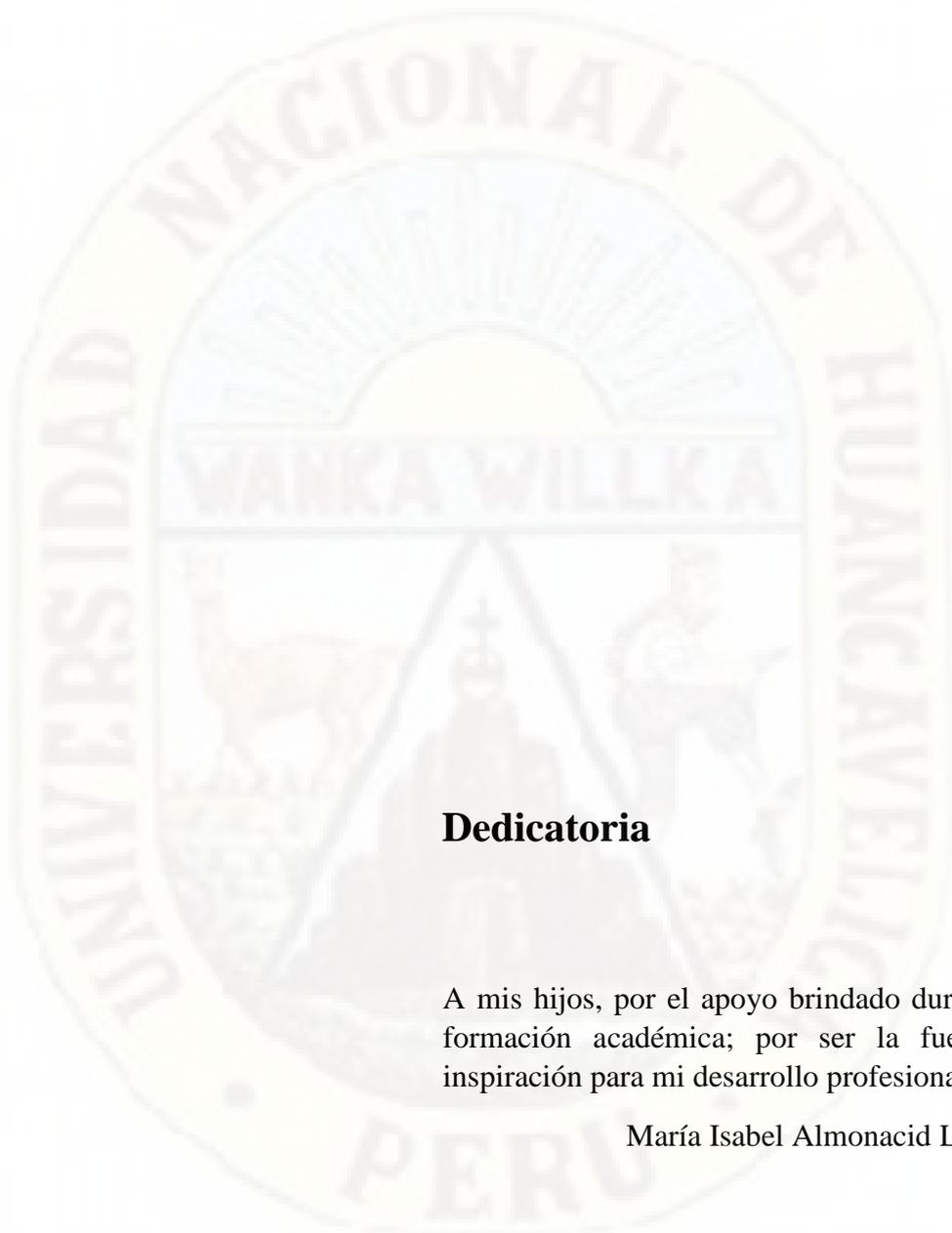
Mg. Leonardo Cárdenas Zuasnabar

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL N° 001-2022-UPGFEN.



Asesora

Dra. Alicia VARGAS CLEMENTE



Dedicatoria

A mis hijos, por el apoyo brindado durante mi formación académica; por ser la fuente de inspiración para mi desarrollo profesional.

María Isabel Almonacid Larrauri.

Agradecimiento

A la Unidad de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Huancavelica por generar el desarrollo de los profesionales de la salud sobre todo el mío.

A mi asesora: Dra. Alicia Vargas Clemente, por su acompañamiento y tiempo en el desarrollo de la tesis.

Al asesor externo por el apoyo brindado durante la ejecución de la tesis.



Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, se empleó el método científico de tipo aplicado y se trabajó con una muestra de 29 trabajadores del Poder Judicial que acudieron al programa Reforma de Vida; posteriormente se realizó la obtención de datos con la técnica de encuesta y observación, obteniendo los siguientes resultados: En el pre test existe un 72.4% (21) trabajadores con síndrome metabólico en riesgo y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico; un 62.1% (18) trabajadores con estilos de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable. En el post test el 51.7% (15) con síndrome metabólico y un 48.3% (14) sin síndrome metabólico; un 79.3% (23) trabajadores con un estilos de vida no saludable y un 20.7% (06) con estilos de vida saludable. Concluyendo que la presencia de síndrome metabólico difiere en el pre test con el post test y los estilos de vida no difiere favorablemente en el pre test con el post test en los trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

Palabras Clave: Programa, reforma, eficacia, vida, renovada.

Abstract

The objective was to determine the effectiveness of the "Renewed Life Reform Program" in lifestyles and the decrease in signs and symptoms of metabolic syndrome of workers of the Huancavelica Judicial Power, 2015-2016, using the scientific method of type applied and We worked with a sample of 29 workers of the Judicial Power that went to the Life Reform program; Subsequently, data was obtained with the survey and observation technique, obtaining the following results: In the pretest there is 72.4% (21) workers with metabolic syndrome at risk and 27.6% (08) no metabolic syndrome; 62.1% (18) workers with an unhealthy lifestyle and 37.9% (11) with healthy lifestyles. In the post test 51.7% (15) with metabolic syndrome at risk and 48.3% (14) normal; 79.3% (23) workers with an unhealthy lifestyle and 20.7% (06) with healthy lifestyles. Concluding that the signs of the metabolic syndrome differs in the pretest with the post test and lifestyles does not differ favorably in the pretest with the post test in the workers of the Huancavelica Judicial Power, 2015-2016

Keywords: Program, reform, efficiency, life, renew.

Indice

Acta de sustentación	ii
Asesora.....	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen.....	vi
Abstract	vii
Indice.....	viii
Introducción	xi
CAPÍTULO I.....	12
EL PROBLEMA	12
1.1. Planteamiento del problema.....	12
1.2. Formulación del problema:	15
1.2.1. Problema general:.....	15
1.2.2. Problemas específicos:	15
1.3. Objetivos de la investigación	15
1.3.1. Objetivo general:	15
1.3.2. Objetivos específicos:.....	16
1.4. Justificación.....	16
CAPÍTULO II	17
MARCO TEÓRICO.....	17
2.1. Antecedentes de la investigación	17
2.2. Bases teóricas	23
2.2.1. Programa de reforma de vida renovada.....	28
2.2.1.1. <i>Finalidad</i>	28
2.2.1.2. <i>A quién va dirigido</i>	29
2.2.1.3. <i>En qué consiste</i>	29
2.2.1.4. <i>Pilares de Intervención</i>	29
2.2.1.5. <i>Programa calendarizado</i> :.....	30
2.2.2. Estilos de vida.....	32
2.2.2.1. <i>La alimentación en la Medicina Tradicional China</i>	35

2.2.2.2. <i>Estrés laboral</i>	42
2.2.3. Síndrome metabólico	46
2.2.3.1 <i>Diagnóstico</i>	47
2.3. Formulación de hipótesis	59
2.4. Definición de términos	59
2.5. Identificación de variables	61
2.6. Operacionalización de las variables	61
CAPÍTULO III.....	65
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	65
3.1. Tipo de investigación.....	65
3.2. Nivel de investigación.....	65
3.3. Métodos de investigación.....	65
3.4. Diseño de investigación.....	66
3.5. Población, muestra y muestreo	67
3.5.1. Población	67
3.5.2. Muestra	67
3.5.3. Muestreo	67
3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	67
3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	67
3.8. Descripción de la prueba de hipótesis	68
CAPÍTULO IV.....	69
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	69
4.1. Presentación e interpretación de datos	69
4.2. Discusión de resultados.....	73
4.3. Proceso de prueba de hipótesis	77
4.3.1. Significancia estadística de la prueba “t” de student para muestras relacionadas o pareadas, grupo experimental pre y post test:	77
4.3.2. Hipótesis estadística.....	77
4.3.3. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (Y)	77
4.3.4. Función o estadística de la prueba	78
4.3.5. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:	78

4.3.6. Valor calculado	78
4.3.7. Decisión estadística:	79
Conclusiones	81
Recomendaciones.....	82
Referencias Bibliográficas	83
Anexos	88
<i>Anexo A</i>	89
Matriz de consistencia	89
<i>Anexo B</i>	91
Cuestionario de Estilos de Vida	91
<i>Anexo C</i>	95
Guía de Observacion de Síndrome Metabólico	95
<i>Anexo D</i>	96
Programa de Reforma de Vida Saludable.....	96
<i>Anexo E</i>	109
Módulo del programa reforma de vida.....	109
<i>Anexo F</i>	112
Evaluación de confiabilidad de instrumento de recolección de datos a través de Kuder y Richardson (KR20) para medir estilos de vida	112
<i>Anexo G</i>	115
Categorización de la variable	115
<i>Anexo H</i>	117
Consentimiento informado	117
<i>Anexo I:</i>	118
Resultados adicionales	118
<i>Anexo J</i>	122
Base de datos	122
<i>Anexo K</i>	124
Artículo Científico	124
<i>Anexo L</i>	134
Evidencias fotográficas	134

Introducción

Los estilos de vida saludable, específicamente la realización periódica de actividad física, el consumo de frutas, verduras y de una dieta balanceada, y el control del consumo de tabaco, reducen hasta un 80% el riesgo de tener enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades, actualmente son las responsables del 60% de las muertes a nivel mundial, y un 80% de estas muertes ocurren en países de ingresos bajos y medios.

El síndrome metabólico (también conocido como síndrome X, síndrome metabólico múltiple, síndrome de resistencia a la insulina, síndrome de Reaven o CHAOS en Australia) causado por una combinación de varias enfermedades o factores de riesgo en el mismo individuo aumenta la probabilidad de enfermedad cardiovascular o diabetes.

En Huancavelica el personal del Poder Judicial está sometido a un trabajo duro todos los días olvidando muchas veces lo importante que es el descanso para el cuerpo y la mente. Esto genera estrés superando la capacidad del individuo para hacerle frente y se manifiesta con síntomas de irritabilidad y depresión; por lo general antecede el agotamiento físico y/o mental reduciendo la productividad y descenso de la calidad de vida de aquellos que lo sufren.

Por lo que el presente estudio tuvo como objetivo determinar la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, estableciendo la siguiente hipótesis: Existe eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en la mejora del estilo de vida y disminución de signos del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

La presente tesis está organizada en cuatro capítulos: en el Capítulo I Planteamiento del problema, en el Capítulo II Marco Teórico, en el Capítulo III Metodología de la Investigación y en el Capítulo IV Presentación de Resultados.

La Autora.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.

La sociedad actual funciona a un ritmo de 24 horas, durante las cuales requiere los servicios de los empleados de las instituciones, obligándolos a programar horarios de trabajo que vayan en contra de los ritmos naturales de la vida. Los turnos de trabajo realizados fuera del horario normal del día, representan un tema que cobra importancia dentro de la salud física y mental de los trabajadores, debido a sus múltiples implicaciones sobre ésta (1).

A pesar de que esta situación se presenta especialmente en los trabajadores que cumplen con horarios o guardias nocturnas, entre ellos los del sector salud, también es comúnmente evidenciable en muchas instituciones con horarios diurnos, que poseen como particular la gran carga laboral asignada a sus empleados; situación que genera efectos negativos sobre distintos niveles; tales como, la productividad, aumento del ausentismo, rotación laboral, y efectos en el bienestar de los trabajadores, siendo éste último el más delicado; de este modo, el trabajo por turno podría empezar a verse como un problema de salud pública, significando un motivo de preocupación para las autoridades de las instituciones, quienes deberían buscar mejores condiciones de trabajo, con el fin de aumentar el rendimiento del trabajador y disminuir los riesgos sobre su salud (1).

El Síndrome Metabólico es definido como "...la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus". Según la National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III

(NCEP), alrededor del 25% de la población mayor de 20 años de los Estados Unidos, padece del síndrome metabólico; teniendo como característica principal la obesidad central y resistencia a la insulina. Por otro lado, el grupo etario en riesgo de padecer el síndrome metabólico, está situado en torno a los 35 años; esto se debe a la adopción de inadecuados estilos de vida desde edades muy tempranas (2).

En el mundo hay más de 347 millones de personas tienen diabetes. Se estima que 1,5 millones de personas murieron en 2012 por hiperglucemia. Se registraron más de 80 muertes por diabetes en países de ingresos bajos y medianos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes será la séptima causa principal de muerte para 2030 (3).

Los hábitos de vida saludables, incluida la actividad física regular, una dieta equilibrada, el consumo de frutas y verduras y el control del tabaquismo, pueden prevenir o retrasar la diabetes tipo 2, así como reducir el riesgo de desarrollarla, en un 80%. Actualmente, estas enfermedades causan el 60% de todas las muertes en todo el mundo; 80% de estas cosas suceden en países de ingresos bajos y medianos (3) (4).

Las enfermedades crónicas no transmisibles son duraderas y progresan lentamente. Más del 80% de las muertes se deben a enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo II, y más de un tercio de los casos de cáncer podrían prevenirse eliminando los factores de riesgo comunes para estas enfermedades, como el tabaquismo, los hábitos alimentarios poco saludables y el sedentarismo (5).

Así mismo, este grupo de enfermedades generan pérdidas económicas, sobretudo en los países de ingresos bajos y medios, estimado en alrededor de 7 billones de dólares para el período 2011-2025 (promedio de alrededor de 500 mil millones de dólares por año) (6).

Sin embargo, estudios realizados por la OMS indican que los costos de las intervenciones dirigidas a reducir los estilos de vida sedentarios, las dietas poco saludables y el consumo de alcohol y productos del tabaco, por este monto, equivalen a 2 mil millones de dólares anuales; Esto equivale a un costo de aproximadamente de 0,40 dólares por persona. Además, los Centros para el

Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU, y la OMS estimaron en 2001 que por cada dólar invertido en planes de promoción de la salud que incluyen actividad física y alimentación saludable, el gasto en salud se reduciría en 3,2 dólares (6).

Por otro lado, la carga de trabajo, los problemas familiares, la incapacidad para descentralizarse y la falta de trabajo en equipo generan estrés en los empleados; esta enfermedad se produce cuando las exigencias del entorno superan la capacidad del individuo para afrontarlas o controlarlas. El estrés puede manifestarse de diversas formas; sus síntomas más comunes van desde la irritabilidad hasta la depresión, y suelen ir acompañados de agotamiento físico y/o mental, lo que reduce la calidad de vida de quienes la padecen; de ahí la necesidad de combatirlo, y conocer técnicas efectivas para manejarlo (6).

En el Perú, el 70% de asalariados de empresas privadas y estatales padecen de estrés; éste, al igual que el síndrome metabólico, no solo afecta de manera directa al trabajador al deteriorar su salud física y mental y afectar la productividad; sino que, también influye de manera negativa sobre las organizaciones públicas y privadas, determinando posteriormente una mala calidad en los servicios que ofrecen. Pese a ello, pocas empresas adoptan una solución al respecto (7).

Según Barquinero, magíster en recursos humanos, en la actualidad los empresarios están enfocados en la productividad y no analizan la sobrecarga laboral de los empleados. El autor menciona que las compañías creen erróneamente que el incremento de las horas de trabajo de los empleados, aumentará la productividad; no obstante, esta presión laboral solo genera agotamiento y deterioro de la salud del trabajador, quienes corren el riesgo de padecer estrés, hipertensión arterial, diabetes mellitus, patologías cardíacas, entre otras afecciones (8).

En Huancavelica, el Poder Judicial atiende en promedio a 400 usuarios al mes; el personal administrativo y jurídico que labora en dicha institución está sometido a un trabajo arduo y gran presión en el entorno laboral, esto combinado con la falta de descanso puede provocar la saturación física y/o mental de los

trabajadores, creando efectos negativos sobre la salud de las personas y su entorno familiar.

El EsSalud viene implementando el “Programa de reforma de vida renovada”; esta estrategia creada por el Seguro Social de Salud, tiene como propósito identificar factores de riesgo para la salud de los trabajadores; tales como el sobrepeso/obesidad, presión arterial alta, estrés, triglicéridos, glucosa y colesterol elevados (Síndrome metabólico) con el fin de prevenirlos mediante la adopción de estilos de vida saludables, y contribuir con el cuidado integral de las personas que los padecen. Para ello, es necesario determinar la eficacia de dicho programa; y, en caso de obtener resultados desfavorables, reajustar los procedimientos o cambiarlos por otros (9).

En consecuencia del problema planteado líneas arriba, se formuló la siguiente interrogante:

1.2. Formulación del problema:

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016?
- ¿Cómo es el síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general:

Determinar la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Evaluar los estilos de vida, antes y después del “Programa de reforma de vida renovada” de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.
- Determinar el síndrome metabólico, antes y después del “Programa de reforma de vida renovada” de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

1.4. Justificación

A través de esta investigación se determinó la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” realizado por el Hospital II EsSalud Huancavelica en trabajadores del Poder Judicial; debido a que, en las instituciones laborales de la localidad de Huancavelica la mayoría de trabajadores vienen presentando alteraciones en su salud, en las relaciones sociales y familiares, en el desarrollo de las actividades cotidianas. EsSalud se ha planteado estrategias de intervención para minimizar las consecuencias de los malos estilos de vida en los trabajadores; por ello, es necesario evaluar la eficacia de este programa.

EsSalud brinda servicios de salud a la mayoría de trabajadores de la localidad de Huancavelica. Dentro de las principales alteraciones que aquejan a los trabajadores de dicha localidad, se encuentra la diabetes, hipertensión arterial, problemas gastrointestinales, trastornos músculo-esqueléticos, problemas del sueño y otros de menor importancia. Asimismo, se puede observar que las relaciones interpersonales, los quehaceres domésticos, el tiempo libre, la familia, la pareja y los amigos, son los aspectos más afectados en la vida de los trabajadores.

Los resultados sirvieron para continuar con esta estrategia de intervención o en todo caso replantearla, asimismo dará pie para realizar recomendaciones a las instituciones laborales, en relación a la reorganización de los sistemas de trabajo y la proporción de mejores condiciones en el ambiente de trabajo, así como la generación de espacios de acercamiento con el trabajador y su familia para dar a conocer los riesgos de exposición y las medidas preventivas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

a) Soto, León (10) realizaron la investigación: “Efectividad de una estrategia educativa en salud en pacientes con síndrome metabólico durante 2017”.

Objetivo: Evaluar la efectividad de una EES en pacientes con Síndrome metabólico del Hospital General de Zona con Medicina Familiar 2 (HGZMF2) durante el 2017. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio de tipo cuasiexperimental, prospectivo, de corte longitudinal; se trabajó con una muestra conformada por 165 personas con Síndrome metabólico, obtenida a través de un muestreo probabilístico aleatorio simple, a quienes se les aplicó una Estrategia Educativa en Salud (sesiones, dieta cardiosaludable, mapas de conversación, y terapia psicológica) y se les evaluó ciertos parámetros clínicos y paraclínicos antes y después de la intervención.

Resultados: De un total de 140 pacientes, el 71,42% eran mujeres, con una edad media de 62,94 años. Además, tras la aplicación de la estrategia educativa, se evidenció una disminución del peso en 3,64 kg, disminución del índice de masa corporal en 1,16 unidades, disminución del índice de circunferencia cintura/cadera en 1,32 unidades, descenso de la presión arterial en 13,43 mmHg para la sistólica y 7,914 mmHg para la diastólica; así mismo, se evidenció reducción de los valores de glucemia en 40,064 mg/dl, colesterol total en 37,31 mg/dl, y triglicéridos en 42,76 mg/dl. Todos los hallazgos con una $p < 0,001$. Además de obtenerse un incremento del nivel

de conocimientos en 14,207 unidades ($p=0,0001$), con un Alfa de Cronbach de 0,84. **Conclusiones:** Las estrategias de educación sanitaria tienen un impacto directo y significativo en el control metabólico y la regulación de conductas de riesgo en pacientes con síndrome metabólico.

- b) Peña, et al. (11) realizaron la investigación: “Estudios prospectivos sobre intervención en estilo de vida en pacientes con Síndrome Metabólico”. Este estudio tuvo como **propósito:** realizar una revisión sistemática de estudios prospectivos sobre intervención en estilo de vida en pacientes con síndrome metabólico diagnosticados con criterios del National Cholesterol Adult Treatment Panel III, la Federación Internacional de Diabetes y la Organización Mundial de la Salud. **Metodología:** Se revisaron artículos originales en inglés y español, publicados en las bases de datos MEDLINE/PubMed, SciELO, y ELSEVIER entre los años 2005 a 2015. **Resultados:** En los diez estudios analizados se demostró que la intervención nutricional combinada con la actividad física tenía un mayor beneficio en la reducción de parámetros del síndrome metabólico. Como es el caso del estudio desarrollado por Dalleck et al. (2013), donde componentes del síndrome metabólico mejoraron después de una intervención que incluyó un programa de actividad física de 3 días/semana durante 14 semanas de forma individual. El síndrome metabólico disminuyó de 22,3% a 13,5% ($p<0.05$). **Conclusiones:** Los resultados de este estudio demuestran que las intervenciones en el estilo de vida contribuyen significativamente a la reducción del síndrome metabólico y sus componentes, lo que en sí mismo representa un problema de salud pública.
- c) Sosa (12) realizó la tesis “Frecuencia de síndrome metabólico en consultantes de centros de salud de atención primaria de la zona noreste de la ciudad de Córdoba capital”. **Objetivo:** Reconocer la frecuencia y perfil del Síndrome Metabólico en pacientes consultantes de centros de salud de Atención Primaria de la zona noreste de la capital de Córdoba y sus implicancias para la gestión de programas de atención primaria. **Metodos y materiales:** Se trató de un estudio de tipo básico, descriptivo, de diseño no experimental,

transversal. Contó con una muestra conformada por 282 personas. **Resultados:** Se evidenció sedentarismo y alimentación rica en grasa en el 62% de las mujeres, así como consumo de tabaco en el 44% de mujeres y 34% de los varones, hábitos que no resultaron significativamente relacionados al género ($p>0,05$). Contrariamente sí se detectó relación para consumo de alcohol ($p=0.0001$): 46% en varones y solo un 8% en las mujeres. Se halló una prevalencia de Síndrome Metabólico igual al 20%, sin distinción de género ($p=0.5228$) o de sexo. En cuanto a antecedentes familiares, se identificaron con mayor frecuencia diabetes 2, hipertensión y obesidad; Asimismo, la dislipidemia y antecedentes de enfermedad cardíaca estuvieron presentes en el 30% de los casos, mientras que la diabetes gestacional, el hipotiroidismo y el síndrome de ovario poliquístico se reportaron en un 20% o menos. De estas afecciones, solo las enfermedades cardíacas tenían antecedentes fuertemente relacionados con el sexo, con una incidencia de 0,21 en hombres y 0,27 en mujeres.

En el estudio, la población sin Síndrome Metabólico asociado al sedentarismo un 61%, el 34% había consumido tabaco, el 43% tenía antecedentes familiares de diabetes, antecedentes familiares de hipertensión arterial el 54% y el 32% antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.

En la población con SM, el factor de riesgo más común fue un estilo de vida sedentario con 63% de la población, 43% de consumo de tabaco, 21% de consumo de alcohol y una mediana del 50% con antecedentes personales y familiares de ingesta alimentaria, consumo de grasas, hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y obesidad.

- d) Sirit, Acero (14) realizaron la investigación “Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo”. **Objetivo:** Establecer la prevalencia de Síndrome Metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular en una población de trabajadores masculinos del área operativa de la planta de policloruro de vinilo de un complejo petroquímico, en el occidente de Venezuela. **Tipo de**

investigación: básico. **Nivel de investigación:** descriptivo. **Método de investigación:** científico. **Muestra:** 84 trabajadores. **Resultados:** La prevalencia de síndrome metabólico fue de 27 casos (32,1%), de los cuales 21 casos (77,7%) se detectaron entre los 26 y 40 años. El consumo de alcohol (91,6 %), cLDL elevado (64,3 %), presión arterial sistólica elevada (59,5%), obesidad (56,6 %) e hipertrigliceridemia (55,9 %), son los factores de riesgo cardiovascular más relevantes en esta población laboral. Los parámetros bioquímicos fueron significativamente más altos en los hombres diagnosticados clínicamente con síndrome metabólico que en aquellos sin el síndrome ($p < 0,05$).

Conclusiones: Aunque la prevalencia del síndrome metabólico no es alta, los factores de riesgo cardiovascular individuales son altos, por lo que la población más joven merece programas de prevención y cambios en el estilo de vida para reducirlos, el riesgo de enfermedad coronaria y cerebrovascular que conduzca a una ocupación incompetente.

- e) Cáceres, Vásquez (15) realizaron la tesis: “Efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015”. **Objetivo:** Determinar la efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en los trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio cuantitativo, de corte longitudinal y de diseño pre-experimental, con 1ra y 2da medición; donde se trabajó con una muestra conformada por 66 trabajadores, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, a quienes se les aplicó una ficha médica y clínica, y una tarjeta de control para la recolección de datos. El programa educativo constó de 12 sesiones y se basó en tres pilares: alimentación celeste, alimentación terrestre y alimentación humana. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los índices de circunferencia de cintura (Mdn=92.00; Mdn=89.00; $p < 0,05$), triglicéridos (Mdn=254.00; Mdn=192.50; $p < 0,05$), glicemia (Mdn=88.65; Mdn=85.85; $p < 0,05$), presión arterial sistólica (Mdn=130.00; Mdn= 120.00;

$p < ,05$), presión arterial diastólica (Mdn=80.00; Mdn=70.00; $p < ,05$) a excepción del colesterol HDL (Mdn=35.00; Mdn=32.50; $p > ,05$).

f) Delgado (16) realizó el estudio: “Efectividad del programa reforma de vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa”. **Objetivo:** Evaluar el efecto del Programa Reforma de Vida en los estilos de vida de miembros de los círculos de salud de los distritos de Alto Selva Alegre (2500 m de altitud) y Cayma (2400 m de altitud) en Arequipa durante el año 2016. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio cuasiexperimental pre post de un solo grupo; donde se trabajó con una muestra conformada por 91 adultos mayores pertenecientes a círculos de salud de los condados de Alto Selva Alegre y Cayma en Arequipa, quienes recibieron un programa “Reforma de Vida” de doce semanas a cargo de un equipo multidisciplinario bien capacitado; para lo cual se aplicó el test FANTASTICO antes y después de la intervención, para medir su estilo de vida. **Resultados:** En la medición pre intervención, se evidenció un 61,5% los participantes tenían un estilo de vida “bastante débil”; por otra parte, en la medida en que se realiza después de la intervención, el 69,2% de ellos mostraron tener estilos de vida “fantásticos”. Asimismo, los cambios más significativos se encuentran en la dimensión “Familia”, donde se evidenció un 61,5 - 71,4% de incremento en respuestas adecuadas; así como en la dimensión “Introspección”, con un 44,0 - 83,5% de incremento en respuestas adecuadas; y en la dimensión “Nutrición/Alimentación”, con un 62,6 - 80,2% de aumento en respuestas adecuadas. Todas las respuestas fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$). **Conclusión:** En la encuesta, se puede destacar la mejora en el estilo de vida de las personas mayores después de la intervención de Reforma de Vida; principalmente en los aspectos Familiares, Internos y Nutricionales / Alimentarios.

g) Polo (17) realizó la tesis: “Eficacia del Programa Reforma de Vida en pacientes con diabetes tipo 2, del Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta –

Madre de Dios – Octubre 2017– Marzo 2018”. **Objetivo:** determinar la eficacia del programa Reforma de Vida en el control de los factores de riesgo en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, trabajadores en actividad de empresas públicas, privadas y organismos públicos de la ciudad de Puerto Maldonado en el período octubre 2017 a marzo 2018. **Materiales y métodos:** Fue un estudio cuantitativo, en diseño longitudinal y semi-experimental, antes y después del ensayo con dos grupos (grupo control y grupo intervención); donde trabajamos con una muestra de 30 trabajadores, ambos sexos, de 20 a 65 años (grupo de control = 15, grupo de intervención = 15), seleccionados por muestreo intencional no probabilístico. La técnica utilizada para la recopilación de datos es la revisión de documentos; y en los dispositivos, se ha utilizado el programa Reforma de Vida, que realiza un seguimiento de los registros y registros médicos, los cuales forman parte del historial médico. Para el programa “Reforma de vida” se realizaron en promedio 12 sesiones en cada centro de trabajo, en base a tres pilares: alimentación terrestre, alimentación celeste, y alimentación humana. **Resultados:** Se encontró que los resultados no muestran ninguna diferencia significativa entre el pre-test y el post-test para los indicadores: HDL, LDL, índice de masa corporal, colesterol total, triglicéridos, y glicemia basal. Por tanto, se puede concluir que la aplicación del programa Reforma de Vida aplicado no será eficaz en el control de los factores de riesgo de diabetes tipo 2; estos resultados pueden deberse a factores como la baja conciencia y/o compromiso de cada empleado en el cuidado de su propia salud, mala gestión del tiempo sedentario, comorbilidades existentes, y otros factores.

- h) Rondán (18) realizó la tesis: Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico . Hospital I Cono Sur Essalud – Nuevo Chimbote 2015. **Objetivo:** Conocer la efectividad del programa educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico. **Materiales y métodos:** Se trató de un estudio Cuasiexperimental, contó con una muestra conformada por 50 pacientes con Síndrome Metabólico, a quienes se les aplicó el test de estilo de vida “Fantastico” que fue medido

antes y después de la aplicación de un programa educativo. **Resultados:** Los hallazgos encontrados antes de la aplicación del Programa Educativo “Vida Saludable” evidenciaron que el 68% de pacientes tenían estilos de vida adecuados, y el 32% tenían estilos de vida inadecuados; por otro lado, después de la aplicación del Programa Educativo “Vida Saludable” el 100% de los pacientes presentaron estilos de vida adecuados. **Conclusiones:** Este estudio demostró que el programa educativo es efectivo en los pacientes con síndrome metabólico del Hospital I Cono Sur, al disminuir el porcentaje de pacientes con estilos de vida inadecuados y lograr estilos de vida adecuados en el 100% de ellos.

2.2. Bases teóricas

A. *Modelo transteórico (Prochaska y DiClemente 1983)*

Fue elaborado por los psicólogos James **Prochaska** y Carlo **DiClemente**. Este modelo afirma que las personas atraviesan una serie de etapas de cambio de comportamiento y que pasar por estas etapas tiende a ser cíclico en lugar de lineal. Como resultado, las personas pueden o no adaptarse a los cambios en el estilo de vida. A medida que las personas avanzan en una etapa, se acercan más a lograr el comportamiento deseado. En una población, determinar en qué etapa se encuentran los individuos es fundamental para diseñar intervenciones más efectivas. Las etapas son las siguientes (6):

- Pre-contemplativa: no tiene la intención de cambiar el comportamiento en un futuro cercano, la persona no planea hacer cambios en los próximos seis meses. Esta etapa está asociada con una falta de comprensión de los beneficios del cambio, falta de comunicación sobre las consecuencias, el individuo ha intentado cambiar en el pasado sin éxito o el individuo no está interesado en experimentar el cambio. Los individuos exhiben comportamientos de evitación y son percibidos como individuos o grupos que protestan o están desmoralizados. En este punto, se debe proporcionar información y materiales educativos sobre los beneficios del cambio y los riesgos de mantener el comportamiento actual.

- **Contemplativa:** Las personas se toman en serio la implementación de un cambio de comportamiento en los próximos seis meses, son más conscientes de las ventajas de un cambio, pero también de las desventajas. Esta vacilación sobre los pros y los contras puede crear conflictos y evitar que hagan cambios. En este punto, es una buena idea reforzar las ventajas y beneficios del cambio, comprender el potencial de cambio con metas específicas y proponer posibles opciones sobre cómo adoptar el nuevo comportamiento.
- **Preparación:** Sin embargo, las personas a menudo intentan hacer un cambio, pero no de manera sistemática o regular, sin embargo, en general, las personas comienzan a implementar un plan para cambiar su comportamiento. No es un período muy estable. En esta etapa, se deben intensificar y alentar los pequeños cambios, motivándolos a establecer metas inteligentes (específicas, medibles, alcanzables o logrables, realistas y con plazos determinados) y estructurar su plan de acción.
- **Acción:** En este punto, las personas han realizado cambios específicos en su estilo de vida durante los últimos seis meses. La gente aquí apoya mucho el cambio. En este punto, recomendamos ser muy consciente de los beneficios que el cambio de comportamiento ha tenido en las personas hasta el momento y reforzar los objetivos ya alcanzados.
- **Mantenimiento:** cuando las personas han logrado mantener el cambio de comportamiento durante más de seis meses; deben continuar manteniendo ese comportamiento durante toda su vida. En esta etapa, es recomendable anticiparse a posibles obstáculos o problemas específicos y reforzar los objetivos.
- **Terminación:** cuando no hay intención o tentación de volver al comportamiento anterior.

B. Teoría de enfermería del déficit de autocuidado.

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del

autocuidado, que describe por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas; La teoría de la privación del autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas, y la teoría de los sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que deben mantenerse (21). Para aplicar el modelo de Orem es necesario saber cómo define los conceptos del modelo sobre personas, enfermería, medio ambiente y salud.

Dorothea Orem concibe al hombre como una criatura biológica, racional y pensante; las personas tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismas y su entorno, la capacidad de simbolizar lo que experimentan y de utilizar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y orientar los esfuerzos para hacer cosas que los beneficien a sí mismos y a los demás, define la enfermería como una ayuda que las personas toman y mantienen acciones de autocuidado para preservar la salud y la vida, recuperarse de una enfermedad y hacer frente a sus consecuencias. El ambiente es entendido en este modelo como todos los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar dentro de las personas, en definitiva el concepto de salud se define como un estado en el cual el hombre significa diferentes cosas en sus diversos componentes y cambios a medida que cambian las características biológicas y humanas (21). Para aplicar el modelo de Orem a través del proceso de enfermería, también es necesario identificar los conceptos cubiertos en esta teoría, para asegurar su adecuada comprensión y uso, conceptos como cuidado personal, requerimientos de cuidado, cuidado individual terapéutico, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistema de enfermería (21).

Autocuidado: Un comportamiento que existe en situaciones específicas de la vida, dirigido por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, con el fin de ajustar los factores que afectan su desarrollo y actividades en beneficio de los demás, su vida, salud y felicidad. Es una actividad aprendida por los individuos y dirigida hacia un objetivo (21).

- **Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, el agua, la eliminación, la actividad

y el descanso, la soledad y las interacciones sociales, la prevención de riesgos y la interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la ocurrencia de condiciones adversas o atenuar sus efectos, en diferentes puntos de la evolución o del desarrollo humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surja de o en conexión con una condición médica.
- Requisitos de Autocuidado: Son reflexiones formadas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o consideradas valiosas en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son la expresión de metas, metas a alcanzar mediante el abordaje consciente del autocuidado.

Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

- Demanda terapéutica de autocuidado: Es una entidad construida por humanos. Representa el conjunto de actividades de autocuidado solicitadas por el individuo, en un lugar dado, en un momento dado y dentro de un período específico, para cubrir las necesidades de autocuidado específicas del individuo, dependiendo de sus condiciones y circunstancias.
- Agencia de autocuidado: Es la capacidad compleja desarrollada que permite a los adultos y adolescentes en crecimiento discernir los factores que deben controlarse o abordarse para regular su propio funcionamiento y desarrollo, decidir qué hacer, qué puede y debe hacer prescriptivamente, exponer los componentes de su necesidades de autocuidado, a la terapia y, en última instancia, a realizar actividades de cuidado definidas para satisfacer sus necesidades de autocuidado a lo largo del tiempo.
- La agencia de cuidado dependiente: Es la habilidad compleja desarrollada por los adultos encargados de hacer cosas que antes eran

dirigidas por sus dependientes, principalmente infantes y adultos dependientes y ancianos.

- Déficit de autocuidado: Ocurre cuando la capacidad de una persona para realizar el cuidado personal necesario es menor que la necesaria para satisfacer una necesidad de cuidado personal conocida.
- Agencia de enfermería: Es un atributo y una compleja propiedad de las personas educadas y capacitadas como enfermeras, e implica la capacidad de comprender y ayudar a otros a conocer sus necesidades de tratamiento para el autocuidado, para satisfacer sus propias necesidades. Requiere autocuidado para los demás o para ayudarlos a otros a adaptarse a la práctica o al desarrollo de su autocuidado o agencia dependiente.
- Sistema de enfermería: La teoría de los sistemas de atención presenta claramente las teorías, ya que muestra cómo la enfermería ayudará a llenar el vacío y permitirá que el individuo continúe brindando atención. El profesional de enfermería, al activar uno de estos sistemas, mira los componentes de poder que posee la persona, la comunidad o el grupo. El componente del poder es la capacidad de mantener la atención; razón; tomar decisiones; adquirir conocimientos y hacerlos funcionar; ordenar acciones de autocuidado para lograr metas; implementar e integrar actividades de autocuidado en las actividades diarias; utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y niveles de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son (21).
 - Sistemas de totalmente compensadores: La enfermera reemplaza al individuo.
 - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar por problemas de salud u otras causas, y realiza actividades de autocuidado dentro de su capacidad.

- **Sistemas de enfermería de apoyo-educación:** Las enfermeras trabajan ayudando a las personas a realizar actividades de cuidado personal. Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". También estipula que las enfermeras pueden utilizar cinco enfoques de apoyo, actuando para compensar las deficiencias, instruyendo, enseñando, apoyando y proporcionando un entorno de crecimiento (21).

Esta teoría se desarrolla con los siguientes constructos:

2.2.1. Programa de reforma de vida renovada

Es una estrategia del Seguro Social de Salud para identificar factores de riesgo para la salud de los trabajadores; trabajadoras y promover en sus asegurados(as) estilos de vida saludables, que lo conduzcan a una mejor calidad de vida y ayuden a cuidar integralmente a las personas con sobrepeso/obesidad, estrés, colesterol, triglicéridos y la glucosa elevada, o con la presión arterial alta (Síndrome Metabólico) (9).

2.2.1.1. Finalidad

Las finalidades del programa de reforma de vida renovada son (9):

- Contar con un trabajador saludable en una empresa amiga de la salud.
- Disminuir las ausencias laborales por enfermedades prevenibles.
- Mejorar el rendimiento del trabajador al disminuir los estados de estrés y ansiedad laboral.
- Disminuir la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente el Síndrome Metabólico.
- Tener asegurado(as) que cultiven hábitos saludables y logren sentirse felices.

2.2.1.2. A quién va dirigido

A los trabajadores(as) de Empresas y a sus derechohabientes, sobre todo a aquellos con Síndrome Metabólico (9).

2.2.1.3. En qué consiste

Chequeo para prevenir el síndrome metabólico (9):

Exámenes de Laboratorio y Test de diagnóstico

- a) Colesterol HDL
- b) Triglicéridos
- c) Glicemia
- d) Test de estilos de vida, de conocimiento y de nivel de estrés.

2.2.1.4. Pilares de intervención

A. Alimentación celeste

Es la relación del hombre con la naturaleza o el medio ambiente. Este componente tiene como objetivo enfocarse en un ambiente saludable, así como centros de trabajo saludables, promoviendo el uso de espacios verdes, seleccionando tecnologías amigables con el ambiente y adoptando prácticas adecuadas de manejo de residuos sólidos.

Además se fomenta la práctica de una buena respiración para el manejo de estrés, favoreciendo la memoria, el autocontrol, la función digestiva, y por ende, mejorando la salud tanto física como mental de la persona; así como la actividad física regular, que busca controlar el peso corporal, mejorar la función cardiorrespiratoria, incrementar o mantener la masa magra, y de este modo, prevenir las dislipidemias (9):

- a) Proyecto de vida.
- b) Buena respiración.
- c) Actividad psicofísica: yoga, Taichi, caminatas, ejercicio
- d) Ambientes saludables: libres de humo y contaminantes.

B. Alimentación terrestre

Este componente consiste en la relación de la persona con una

alimentación saludable, y comprende la educación alimentaria para adopción de hábitos saludables como: Reducción del consumo de grasas trans, aditivos, conservantes, preservantes, saborizantes, estabilizantes, edulcorantes, acidificantes, alimentos refinados, entre otros suplementos que las investigaciones demuestran ser perjudiciales para la salud (9).

- a) Alimentos nutritivos y saludables: selección, combinación y preparación de alimentos; menús y loncheras saludables.
- b) El buen comer: disfrutar la comida comiendo lenta y pausadamente.
- c) Consumo de agua: 2 litros como mínimo.
- d) Higiene física, mental y espiritual.

C. Alimentación humana

Este componente trata sobre la relación entre seres humanos. Implica el autoconocimiento de la persona, el reforzamiento de su autoestima, el manejo de sus emociones y sentimientos, con el fin de lograr una sana convivencia donde prime la tolerancia y el respeto a sí mismo y a los semejantes (9).

- a) Identidad.
- b) Autoestima.
- c) Valores.
- d) Desarrollo humano.

2.2.1.5. Programa calendarizado:

Para abordar cada uno de los pilares de intervención, es necesario desarrollar actividades tanto teóricas como prácticas:

COMPONENTE	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	SESIONES	DURACIÓN
Alimentación celeste	Proyecto de vida	Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión
	Buena respiración	Actividad practica	1 sesión al inicio de cada intervención	10 minutos por sesión

	. Actividad psicofísica: yoga, Taichi, caminatas, ejercicios.	• Actividad practica	3 sesiones por semana	Cada sesión debe durar 30 minutos
	. Ambiente saludable: libre de humo y contaminantes.	• Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos
• Alimentación terrestre	. Alimentos nutritivos y saludables: selección, combinación, y preparación de alimentos; menús y loncheras saludables.	• Actividad teórica	2 sesiones por año	120 minutos por sesión
	. El buen comer: disfrutar la comida lenta y pausadamente.	• Actividad teórica	2 sesiones por año	60 minutos por sesión
	. Consumo de agua: 2 litros como mínimo.	• Actividad teórica	2 sesiones por año	60 minutos cada sesión
	. Higiene física, mental y espiritual.	• Actividad teórica	2 sesiones por año	60 minutos cada sesión
• Alimentación Humana	. Identidad	• Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión
	0. Autoestima	• Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión
	1. Valores	• Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión
	2. Desarrollo humano	• Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión

El módulo básico está formado por 10 sesiones, con una duración de 02 horas cada una y una participación de no más de 50 trabajadores por vez. Las actividades se describen a continuación:

TEMAS A DESARROLLAR	TIEMPO	MODALIDAD
TAI CHI: Conceptos y los 3 primeros pasos	60 minutos	Teoría y Práctica
La necesidad del cambio para el crecimiento humano	30 minutos	Cine Forum
Biodanza	30 minutos	Práctica
TAI CHI: 5 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La interacción del Hombre con el medio ambiente	30 minutos	Conferencia
Relajación	30 minutos	Conferencia
TAI CHI: 7 primeros pasos	60 minutos	Práctica
Trascendencia y Respiración	30 minutos	Conferencia
Técnicas de Buena Respiración	30 minutos	Práctica
TAI CHI: 10 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La Nueva Pirámide Nutricional	30 minutos	Conferencia
Risoterapia	30 minutos	Taller
TAI CHI: Cierre de los 10 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La calidad en los alimentos: Contaminantes y Trasmógenos en los alimentos	30 minutos	Conferencia
Ensaladas Nutritivas	30 minutos	Taller
GIMANSIA PSICOFISICA: Conceptos básicos y los 3 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La alimentación de los 5 sabores y 5 colores	30 minutos	Conferencia
Extractos naturales	30 minutos	Taller
GIMANSIA PSICOFISICA: 10 primeros pasos	60 minutos	Práctica
Higiene y limpieza	30 minutos	Conferencia
Menús saludables	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
El Control de las emociones y la prevención del estrés	30 minutos	Conferencia
Musicoterapia	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
Ela autoestima y su rol en la salud	30 minutos	Conferencia
Ceremonia de Clausura	30 minutos	

Para considerar a un participante como “entrenado”, debe asistir por lo menos a 20 sesiones consecutivas.

2.2.2. Estilos de vida

"Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona" Mendoza (1994) citado por la Universidad de Murcia (22).

"El estilo de vida puede definirse como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo" Sánchez Bañuelos (1996) citado por la Universidad de Murcia (22).

"Los comportamientos de una persona, tanto desde un punto de vista individual como de sus relaciones de grupo, que se construye en torno a una serie de

patrones conductuales comunes", Casimiro (1999) citado por la Universidad de Murcia (22).

"La forma de vivir que adopta una persona o grupo, la manera de ocupar su tiempo libre, el consumo, las costumbres alimentarias, los hábitos higiénicos..."Gutiérrez (2000) citado por la Universidad de Murcia (22).

El Glosario de promoción de la salud (O.M.S., 1999) define estilo de vida de una persona como aquel "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones" citado por la Universidad de Murcia (22).

Con estas definiciones, podemos decir que el estilo de vida de una persona está determinado por cuatro tipos principales de factores que interactúan entre sí y la división de estos factores no es rígida, sino que todos juntos configuran el estilo de vida de individuos y grupos (22).

- Características individuales: personalidad, intereses, educación recibida.
- Características del entorno microsociales en que se desenvuelve el individuo: vivienda, familia, amigos, ambiente laboral o estudiantil.
- Factores macrosociales: sistema social, la cultura imperante, los medios de comunicación.

El entorno geofísico influye en las condiciones de vida que prevalecen en la sociedad y, a su vez, sufre cambios por la acción humana.

El estilo de vida, la forma de vida o la forma de vida se refiere a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que adoptan las personas, algunas de las cuales pueden no ser saludables (23).

El estilo de vida se define por los procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de individuos y grupos que conducen a la satisfacción de las necesidades humanas para el logro de una calidad de vida (23).

De igual manera, el estilo de vida es la base de la calidad de vida, concepto que la Organización Mundial de la Salud –OMS- define como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes" (23).

La calidad de vida está concomitante con los siguientes aspectos (23):

- Satisfacción en las actividades diarias.
- Satisfacción de las necesidades.
- Logro de metas de vida.
- Autoimagen y la actitud hacia la vida.
- Participación de factores personales y socio ambientales.

Entre los estilos de vida que afectan la salud y con ella la calidad de vida de las personas, se encuentran los siguientes (23):

- Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.
- Sedentarismo, falta de ejercicio.
- Insomnio.
- Estrés.
- Dieta desbalanceada.
- Falta de higiene personal.
- Equivocada manipulación de los alimentos.
- No realizar actividades de ocio o aficiones.
- Falta de relaciones interpersonales.
- Contaminación ambiental.

Algunos estilos de vida saludables a los que debemos prestar atención para lograr la calidad de vida deseada son (23):

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- Conservar la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- El autocuidado.
- Tener acceso a seguridad social en salud.

- Controlar factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, estrés y algunas enfermedades como hipertensión arterial y diabetes.
- Realizar actividades en tiempo libre y disfrutar del ocio.

La estrategia para el desarrollo de un estilo de vida saludable se basa fundamentalmente en el compromiso de las personas y la sociedad, solo así se satisfacen las necesidades básicas, se mejora la calidad de vida y se logra el desarrollo humano en torno a la dignidad humana (23).

2.2.2.1. La alimentación en la Medicina Tradicional China

Las antiguas tradiciones de la humanidad conocían el valor del alimento. Sabían que es un don de universo que permite que nuestra existencia pueda mantenerse. Le daban la connotación de algo sagrado.

Los chinos de la antigüedad pensaban que nos alimentamos no solamente de comidas, de los productos de la tierra, sino que también nos alimentamos del prana o energía del cielo y que también alimentamos el espíritu.

Muchas de sus actividades diarias estaban orientadas al objetivo de experimentar el auténtico sentido de la alimentación.

Para ellos la alimentación estaba resumida en tres partes (24):

- Alimentación Celeste, que es la alimentación del espíritu.
- Alimentación Humana, que es la alimentación de la respiración.
- Alimentación Terrestre, que es la alimentación de los alimentos propiamente como tales.

Para mantener el ciclo de vida, los organismos actúan como sistemas de energía abiertos, lo que les permite extraer energía del exterior. El hombre tiene una excelente adaptabilidad, lo que le permite adaptar su dieta a lo que crea el entorno y también adaptarse a las necesidades de sus propios requerimientos. Todos los alimentos en su estado natural tienen su propio sabor único. Ningún alimento sabe igual que otro, cada uno tiene un sabor único que lo hace diferente a los demás. Las papilas gustativas de la lengua pueden detectar 6 sabores diferentes estos son: el salado, el ácido-agrio, amargo, dulce y el picante. Las diferentes culturas a través de sus costumbres

culinarias favorecen unos sabores sobre otros, la cultura oriental china es una cultura que ha demostrado mucha dedicación y esfuerzo al estudio, estudiar sabores, ver el comportamiento de los alimentos y como afectan la salud y la enfermedad. Tradicionalmente, cada sabor tiene una relación y correspondencia con un órgano de nuestra estructura energética. No se puede probar científicamente, pero es un trabajo milenario de estudio y observación transmitido de generación en generación. Así pues tenemos (24):

- Al riñón le corresponde el sabor salado.
- Al hígado le corresponde el ácido-agrio.
- Al corazón le corresponde el amargo
- Al bazo páncreas el dulce y
- Al pulmón el picante.

Esta cultura considera el sabor de los alimentos como un nutriente real y auténtico para ahorrar energía, por lo que para ellos el valor nutricional del alimento va más allá de las calorías, proteínas, lípidos y vitaminas que pueda tener, sin dejar de usarlo. La tradición nos dice que si quieres cuidar tu salud debes ser cuidadoso, atento y ansioso por armonizar los sabores, solo así los huesos estarán sanos y fuertes, la sangre y la energía fluyen sin obstáculos, los tendones son blandos, los tejidos son densos y tensos y todas las estructuras están en buen estado de funcionamiento. Así como los 5 sabores son ideales para mantener una salud óptima, también pueden ser dañinos para el organismo, por ejemplo, si se consume demasiado ácido, se puede exceder la energía del hígado, resultando en un bazo débil. Demasiado sabor puede dañar los huesos, la carne y la piel, y la energía del corazón se verá afectada. Para los humanos, la comida se convierte en el elemento nutritivo yin, el elemento yin de la tierra que protegerá su estructura, órganos y cuerpo físico. El gusto se convierte en el factor responsable de la vida humana, es decir, el hombre necesita el alimento de la tierra pero también el alimento de la naturaleza, el aliento y el alimento del hombre de sus emociones (24).

Yi Yin, un funcionario de la dinastía Shang (siglos XVI y XI a. C.), es considerado uno de los primeros maestros en desarrollar la doctrina de mantener la salud a través de una dieta sana y un equilibrio. Esto fue seguido

por los dietistas de la Dinastía Zhou Occidental (siglos XI-771 aC). Durante la dinastía Zhou, la tradición de combinar la medicina y la comida se hizo ampliamente conocida, en un libro titulado "La fórmula dorada" escrito por SunSimiao, un famoso médico de la dinastía Tang (de 618 a 907 dC), había capítulos especiales sobre el tratamiento mediante los alimentos. SunSimiao cree que debe prestar atención a una dieta razonable para una buena salud, no puede tomar medicamentos de forma arbitraria sin consultar a su médico. En primer lugar, es necesario diagnosticar con precisión y aplicar un tratamiento nutricional al paciente. Si el paciente no mejora, se administrará medicación. Los remedios alimenticios y la producción de medicinas de hoy en China provienen de la experiencia y los estándares de SunSimiao, quien ha vivido más de cien años con buena salud. Cuenta la leyenda que el emperador Shennong de China probó personalmente todo tipo de hierbas y agua mineral para beneficio de su pueblo, Confucio y Mencio tocaron las trompetas para el estudio de las propiedades naturales, la naturaleza de los alimentos. A lo largo de 5000 años y a pesar de las influencias de la religión y la cultura, paulatinamente se han ido promoviendo diferentes principios de dieta en este campo, los cuales se pueden sintetizar en los siguientes cuatro aspectos (25):

- a) Según la Medicina Tradicional China, Después del nacimiento, el bazo y el estómago forman la base importante del cuerpo y por ello es necesario empezar a cuidarlo desde temprana edad, este es uno de los principios básicos de la ley de conservación de la salud y la longevidad. La teoría de los Zang-Fu (órganos y víceras) afirma que los sabores dulces, suaves y ligeros son esenciales para su nutrición: corazón, hígado, bazo, pulmones y riñones, por esta razón, no se recomienda comer muchos alimentos grasos crudos, fríos, secos, calientes, fuertes, pegajosos para proteger el bazo y el estómago de posibles daños. El Zhenqi, es la energía generada por el funcionamiento normal del bazo y el estómago, puede curarse y conservarse durante mucho tiempo, se evitarán enfermedades y se prolongará la esperanza de vida.

- b) La clave para mantener una buena salud a través de la alimentación es la moderación, lo cual se resume en 5 palabras: simplicidad, escases, sencillez, moderación y dieta. Se refiere al hecho de que es mejor comer con sensatez y de muchas maneras y nunca comer hasta que se sienta demasiado lleno. No se deben mezclar varias carnes en la misma comida, y se deben mantener buenos hábitos alimenticios y disciplinas de higiene. Debe comer cuando tenga hambre y detenerse antes de sentirse satisfecho. Asimismo, debe beber con moderación cuando tenga sed y evitar beber agua a altas horas de la noche. Además, no conviene limitar la ingesta de unos pocos alimentos, incluso las comidas que son demasiado variadas no son adecuadas.
- c) A favor de la terapia alimentaria sobre la medicación. Es más conveniente curar enfermedades y recuperar la salud a largo plazo, especialmente en los ancianos, principalmente con trastornos de los cinco vísceras, de una pérdida de energía y sangre, además de debilidad de las funciones del bazo y del estómago. Las personas mayores son generalmente débiles y a menudo padecen enfermedades crónicas. Por tanto, el tratamiento y la recuperación mediante una dieta sana serán más eficaces que la medicación continua, ya que es más probable que produzcan efectos negativos.
- d) Desayune lo más temprano posible y cuanto más tarde cene, comer tarde por la noche será perjudicial para la salud. Mastique siempre con cuidado y trague suavemente, evitando el apetito voraz. Tienes que aprender a elegir y limitar tus comidas. Los platos ligeros, dulces y de sabores suaves siempre son buenos, evite comer alimentos grasosos y rancios. Evita comer demasiada carne, pescado, salteados y platos con sabores fuertes. Es conveniente comer alimentos tibios, no demasiado calientes, a una temperatura que no te queme la boca. Si comes algo frío, es mejor que no esté demasiado frío, es decir, a un nivel para que no te duelan los dientes. Los alimentos duros que ensucian y la carne poco cocida son difíciles de digerir y no son adecuados para las personas mayores.

A. La alimentación celeste “Espíritu”

Es la alimentación del espíritu, la alimentación celeste era patrimonio del templo. El hombre oraba, meditaba, cantaba, danzaba, recitaba, con el fin de alimentar su espíritu. Construía templos, aunque sabía que su cuerpo en sí mismo era también su templo y su medio de comunicarse con lo celeste. La alimentación del espíritu también incluía la nutrición adecuada de los sentimientos y de la interacción con todos los seres vivientes.

La espiritualidad ha sido de muchas maneras algo ajeno a la ciencia, las religiones y las circunstancias históricas del cartesianismo occidental nos han llevado a una ciencia sin alma, donde el ser humano ha sido desmembrado en cuerpo, mente y alma como dimensiones separadas. La espiritualidad es algo que se ha quedado con las organizaciones religiosas y que se separó de la profesión médica. En estos últimos años se ha venido integrando cada vez más la visión holística, es decir que la biología, el psiquismo y la espiritualidad son expresiones vibratorias de una misma dimensión. Oriente ha estado migrando hacia occidente, es un tiempo de integración. En pocas palabras como alguien dijo por ahí "somos seres espirituales que estamos teniendo una experiencia humana" (26).

Está demostrado que el hombre es un ser que precisa de la interrelación con otros seres de su misma especie para nutrirse y desarrollarse adecuadamente. Hay desgraciadas experiencias en las que personas apartadas de todo contacto con el medio se deterioran rápidamente, pierden la cordura y llegan a morir. Los sentimientos son una fuente de alimentación para todos los seres y es algo a tener siempre en cuenta a la hora de alimentar o dar de comer a alguien. El alimento se va a impregnar de la intención, el afecto, el deseo de servir de la persona que lo prepara y se convierte en una ofrenda hacia el que va dirigido. Por eso nos gusta tanto la comida de nuestra madre, aunque sea la peor cocinera del mundo. Porque el afecto, el cuidado, el esmero que pone en lo que cocina, y su deseo de que nos agrade, nos llega en el alimento y lo que es más

importante, nos nutre. Es por lo tanto muy importante el conscientemente “intencional” una actitud de servicio, de deseo de alimentar y de permitir la realización del ser al que vamos a alimentar (27).

B. La alimentación humana “Respiración”

Es la alimentación de la respiración. La alimentación humana es el legado de la técnica de la respiración: saben bien que la respiración también tiene un efecto nutritivo y por eso desarrollaron gran parte del arte conocido como “artes del soplo” como el TaiQi, Qi gong, Kung fu, Wushu y muchas más.

Las emociones, nuestras relaciones familiares y sociales también nutren o intoxican, investigamos las ciencias de la mente aplicadas desde una visión biológica (26).

Todos los seres vivos en forma humana necesitan respirar y beber para poder seguir moviéndose en este plano de existencia. De los dos elementos que necesitaba para seguir avanzando, uno me fue dado. No tengo que hacer nada. ¡Respiro! ¡No tengo que hacer nada! Es automático. Algo más tengo que encontrar. Agua, aliento además de ser un suministro automático y me lo dan, no se ve, pero se escucha. Y se parece al viento. Tengo un equivalente sensible: viento. Entonces, este viento equivalente a la comida es Qi, energía, como el movimiento de planetas, galaxias, etc. Tenemos una dieta proporcionada, no tenemos que hacer nada para buscarla, y es la respiración. En su forma más física, se podría decir que lo que nos nutre es el oxígeno, pero muchas otras cosas también intervienen en este proceso respiratorio. Es entonces una Fuerza, identificada por nosotros por el "viento" que nos nutre, y tampoco necesitamos hacer nada. Si una persona no respira durante unos minutos, morirá. Me alimentan, puedo decir que el Universo me alimenta, ¿Quién es el Universo? puedo decir que es infinito, pero pocas cosas más puedo decir. La cosa es que me alimenta y no hay nada que pueda hacer para cambiar eso. Por otro lado, puedo decir "me gusta o no me gusta". Entonces vemos que la alimentación es fundamentalmente dependiente del Universo y es una dieta involuntaria (que es la respiración) y en

segundo lugar, a mi antojo, en la que puedo decidir "me gusta o no me gusta" y también tuve que buscar comida. O sea, hay una parte de mi existencia, porque hablamos del ser, seguimos en el primer capítulo como existencia, ahora, "ser" equivale a existencia dependiente en mí. Pero es una parte secundaria. Y una parte fundamental no depende de mí, depende del infinito (27).

C. La alimentación terrestre "Alimentos"

Esa es la forma correcta de alimentarse. Que es la alimentación que proviene directamente de los alimentos y su arte culinario.

El arte culinario tiene su papel en la dieta de la tierra. Desde el punto de vista chino, la calidad de la comida es más importante que la cantidad. El gusto es la principal cualidad de un alimento hasta sus límites. Ninguna cosa sabe igual que otra, porque cada alimento tiene un sabor que lo hace diferente a los demás. Podemos descubrir los sabores con el sentido del gusto: salado, ácido-agrio, amargo, dulce picante y el que ellos llaman "insípido". En toda cultura humana, se han favorecido ciertos sabores sobre otros; Por ejemplo, en India y en algunos países de América como México, predomina el picante, pero todos tienen todos los sabores y es la cultura china la que más se ha dedicado al estudio. Investigar sabores, cómo afectan la comida y una serie de cosas. muy importante, su efecto sobre la salud. Ésta es una de las razones por las que una comida típica china incluye todos los sabores en busca del equilibrio.

El color de la comida también es muy importante en esta forma de ver el mundo. Todos los alimentos tienen colores que les dan significado y propiedades que es importante tener en cuenta a la hora de hacer alquimia en la cocina. Los colores básicos en los alimentos son el negro, los verdes y azules, los rojos, amarillos y el blanco. El olor es un factor importante porque capta la esencia del alimento, es una vibración sutil que impregna el alma de la persona que lo percibe. La forma del plato es la máxima expresión de equilibrio y perfección, cada uno de los cuales funciona y contribuye a la belleza (26).

La variable más importante que ofrece la medicina tradicional china en

lo que respecta a la comida es el gusto. El sabor es uno de los aspectos que más tienen en cuenta las ideologías chinas a la hora de cultivar una estructura, hasta el punto de que uno piensa, con perspicacia, que si uno se alimenta solo del sabor, tiene la capacidad de nutrir la estructura. El sabor distintivo nutre la energía espiritual y, por tanto, la energía espiritual, y permite la armonía de las diferentes estructuras y órganos de nuestro cuerpo. Las proporciones agregadas y la forma en que se manipulan los alimentos determinan un cierto sabor. Estos mecanismos aromatizantes de los alimentos son más importantes que consumir carne, huevos, pescado o verduras. Lo más importante es respetar el sabor de la comida y no estropearla o alterarla. Eso quiere decir que allí, como ven, no se tiene en cuenta el concepto de proteína, del que hablábamos, de carbohidratos, de lípidos, sino que se tiene en cuenta el sabor de los alimentos: dulce, salado, agrio, ácido, amargo, insípido, dulce y picante. En realidad, hay siete sabores que seleccionamos. Esos siete sabores, lo ideal sería que estuvieran más o menos presentes en nuestra comida de forma habitual, aunque sea cierto, quizás no tengamos que conseguir estos sabores todos los días, y eso sí, que tengamos que utilizarlos, según los productos alimenticios que se produzcan habitualmente en la tierra (27).

2.2.2.2. Estrés laboral

El estrés laboral o estrés en el trabajo es un tipo de estrés propio de las sociedades industrializadas, en las que la creciente presión en el entorno laboral puede provocar la saturación física o mental del trabajador, generando diversas consecuencias que no sólo afectan a su salud, sino también a la de su entorno más próximo (28).

El estrés laboral aparece cuando las exigencias del entorno superan la capacidad del individuo para hacerlas frente o mantenerlas bajo control, y puede manifestarse de diversas formas. Algunos de sus síntomas más frecuentes van desde la irritabilidad a la depresión, y por lo general están acompañados de agotamiento físico y/o mental (28).

Además, el estrés en el trabajo está asociado con una reducción de la productividad de las empresas y un descenso de la calidad de vida de aquellos que lo sufren, pudiendo incluso ser motivo de baja laboral en los casos más graves, por lo que es conveniente aprender cómo combatirlo, y conocer técnicas eficaces para su manejo. También es útil la realización de determinados ejercicios para eliminar la tensión y la escucha de música antiestrés (28).

En cuanto a sus causas, el estrés laboral puede estar originado por una excesiva carga de trabajo, por un elevado nivel de responsabilidad que pone a prueba la capacidad del individuo o por unas relaciones sociales insatisfactorias en el puesto de trabajo. Si bien cualquiera de estos tres factores puede originar estrés laboral, en ocasiones una combinación de los mismos puede resultar en situaciones más graves que a larga son más difíciles de tratar. Además a estos tres factores se añaden otros que pueden generar situaciones estresantes, como la mala planificación de turnos u horarios o una remuneración inadecuada del trabajador (28).

En palabras de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés laboral es una “enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo; perjudicando a la producción, al afectar a la salud física y mental de los trabajadores” (28).

La mayoría de autores define el estrés laboral como un conjunto de reacciones físicas y mentales que sufre un empleado cuando se ve sometido a diversos factores externos, que superan su capacidad para enfrentarse a ellos. Estas reacciones pueden ser fisiológicas, cognitivas, conductuales o emocionales y por lo general van acompañadas de agotamiento físico y/o mental, angustia y sensación de impotencia o frustración ante la incapacidad del individuo para hacer frente a la situación o situaciones que generan ese estrés. Un ejemplo clásico de estrés laboral sería el síndrome de Burnout o síndrome del trabajador quemado, que suele darse en aquellos puestos de trabajo relacionados con atención al público. Este tipo de puestos, en muchas ocasiones van acompañados de una sobrecarga laboral (por ejemplo por una exposición continua a reclamaciones o quejas de clientes), lo que genera una

situación de estrés permanente y acumulativo en el empleado. Finalmente el trabajador pierde toda motivación y se produce una dinámica mental negativa que le hace percibir cada nueva jornada laboral como interminable (28).

En realidad, el estrés es una respuesta fisiológica natural del ser humano, pues actúa como un mecanismo de defensa que prepara nuestro organismo para hacer frente a situaciones nuevas, que presentan un nivel de exigencia superior o que se perciben como una amenaza. El problema se da cuando esta respuesta natural del organismo se activa en exceso, lo que puede dar lugar a problemas de salud en el medio y largo plazo, y determinados entornos, como el laboral, pueden ser propicios para ello. No obstante, es conveniente señalar que no todos los trabajadores reaccionan ante el estrés laboral de igual modo, ni un factor que genere estrés en un individuo tiene necesariamente por qué generarlo en otro, o con la misma intensidad (28).

De este modo, pueden darse dos situaciones bien distintas de estrés laboral (28):

Eustress (positivo): Su función principal es la de proteger al organismo y prepararlo frente a posibles amenazas o situaciones que requieren de todas nuestras capacidades físicas y mentales para realizar satisfactoriamente una determinada tarea. Es un estado en el que el organismo logra enfrentarse a las situaciones difíciles e incluso puede llegar a obtener sensaciones placenteras con ello. En el contexto laboral sería la situación ideal de equilibrio (28).

Distress (negativo): Se da como resultado de una respuesta excesiva al estrés o prolongada en el tiempo, que puede dar lugar a desequilibrios físicos y mentales, saturando nuestro sistema fisiológico. Además, esta respuesta excesiva, acaba por reducir nuestra capacidad de atención, de decisión y de acción, perjudicando también nuestras relaciones con los demás, al modificar nuestro estado de ánimo. En nuestra sección de noticias, podrá mantenerse informado sobre los últimos descubrimientos que la ciencia ha realizado sobre cómo la tensión emocional y el estrés laboral afectan a nuestra salud (28).

Síntomas del estrés laboral

Los síntomas del estrés laboral se pueden dividir en dos grandes grupos; Por un lado, los síntomas están relacionados con la respuesta emocional y, por otro lado, los relacionados con la respuesta física. Estos síntomas pueden deberse a muchos factores diferentes (28).

Síntomas a nivel emocional:

El estrés relacionado con el trabajo puede alterar drásticamente nuestras respuestas emocionales al entorno, alterar nuestro estado de ánimo y alterar nuestro comportamiento. Algunas de estas reacciones, como el mal humor o la irritabilidad, las personas que nos rodean las perciben fácilmente; mientras que para otros, como en el caso de la depresión, para otros es más difícil de percibir, porque en ocasiones la persona tiende a fingir un estado emocional saludable, por miedo al rechazo, o porque no quiere preocupar a los demás (28).

El estrés en el trabajo puede causar uno o más de los siguientes síntomas emocionales (28):

- Ansiedad
- Mal Humor
- Irritabilidad
- Miedo o temor
- Inseguridad
- Dificultades para concentrarse
- Dificultad para tomar decisiones
- Bajo estado de ánimo
- Depresión

Síntomas a nivel físico:

El estrés en el trabajo también puede provocar una serie de reacciones en nuestro organismo, afectando los sistemas motor, digestivo, respiratorio o cardiovascular. Entre los síntomas físicos más frecuentes podemos encontrar los siguientes (28):

- Problemas intestinales y/o estomacales
- Sudoración excesiva
- Hiperventilación

- Dolor de cabeza
- Mareos y náuseas
- Temblores
- Taquicardia
- Tensión muscular y contracturas.
- Hiposalivación (Sequedad de la boca)

No es raro que más allá de la combinación de síntomas vistos anteriormente, los trabajadores, incapaces de hacer frente al estrés del trabajo, sufran de insomnio. La dificultad para conciliar el sueño, a menudo acompañada de pensamientos negativos, preocupaciones y miedos, no hace más que exacerbar el problema, ya que la función reparadora del sueño en nuestro cerebro se realiza de forma deficiente, haciendo que nos despierte cansado e irritable (28).

Cualquiera de los síntomas enumerados anteriormente no debe tomarse a la ligera, ya que puede parecer intrascendente al principio, lo que, si persiste en el tiempo, puede tener consecuencias más graves (28).

2.2.3. Síndrome metabólico

Se llama síndrome metabólico (también conocido como síndrome X, síndrome metabólico múltiple, síndrome de resistencia a la insulina, síndrome de Reaven o CHAOS en Australia) debido a que la combinación de varias enfermedades o factores de riesgo en el mismo individuo aumenta la probabilidad de enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus. En los Estados Unidos, de acuerdo con la definición de síndrome metabólico desarrollada por el Comité Nacional para el Tratamiento del Colesterol en Adultos Programa Educativo III (NCEP), aproximadamente 25% de la población mayor de 20 años tiene síndrome metabólico, en ese momento cada persona tiene un síndrome concurrente característico, obesidad central (ubicada en el abdomen) y resistencia a la insulina (2).

Para las edades de los candidatos con síndrome metabólico, esto se redujo significativamente. Si antes hablábamos de pacientes de unos 50 años, ahora el

grupo de riesgo es de unos 35 años, es porque desde el comienzo de la vida las personas tienen malos hábitos alimentarios y son sedentarias (2).

2.2.3.1. Diagnóstico

Criterios utilizados para diagnosticar el síndrome metabólico por diferentes autores (29):

Medición clínica	OMS	EGIR	ATPIII 3 de los siguientes	AHA/NHLBI 3 de los siguientes	IDF
Insulina resistenci a	glucosa alterada en ayunas (GAA), Tolerancia a la glucosa alterada (TGA), Diabetes Mellitus tipo 2 o disminución de la sensibilidad a la insulina más dos de los siguientes	Insulina plasmática >percentilo 75 más dos de los siguientes	no	No	no
Obesidad	IMC > 30 y/o relación cintura cadera > 0,90 en varones o > 0,85 en mujeres	Cintura ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres	Cintura ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres	Cintura ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres	Cintura ≥ del umbral definido para cada grupo étnico más dos de los siguientes
Dislipemi a	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl y/o HDL < 35 mg/dl en varones o < 39 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl y/o HDL < 35 mg/dl en varones o < 39 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl o HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl* o HDL* < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl* o HDL* < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres

Presión arterial	≥140/90 mm Hg	≥140/90 mm Hg	≥130/85 mm Hg	≥130/85 mm Hg*	≥130/85 mm Hg*
Glucemia		GAA, TGA o Diabetes Mellitus tipo 2	Glucemia en ayunas > 110 mg/dl	Glucemia* en ayunas > 100 mg/dl	Glucemia* en ayunas > 100 mg/dl
Otros	Micro albuminuria				

*o en tratamiento con fármacos

Fuente: (25)

Insulinorresistencia. Intolerancia a la glucosa

Es una condición en la que la insulina no puede llevar a cabo una respuesta biológica adecuada en la célula. Es decir, hay una disminución en su capacidad para funcionar en el control metabólico de la glucosa posprandial.

Al ingerir alimentos, la glucosa de la dieta se absorbe en el intestino delgado, aumenta su concentración en la sangre y estimula la secreción de insulina.

La insulina es una hormona producida por el páncreas endocrino que absorbe, usa y almacena glucosa en las células. Esto les permite disponer de la energía necesaria (procedente de la glucosa) para realizar procesos de síntesis a expensas de la energía.

En el síndrome de resistencia a la insulina, los tejidos diana (hígado, músculo, tejido adiposo) no responden adecuadamente a su acción. Después de esta resistencia, el páncreas produce más insulina para lograr sus efectos, lo que resulta en hiperinsulinemia (aumento de insulina en la sangre).

Las causas relacionadas son: obesidad y un estilo de vida sedentario presente en la mayoría de los pacientes, anomalías genéticas que alteran la acción de la insulina o anomalías genéticas de los receptores, uso de fármacos que aumentan la resistencia a la insulina (p. Ej., Corticosteroides), aumento de la regulación hormonal (opuesta) de la acción de la insulina (crecimiento hormona, hormona tiroidea) desnutrición fetal, bajo peso al

nacer o lactantes de bajo peso al nacer mayores de 4 kg, también predisposición a la obesidad y resistencia a la insulina.

En pacientes con síndrome de resistencia a la insulina podemos notar: Obesidad central, la circunferencia de la cintura es un indicador indirecto para medir la acumulación de grasa en el abdomen si en mujeres mayores de 88 cm y en hombres mayores de 102 cm, es indicativo de resistencia a la insulina. Hipertensión arterial (HTA); Dislipidemia: aumento de los lípidos de la sangre, colesterol, triglicéridos, LDL, disminución de HDL, aumento del riesgo de trombosis o coagulación, aterosclerosis; Hiperuricemia (aumento del ácido úrico).

La resistencia a la insulina es la fuente del desarrollo de componentes de la SM, mientras que parece promover el desarrollo de complicaciones cardiovasculares. Su persistencia, seguida de insuficiencia de las células beta pancreáticas, induce intolerancia a la glucosa a largo plazo o diabetes tipo 2, que también es un factor de riesgo independiente de complicaciones cardiovasculares. La resistencia a la insulina y sus consecuencias, la hiperinsulinemia, son más o menos la causa directa de diversos factores de riesgo metabólicos, como los triglicéridos plasmáticos elevados, el cHDL disminuido, la hipertensión arterial o la hiperglucemia. Aun así, el SM puede haberse producido ya 10 años antes de la detección de las alteraciones del metabolismo de la glucosa.

El término "azúcar en sangre en ayunas alterada" se refiere a valores de glucosa en sangre entre 110 y 125 mg/dl, y existe amplia evidencia que respalda que cuanto más alto es el nivel de glucosa en sangre en ayunas, mayor es la probabilidad de diabetes tipo 2. No está claro si la alteración del azúcar en sangre en ayunas identifica a las personas con resistencia a la insulina, ya que puede no estar relacionada con ella. En este sentido, la intolerancia a la glucosa se asocia más claramente con la resistencia a la insulina, ya que es un parámetro triplemente sensible para identificar a las personas con resistencia a la insulina. Los resultados del estudio indican que la prueba de tolerancia a la glucosa es superior a la prueba de glucosa

en sangre en ayunas para identificar a los pacientes con resistencia a la insulina y predecir el riesgo cardiovascular (30).

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 representa el 85% de la población con diabetes y el 5-7% de la población total en los países industrializados. La diabetes tipo 2 puede ocurrir a cualquier edad, pero es más típica en el grupo de mayor edad, mayores de 40 años (31).

La obesidad está muy ligada a la diabetes tipo 2. Más del 50% de los pacientes con diabetes tipo 2 son obesos, y popularmente está asociada a la obesidad central (abdominal y visceral). De esta forma, la diabetes tipo 2 es más común en hombres que en mujeres en una relación, ya que los hombres tienden a almacenar más grasa en la zona abdominal que las mujeres. La grasa abdominal se ha relacionado con una predisposición a desarrollar diabetes tipo 2. Se desconoce la base fisiológica para relacionar la obesidad central con la diabetes tipo 2, pero se cree que la grasa visceral provoca una lipólisis más rápida y niveles elevados de ácidos grasos circulantes e inhibe la utilización y el metabolismo de la glucosa a través de los ácidos grasos, ciclo de la glucosa. Los mecanismos que subyacen a la aparición de la diabetes tipo 2 relacionada con la obesidad tampoco están claros. Se cree que la secreción excesiva de citosina TNF α de los adipocitos puede ser uno de los vínculos entre la obesidad y la diabetes tipo 2. En general, los pacientes obesos con diabetes tipo 2 se caracterizan por tener resistencia a la insulina en los tejidos periféricos, mientras que los pacientes no obesos con esta enfermedad están más asociados con patología relacionada con la secreción disminuida de insulina del páncreas. Probablemente los primeros desarrollan la enfermedad como consecuencia de la obesidad, mientras que en los segundos hay más un factor genético responsable de la patología. Además de la obesidad, las personas con diabetes tipo 2 también tienen hiperlipidemia, presión arterial alta, actividad sedentaria y estrés. Todos estos trastornos son factores de riesgo en la aparición de la diabetes tipo 2, y se conocen en conjunto como síndrome X. Es muy frecuente observar más de uno de estos factores de

riesgo e incluso a la vez en las personas que desarrollan la diabetes tipo 2 (31).

El origen de la patología en pacientes tipo 2 puede ser diverso, complejo y en la mayoría de los casos difícil de identificar. Heterogeneidad en la patogenia de la diabetes tipo 2 puede estar caracterizada por (31):

- Disminución de la acción de la insulina en tejidos periféricos, principalmente en músculo esquelético, tejido adiposo e hígado.
- O podría estar relacionado con una disminución en la capacidad del páncreas para secretar insulina.

Sin embargo, la patología principal de la diabetes tipo 2 no radica en la capacidad del páncreas para secretar insulina, al menos en las primeras etapas de la enfermedad, sino en la capacidad de los tejidos periféricos (músculo esquelético) para responder a la insulina en su acción para transportar glucosa de la sangre a las células. Este fenómeno es conocido como resistencia a la insulina (31).

Los orígenes y causas de la resistencia a la insulina son difíciles de determinar. Por tanto, el defecto puede estar en el transportador de glucosa (Glut), principalmente Glut 4, o en la vía de señalización (IRS. P13-cinasa. Akt-cinasa) que induce la activación de Glut 4. Se ha sugerido que los factores genéticos involucrados en la aparición de la diabetes tipo 2 son aquellos que favorecen el almacenamiento de energía. Algunos de estos genes han sido relacionados con la molécula IRS, molécula que interviene en la activación del camino de señalización intracelular para facilitar el transporte de glucosa por acción de la insulina (31).

La diabetes tipo 2 en etapa temprana no presenta síntomas, por lo que en muchos pacientes la enfermedad no se diagnostica hasta que está presente. Sin embargo, en la etapa severa se manifiesta con polidipsia, poliuria, polifagia, y en algunos casos pérdida de peso. La diabetes tipo 2 está relacionada con problemas de arteriosclerosis, angina de pecho y ataques cardíacos. Retinopatía, neuropatía y nefropatía son también patologías asociadas a esta enfermedad (31).

Podemos distinguir diferentes fases en la evolución de la patología de la

diabetes tipo 2 (31):

- Fase inicial: Se observa resistencia a la insulina basal. En un intento por mantener los niveles euglucémicos, el páncreas responde secretando más insulina al mismo estímulo hiperglucémico, compensando así la resistencia a la insulina. De esta manera, y en periodos iniciales, La euglucemia se sigue consiguiendo, aunque se observan niveles de insulina en sangre superiores a lo normal (hiperinsulinemia). Por lo tanto, aunque exista resistencia a la insulina, la euglucemia es mantenida a costa de una hiperinsulinemia.
- Fase intermedia: la hiperinsulinemia no puede mantener la euglucemia porque los tejidos periféricos se vuelven aún más resistentes a la insulina, y el aumento de la producción de insulina por parte del páncreas no es suficiente para compensar la resistencia a la insulina, por lo que se observaron dos fenómenos de hiperglucemia acompañados de hiperinsulinemia.
- Fase intermedia-avanzada: períodos prolongados de hiperglucemia pueden inhibir la producción de insulina por el páncreas (toxicidad de la glucosa, y así, fenómenos de hiperglucemia e hiperinsulinemia son seguidos por periodos de hiperglucemia e hipoinsulinemia
- Fase avanzada: La patología no solo se caracteriza por la resistencia a la insulina, sino que también se acompaña de un cese casi completo de la producción de insulina debido a la falta de insulina en el páncreas.

Los factores que determinan la interacción entre la resistencia a la insulina a nivel periférico y una función disminuida de las células β del páncreas en la función secretora de insulina son totalmente desconocidos. Se ha demostrado que períodos prolongados de hiperglucemia pueden alterar tanto la acción de la insulina a nivel periférico como acción secretora de insulina del páncreas. Estudios científicos han sugerido que fenómenos de resistencia a la insulina preceden a los defectos de la célula pancreática β en su función secretora de insulina. Sin embargo, también se ha demostrado que secreciones disminuidas de insulina por el páncreas pueden ser detectadas en estadios tempranos de la enfermedad, algo probablemente asociado a defectos genéticos (31).

La obesidad, la inactividad física y una dieta inadecuada se han identificado como factores de alto riesgo asociados con la aparición de la diabetes tipo 2. El papel que desempeña la práctica de actividad física regular es crucial para reducir la aparición de la patología de la diabetes tipo 2. El riesgo de la aparición de la diabetes tipo 2 en países industrializados se puede reducir hasta en un 6% por cada 500 kcal gastada diariamente por medio de la actividad física. Otros factores ambientales asociados con la diabetes tipo 2 son la desnutrición en el útero y durante la infancia, que puede estar relacionada con la aparición de la afección en la edad adulta. Otras causas que pueden desencadenar diabetes son excesos de hormonas contra-reguladoras (síndrome de Cushing) (31).

La esperanza de vida en personas con diabetes tipo 2 se reduce en 5 a 10 años en comparación con la población sana. Sin embargo, en pacientes diagnosticados a edades superiores a los 75 años la mortalidad es similar a personas no diabéticas de la misma edad (31).

El tratamiento de la diabetes tipo 2 es incierto, aunque hay estudios que sugieren que una dieta hipocalórica para adelgazar en pacientes obesos durante el primer año tras el diagnóstico puede aumentar la esperanza de vida. Similares conclusiones han sido obtenidas en estudios con intervenciones asociadas a la práctica de actividad física regular y a una dieta basada en carbohidratos complejos (55% del total de la dieta) y con un bajo contenido en grasas (menos del 30%) (31).

Obesidad

La obesidad contribuye al aumento de la presión arterial, la disminución del cHDL y el aumento de los triglicéridos, así como al desarrollo de resistencia a la insulina. La obesidad abdominal se correlaciona mejor con estos factores de riesgo metabólico. Aunque esto todavía es motivo de controversia, parece claro que con un aumento de la grasa corporal, la deposición principalmente abdominal o visceral se acompaña esencialmente de un efecto biológico, la aterogénesis. Algunos autores, al considerar los elementos integrantes del SM, excluirán de la población a la obesidad, a la que considerarán como factor

causal de otras alteraciones (dislipidemia, disglucemia, hipertensión arterial, estados proinflamatorios y protrombóticos). El tejido adiposo, principalmente visceral, libera una variedad de mediadores que estimulan la ocurrencia de estos cambios, tales como ácidos grasos no probados (AGNE), citocinas, resistina, adiponectina, leptina e inhibidores del activador del plasminógeno (PAI-1). En este sentido, un exceso de AGNE y citocinas induce la aparición de resistencia a la insulina.

A diferencia de otros componentes del SM que son consecuencia, al menos en parte, de la resistencia a la insulina. La obesidad visceral no solo no es una consecuencia, sino que puede ser la causa de la resistencia a la insulina, la hiperinsulinemia y promover su aparición. La mayoría de las personas con un índice de masa corporal (IMC) > 30 tienen hiperinsulinemia posprandial y una sensibilidad a la insulina relativamente baja. En algunas poblaciones, como en el sur de Asia, existe una resistencia a la insulina significativa incluso con IMC < 25, puede explicar la sobreprevalencia de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. El estrecho vínculo entre la obesidad y los factores de riesgo ha llevado al Adult Treatment Council III (ATPIII) a definir el SM principalmente como un grupo de complicaciones metabólicas asociadas a la obesidad (30).

Dislipidemia

La palabra dislipemia se refiere a la alteración (dis) de los lípidos (grasas) de la sangre. Esta alteración puede consistir en un aumento de la cantidad de colesterol en la sangre, de los triglicéridos o de ambos a la vez. Si sólo está aumentado el colesterol hablaremos de hipercolesterolemia (el prefijo hiper significa alto o aumento). Cuando aumentan los triglicéridos hablamos de hipertrigliceridemia, y si están aumentados tanto el colesterol como los triglicéridos hablaremos de dislipemia mixta (32).

Incluye varios cambios, que incluyen aumento de triglicéridos, disminución de partículas de cHDL (especialmente HDL 2), presencia de lipoproteínas de baja densidad (LDL) pequeñas y densas, aumento de apolipoproteína B e hiperlipidemia posprandial. La dislipidemia aterogénica en el SM es probablemente el factor más estrechamente asociado con la resistencia a la

insulina y el riesgo cardiovascular. Son característicos los niveles bajos de cHDL y la hipertrigliceridemia. Estos cambios están estrechamente relacionados con un aumento de partículas LDL pequeñas y densas y la acumulación posprandial de lipoproteínas ricas en triglicéridos residuales, hechos que se asocian con un mayor riesgo cardiovascular (32).

Hipertensión arterial.

Se define hipertensión Arterial cuando las cifras de la tensión arterial sistòlica (TAS) son superiores a 140mm de Hg y/o las de tensión arterial diastòlica (TAD) igual o superiores a 90mm de Hg. HTA será leve entre 90 y 104, moderada entre 105-114 y grave de 115 en adelante.

A continuación se especifica algunos factores que se debe tener presente para la elaboración de una dieta para esta patología.

Ingesta de sal. Los estudios demuestran que existe una asociación entre la ingesta de Na y la pendiente de elevación de TAS con la edad; obteniéndose que un descenso en la ingesta de 100 mmol de Na por día supone una reducción de 9 mm de Hg. En la elevación de la TAS en 30 años (de 25 a 55 años) (33). La restricción del sodio es una medida básica dentro del esquema terapéutico de la hipertensión. La restricción sódica, junto con los diuréticos, al producir una depleción de este catión, va a originar en forma inmediata una reducción del volumen plasmático y del líquido extracelular, cuyos efectos se van a atenuar tras un reajuste hemodinámico. Incluso más adelante se producirá una disminución de la respuesta contráctil de las arteriolas a los estímulos vasoconstrictores (33).

Sobrepeso. Este factor, junto con la ingesta de alcohol es el más influyente, por lo que la reducción de peso corporal debe ser la medida no farmacológica más importante en el tratamiento de la HTA. La moderación en el comer y en el beber será una de las normas básicas además de una dieta hipocalórica que reduzca el exceso ponderal. Sin embargo en aquellos casos de hipertensión en los que haya desnutrición o adelgazamiento es preciso instaurar una dieta que mejore el estado nutritivo (33).

Dieta lipídica. Existen evidencias sobre la asociación directa entre el consumo de grasas saturadas en la dieta y la HTA. Asimismo, un elevado consumo de

ácidos grasos, omega 3 se asocia con niveles de TA inferiores (33).

Consumo de alcohol. La relación directa entre consumo de alcohol y las cifras de TA ha quedado demostrada en diferentes estudios epidemiológicos (33).

Muchos estudios epidemiológicos han demostrado que la prevalencia de hipertensión en individuos obesos puede llegar hasta el 25 - 50%, y el riesgo de esta enfermedad se correlaciona bien con el sobrepeso, incluso como un trastorno reversible a medida que se produce una pérdida ponderal. Además, se ha demostrado que la correlación con la hipertensión arterial es más fuerte en personas con obesidad androide, posiblemente debido a su mayor resistencia a la insulina (34).

Posiblemente, los mecanismos patogénicos por los que se observa mayor la prevalencia de hipertensión arterial en los individuos obesos son (34):

- Sensibilidad a la sal: Según la evidencia disponible, la hipertensión asociada a la obesidad es sensible a la sal, puede deberse a hiperinsulinemia.
- Resistencia a la insulina: diversos estudios experimentales han evidenciado la relación entre resistencia a la insulina, hipertensión arterial y obesidad.

La hiperinsulinemia puede contribuir a la hipertensión, ya que la insulina ejerce un efecto antidiurético a través de su efecto sobre los túbulos renales. Además. La insulina es un potente mitógeno y factor de crecimiento tanto directamente como a través de receptores para otros factores de crecimiento (p. ej. IGF-1), por tanto, estimula la proliferación endotelial vascular y del músculo liso. Finalmente, sabemos que la insulina estimula la acción del transportador de membrana Na^+/H^+ produciéndose alcalinización y aumento del Na^+ intracelular. La alcalinización promueve el crecimiento celular y puede conducir a una mayor estratificación de los vasos del músculo liso y el aumento del Na^+ intracelular disminuye la salida de Ca^{++} mediante el transportador $\text{Na}^+/\text{Ca}^{++}$. El aumento del Ca^{++} citosólico en las células del músculo liso vascular produce hiperreactividad vascular e hipertensión arterial.

- Hiperreactividad del SNS: Se sabe que comer en exceso provoca un aumento de los niveles de noradrenalina y del tono simpático.

Cuando la obesidad se asocia con presión arterial alta, el aumento de la resistencia periférica conduce a un aumento de la poscarga y la presión ventricular, y a una miocardiopatía hipertrófica debido al engrosamiento de la pared del ventrículo izquierdo.

Glucemia

La glucosa en sangre es una medida de la concentración de glucosa libre en sangre, suero o plasma. Durante el ayuno, los niveles normales de glucosa en sangre oscilan entre 60 y 99 mg / dL. Cuando el azúcar en sangre está por debajo de este umbral, se denomina hipoglucemia; Cuando está entre 100 y 125 mg / dL, se llama azúcar en sangre en ayunas alterado, y cuando supera los 126 mg / dL, es hiperglucemia. Es una de las variables más importantes reguladas en el medio interno (homeostasis).

Muchas hormonas participan en el metabolismo de la glucosa, incluidas la insulina y el glucagón (ambos secretados por el páncreas), la adrenalina (derivada de las glándulas suprarrenales), los glucocorticoides y las hormonas esteroides (secretadas por las gónadas y las glándulas suprarrenales).

La hiperglucemia es el signo más común de diabetes, ya sea por deficiencia de insulina, en la diabetes tipo I, o por resistencia a la insulina en el tipo II.

También hay que ver que las fibras dendríticas producidas por el páncreas inducen intolerancia a la glucosa y esto altera el mecanismo regulador homeostático.

El examen de glucemia también se utiliza para monitorear a pacientes que padecen diabetes. También se puede hacer si usted presenta:

- Un aumento en la frecuencia de la necesidad de orinar
- Visión borrosa
- Confusión o un cambio en la forma como usted normalmente habla o se comporta
- Episodios de desmayo
- Convulsiones (por primera vez)

Esta prueba también puede utilizarse para examinar a una persona en busca de diabetes.

La hiperglucemia y la diabetes puede que no causen síntomas en las primeras

etapas. Casi siempre se hace una de prueba glucemia en ayunas para detectar diabetes.

Tratamiento

El tratamiento del síndrome metabólico debe tener como objetivo mejorar la resistencia a la insulina y el control general de las condiciones asociadas con un mayor riesgo cardiovascular.

Tratamiento de la resistencia a la insulina. Esto está estrechamente relacionado con la prevención y el tratamiento de la obesidad, la promoción de un estilo de vida saludable que conduzca a una nutrición adecuada y el fomento de la actividad física.

Al respecto hay dos estudios (Finnish Diabetes Prevention Trial y el Diabetes Prevention Program 2 –DPP 2-) que demostraron que una intervención de dieta y ejercicios en individuos intolerantes a la glucosa reducen la progresión a la diabetes en un 60%. (15, 16) El tratamiento de la obesidad con medidas no farmacológicas y farmacológicas, incluyendo la cirugía bariátrica en obesos severa, mejora la sensibilidad a la insulina y el control de las comorbilidades que la acompañan.

El objetivo del tratamiento es reducir su riesgo de enfermedades cardiacas y diabetes.

Se recomendará cambios en el estilo de vida o medicamentos (29):

- Pérdida de peso. El objetivo es perder de 7 a 10 % del peso actual. Probablemente necesite consumir entre 500 y 1000 calorías menos por día..
- Hacer 30 minutos de ejercicio de intensidad baja o moderada, como caminar, de 5 a 7 días por semana.
- Disminuya sus niveles de colesterol comiendo alimentos saludables, perdiendo peso y haciendo ejercicio, y tomando medicamentos para reducir el colesterol según sea necesario.
- Reduzca su presión arterial comiendo menos sal, perdiendo peso, haciendo ejercicio y tomando medicamentos si es necesario.
- Se puede recomendar una dosis diaria baja de ácido acetilsalicílico.
- Dejar de fumar.

2.3. Formulación de hipótesis

Hipótesis General:

Existe eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

2.4. Definición de términos

- **Eficacia.** Grado de consecución de metas y objetivos. La eficiencia se refiere a la capacidad de lograr lo que se propone (35).
- **Programa.** Un Programa se origina en un plan y es la condición fundamental para hacer realidad sus objetivos. Un programa es un elemento esencial en el que se organizan acciones, servicios o procesos de manera sistemática, coherente e integrada, con plazos y responsabilidades definidos; Se realiza con el objetivo de alcanzar las metas y objetivos marcados. Los programas pueden ser económicos, políticos, sociales, culturales, ambientales, etc. De esto podemos concluir que el programa es el elemento básico para operar, administrar, gestionar y promover un plan (36).
- **Reforma.** La reforma es la acción y el efecto de la reforma o reformarse. Por otro lado, este verbo se refiere a reformar, rehacer, modificar algo, modificar o ajustar el comportamiento (37).
- **Vida.** Una característica o cualidad esencial de los animales y plantas mediante la cual evolucionan, se adaptan a su entorno, se desarrollan y se reproducen (37).
- **Renovada.** El término está asociado con la acción y efecto de innovar (devolver algo a su estado original, dejarlo como nuevo, restaurar algo que ha sido interrumpido, reemplazar algo viejo por uno nuevo, cosa nueva del mismo tipo, reemplazar algo) (37).
- **Estilo:** Referido al modo, manera, o forma de comportamiento. Uso, práctica, costumbre, moda (38).
- **Síndrome metabólico:** Es un diagnóstico clínico; un grupo de datos clínicos o factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar enfermedad

cerebrovascular o diabetes. La RI y la obesidad abdominal son fundamentales para el síndrome que ocurre en personas con predisposición metabólica (39).

- **Trabajador:** Persona que presta un servicio retribuido (40).
- **Alimentación:** Es la acción por la cual se le proporciona alimentos al organismo; la cual va desde la selección de los alimentos, hasta su ingestión (41).
- **Estrés:** Reacción del organismo a una demanda o desafío. Es un sentimiento de tensión física o emocional. En pequeños episodios el estrés puede ser positivo, pero cuando éste se prolonga, puede dañar su salud (42).
- **Obesidad:** La acumulación de grasa anormal o excesiva puede ser perjudicial para la salud. El criterio para considerar la obesidad es un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30. Se considera un factor de riesgo para diversas enfermedades crónicas (43).
- **Sobrepeso:** Considerada cuando el IMC es igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. También considerada un factor de riesgo para diversas enfermedades crónicas. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo de muchas enfermedades crónicas, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (43).
- **Dislipidemia:** Término usado para referirse a la alteración de los lípidos de la sangre (32).
- **Hipertensión arterial:** Es la presión arterial alta, con valores mayores o iguales a 140mmhg para la presión sistólica, y/o 90mmhg para la diastólica (44).
- **Insulinorresistencia:** Estado caracterizado por una reducida respuesta a concentraciones normales de insulina circulante, disminuyendo, consecuentemente, la acción biológica de esta hormona, en relación con lo previsto para esa concentración (45).
- **Autocuidado:** Hace referencia a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, realizada por una persona, familia o comunidad, con el fin de cuidar de su salud (fortalecerla y/o restablecerla) y prevenir las enfermedades; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a lo largo de la vida, usadas de manera continua y libremente (46).

- **Estado:** Se refiere a la situación o contexto en el que se puede encontrar un objeto o una persona. Proviene del latín status, que significa "estar detenido". Con el tiempo, la palabra comenzó a usarse para referirse al estado de algo en un momento determinado, un uso que se extendió rápidamente en la política para referirse a la república (47).
- **Nutrición:** Es la cantidad de alimento en relación con las necesidades alimentarias del organismo. Una buena nutrición es una dieta suficiente, suficiente y equilibrada, adecuada a las necesidades de cada individuo en particular (43).
- **Actividad:** Facultad de obrar. El conjunto de actividades o tareas de una persona u organización (38)
- **Ambiente saludable:** El concepto de medio ambiente sano incluye aspectos directamente relacionados con la calidad de vida y el bienestar humano, a saber, la infraestructura, el equipamiento y las condiciones de trabajo (48).
- **Hábitos:** Una costumbre adquirida mediante la repetición de un comportamiento idéntico o similar, o como resultado de una predisposición instintiva (38).
- **Factores de riesgo:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumenta su probabilidad de enfermedad o lesión (43).

2.5. Identificación de variables

Variable independiente:

- Eficacia del “Programa de reforma de vida renovada”.

Variables dependientes:

- Estilos de vida.
- Síndrome metabólico

2.6. Operacionalización de las variables

De intervención

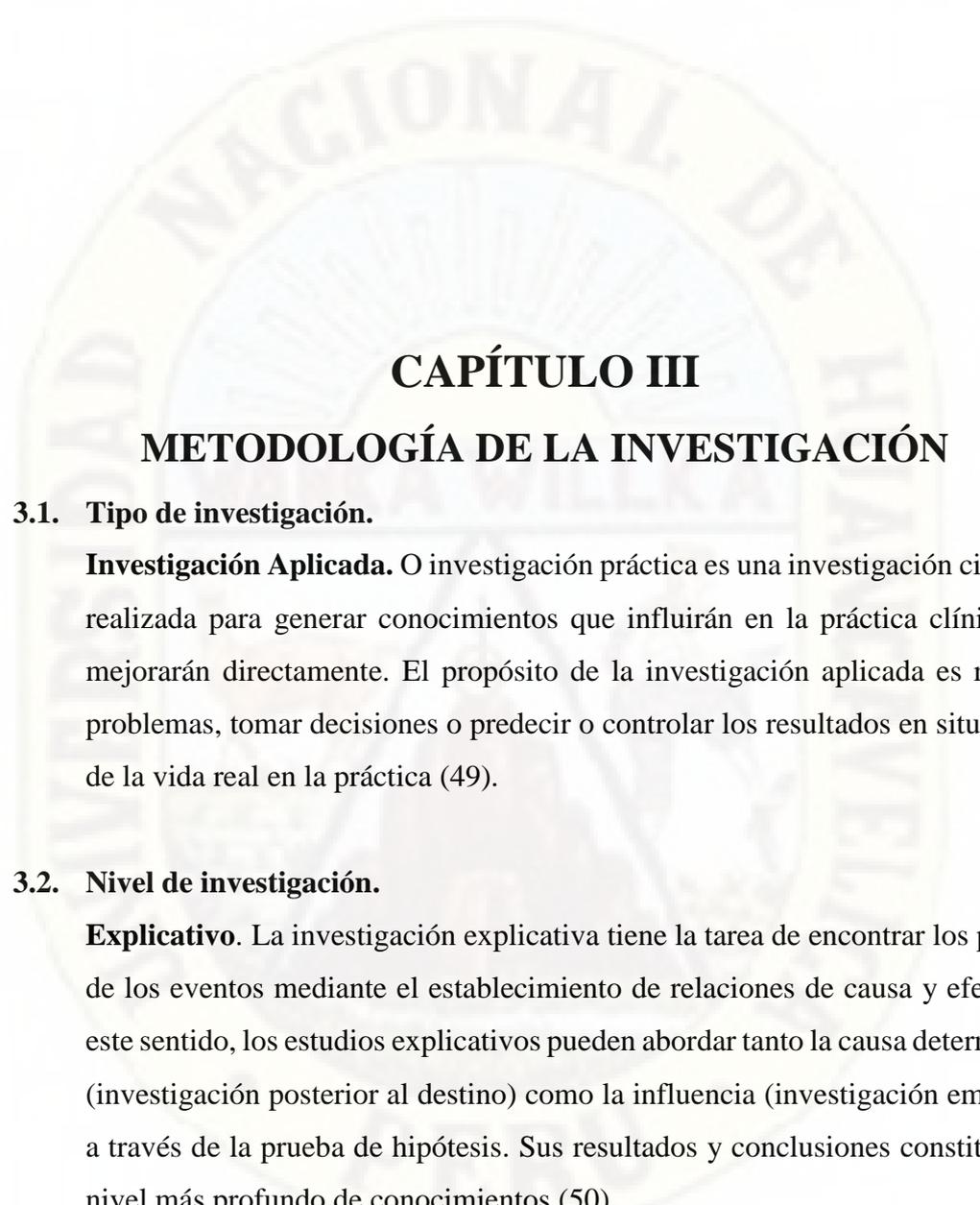
VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIÓN	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	Nº DE ACTIVIDADES	TIEMPO POR ACTIVIDAD	
Programa de reforma de vida renovada	Alimentación celeste	Proyecto de vida	Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión	
		Buena respiración	Actividad practica	1 sesión al inicio de cada intervención	10 minutos por sesión	
		Actividad psicofísica: yoga, Taichi, caminatas, ejercicios.	Actividad practica	3 sesiones por semana	Cada sesión debe durar 30 minutos	
		Ambiente saludable: libre de humo y contaminantes.	Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos	
	Alimentación terrestre	Alimentos nutritivos y saludables: selección, combinación, y preparación de alimentos; menús y loncheras saludables.	Actividad teórica	2 sesiones por año	120 minutos por sesión	
		El buen comer: disfrutar la comida lenta y pausadamente.	Actividad teórica	2 sesiones por año	60 minutos por sesión	
		Consumo de agua: 2 litros como mínimo.	Actividad teórica	2 sesiones por año	60 minutos cada sesión	
		Higiene física, mental y espiritual.	Actividad teórica	2 sesiones por año	60 minutos cada sesión	
		Alimentación Humana	Identidad	Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión
			Autoestima	Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión
	Valores		Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión	
	Desarrollo humano		Actividad teórica	1 sesión por año	60 minutos por sesión	

De evaluación

VARIABLES DEPENDIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADORES	ÍTEM
Estilos de vida.	Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona (16).	Para medir los estilos de vida se utilizara un cuestionario con 5 ítems, el que será aplicado a los trabajadores del Poder Judicial	1. Consumo de sustancias nocivas.	Consumo de alcohol y tabaco	1. ¿Consume bebidas alcohólicas? Si No Ocasionalmente Frecuentemente 2. ¿Consume tabaco? Si No Ocasionalmente >20/día
			2. Consumo de alimentos	Presenta buenos o malos estilos de vida	3. ¿Consume frutas? Si No Ocasionalmente >3 frutas/día 4. ¿Consume vegetales? Si No Ocasionalmente >3 vegetales/día
			3. Ejercicio físico	Presenta o no estrés	5. ¿Realiza ejercicio físico? Si No Ocasionalmente >30 minutos/día
Síndrome metabólico	Es la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus (23).	Para la medición del síndrome metabólico se utilizara una guía de observación, recabándose los datos de las historias clínicas de cada uno de los trabajadores, los datos corresponderán a el estado nutricional, dislipemia, presión arterial y glucemia. La guía de	1. Estado nutricional	Índice de masas corporal > 30 Cintura ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres	1. ¿Cuál es el IMC? 2. ¿Cuál es la medida de la cintura
			2. Dislipemia	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl. Colesterol HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres	3. ¿Cuál es la medida de triglicéridos? 4. ¿Cuál es la medida del colesterol?
			3. Presión arterial	≥ 130/85 mm Hg	5. ¿Cuál es la medida de la presión arterial?

		observación será aplicada antes y después de la aplicación del “Programa de reforma de vida renovada”.	4. Glucemia	Glucemia en ayunas > 110 mg/dl.	5. ¿Cuál es la medida de la glucemia en ayunas?
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------	-------------------------------------------------





CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación.

Investigación Aplicada. O investigación práctica es una investigación científica realizada para generar conocimientos que influirán en la práctica clínica o la mejorarán directamente. El propósito de la investigación aplicada es resolver problemas, tomar decisiones o predecir o controlar los resultados en situaciones de la vida real en la práctica (49).

3.2. Nivel de investigación.

Explicativo. La investigación explicativa tiene la tarea de encontrar los porqués de los eventos mediante el establecimiento de relaciones de causa y efecto. En este sentido, los estudios explicativos pueden abordar tanto la causa determinante (investigación posterior al destino) como la influencia (investigación empírica), a través de la prueba de hipótesis. Sus resultados y conclusiones constituyen el nivel más profundo de conocimientos (50).

3.3. Métodos de investigación.

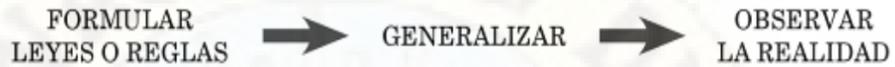
- Método Inductivo

Porque se partió de la experiencia, más no de una teoría en específico; y a partir de la observación de la realidad se realizaron, luego, generalizaciones y formularon leyes o reglas (51).



- **Método Deductivo**

Porque va de lo general a lo particular (51).



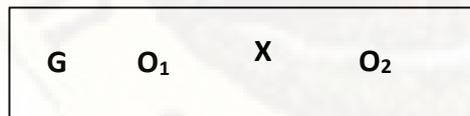
- **Método Hipotético-Deductivo**

Constituye una mezcla o combinación del método inductivo y el deductivo. Se realizaron deducciones de la teoría, las cuales son corroboradas, o no, mediante la observación de la realidad.

3.4. Diseño de investigación.

Diseño pre-experimental de un grupo con pre prueba y pos prueba:

Casi siempre consta de tres etapas: 1ª administrar una prueba preliminar para medir la variable dependiente, 2ª aplicar el tratamiento experimental “X” a los sujetos, 3ª administrar una post prueba que mida otra vez la variable dependiente. A continuación, para medir las diferencias atribuidas a la aplicación del tratamiento experimental se comparan las puntuaciones de las dos pruebas (52). Su esquema es el siguiente:



Dónde:

G: Representa al personal judicial y administrativo que trabaja en el Poder Judicial, 2015-2016.

O₁: Observación inicial de signos y síntomas del síndrome metabólico, y los estilos de vida

O₂: Observación de los estilos de vida y los signos y síntomas del síndrome metabólico, después de aplicado el tratamiento.

X: Tratamiento: Aplicación del “Programa de reforma de vida renovada”.

Se realizó un total de 10 sesiones, en un período de 4 meses, correspondientes al módulo básico del Programa. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 2 hrs, como consta en el programa calendarizado (Anexo)

La evaluación post test, se realizó a los 6 meses después de empezado el Programa Reforma de Vida Renovada.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1. Población

Personal jurídico y administrativo del Poder Judicial: 29 trabajadores nombrados con síndrome metabólico y sin síndrome metabólico.

3.5.2. Muestra

Todos los trabajadores (Censal): muestra = población.

3.5.3. Muestreo

Muestreo intencional.

3.6. Técnicas e instrumento de recolección de datos.

La técnica e instrumento de recolección de datos utilizados para la presente investigación fueron:

VARIABLES DEPENDIENTES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Estilos de vida	Encuesta	Cuestionario
Síndrome metabólico	Observación	Guía de observación

3.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

- **De la estadística descriptiva**

Técnicas para resumir y describir datos cuantitativos:

Las tablas de frecuencia simple, los diagramas desectores y los diagramas de barras simple.

- **De la estadística inferencial**

Técnicas paramétricas para datos en escala de razón determina la aplicación de la prueba:

Prueba de t de Student.

3.8. Descripción de la prueba de hipótesis

Esta prueba se efectúa para contrastar la hipótesis nula de no-existencia de diferencias significativas entre las medias de dos variables (X e Y) con distribución normal, medidas en los mismos sujetos, o bien la no-existencia de diferencias significativas entre la medida de una misma variable medida en los mismos sujetos en situaciones diferentes (por ejemplo, antes y después de un tratamiento). La aplicación de la prueba requiere el mismo número de sujetos en ambas situaciones. Si el valor p (sig. bilateral), asociado con el estadístico de prueba es mayor que α , se aceptará la hipótesis nula. Por el contrario, si el valor p es menor que α , entonces se aceptará la hipótesis alternativa de una diferencia significativa entre los valores medios de las dos variables, en el nivel α de significancia (53).

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

Se tuvo presente el procesamiento y análisis a través de las técnicas de la estadística descriptiva, tales como: cuadros de resumen simple, gráfico de barras. Asimismo, para obtener resultados más fiables, se procesó los datos con los paquetes estadísticos Excel 2013 y SPSS 22 en español para Windows.

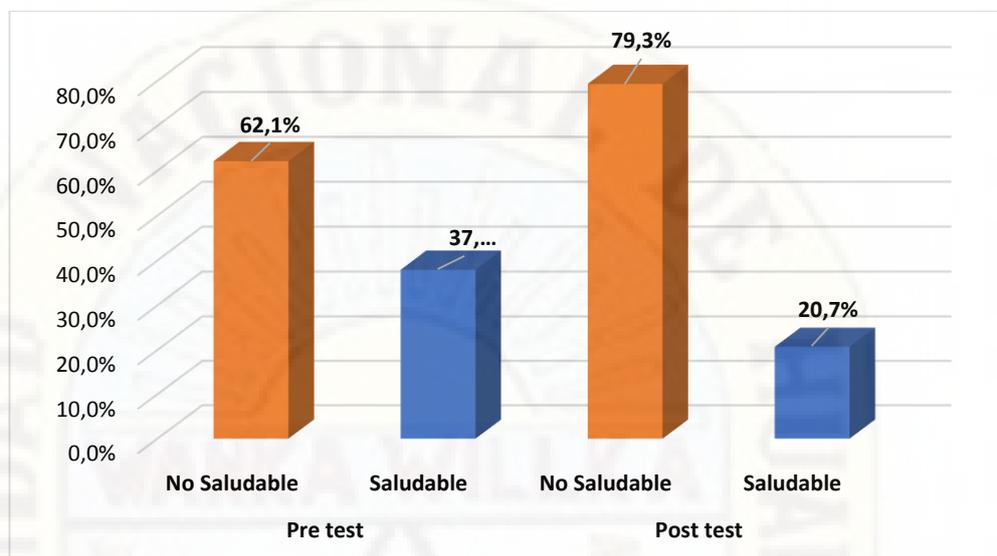
Tabla 1. Estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 en el pre y post test al programa de Reforma de Vida Renovada.

ESTILOS DE VIDA	PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA RENOVADA			
	Pre test		Post test	
	f_i	$h_i\%$	f_i	$h_i\%$
Saludable	11	37.9%	6	20.7%
No saludable	18	62.1%	23	79.3%
TOTAL	29	100%	29	100%

FUENTE: Encuesta-Análisis Documental 2015-2016.

GRÁFICO N° 01

Estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 en el pre y post test al programa de Reforma de Vida Renovada.



FUENTE: Tabla N° 01

Interpretación: De la tabla N° 01 se evidencia en el pre test que existe 62.1% (18) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con estilo de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable. Así mismo se evidencia en el post test un 79.3% (23) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con un estilo de vida no saludable y un 20.7% (06) con estilos de vida saludable.

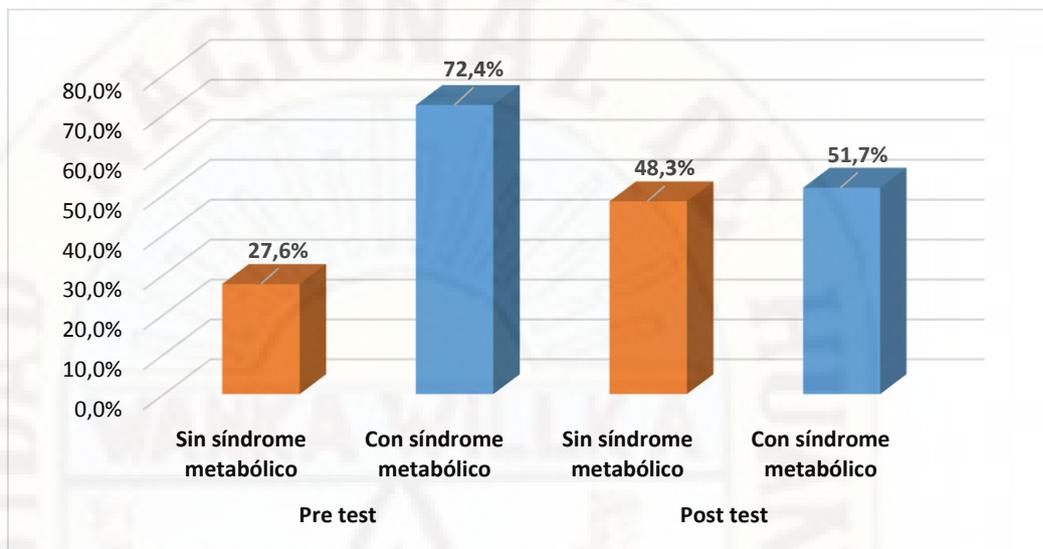
Tabla 2. Síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 en el pre y post test al programa de Reforma de Vida Renovada.

SINDROME METABÓLICO	PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA RENOVADA			
	Pre test		Post test	
	f_i	$h_i\%$	f_i	$h_i\%$
Con síndrome metabólico	21	72,4%	15	51,7%
Sin síndrome metabólico	8	27,6%	14	48,3%
TOTAL	29	100%	29	100%

FUENTE: Encuesta-Análisis Documental 2015-2016.

GRÁFICO N° 02

Síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 en el pre y post test al programa de Reforma de Vida Renovada.



FUENTE: Tabla N° 2

Interpretación: De la tabla N° 02 se evidencia en el pre test, que existe un 72.4% (21) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con síndrome metabólico y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico . Así mismo, se evidencia en el post test que el porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico disminuye al 51.7% (15).

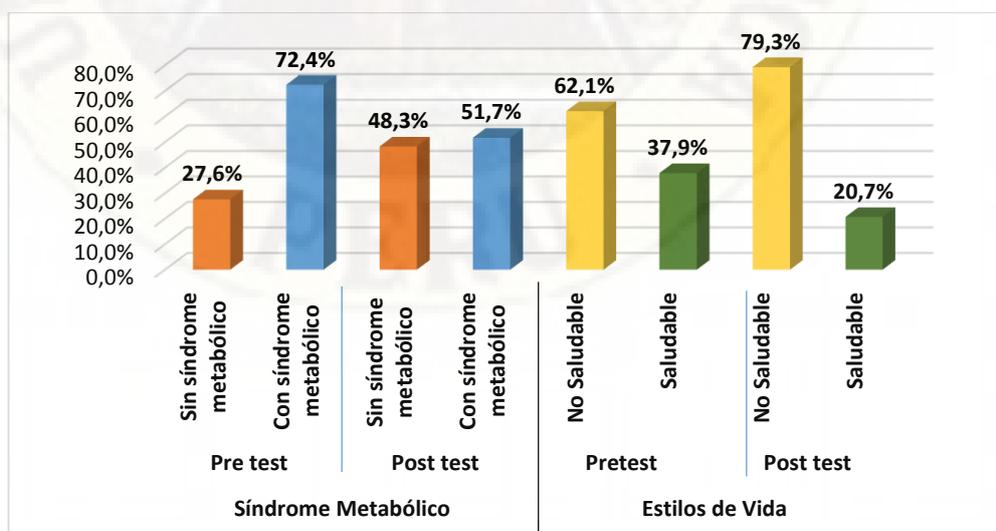
Tabla 3. Eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA RENOVARADA				
	Pre test		Post test	
	f_i	$h_i\%$	f_i	$h_i\%$
	SINDROME METABÓLICO			
Con síndrome metabólico	21	72.4%	15	51.7%
Sin síndrome metabólico	8	27.6%	14	48.3%
TOTAL	29	100%	29	100%
ESTILOS DE VIDA				
Saludable	11	37.9%	6	20.7%
No saludable	18	62.1%	23	79.3%
TOTAL	29	100%	29	100%

FUENTE: Encuesta-Análisis Documental 2015-2016.

GRÁFICO N° 03

Eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.



FUENTE: Tabla N° 03

Interpretación: De la tabla N° 03 se evidencia en el pre test que existe un 72.4% (21) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con síndrome metabólico y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico. Así mismo, se evidencia en el post test que el porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico disminuye al 51.7% (15), y aumenta el porcentaje de trabajadores sin síndrome metabólico a un 48.3% (14). Por otra parte, se evidencia en el pre test que existe 62.1% (18) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con estilos de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable; evidenciándose en el post test, un 79.3% (23) de trabajadores con estilos de vida no saludables y un 20.7% (06) con estilos de vida saludables.

4.2. Discusión de resultados

El Programa de Reforma de Vida Renovada es una estrategia adoptada por el Hospital II Essalud Huancavelica, y puesta en marcha sobre los trabajadores del Poder Judicial de dicha localidad, con el propósito de mejorar sus estilos de vida y disminuir el síndrome metabólico. La eficacia de este programa, determinaría la importancia de su aplicación, y sus beneficios sobre la salud de los trabajadores.

Debido a este planteamiento que nos hemos trazado, se han encontrado los siguientes resultados:

Se pudo evidenciar en el pre test del programa “Reforma de Vida Renovada” que existían 21 trabajadores del Poder Judicial de Huancavelica con síndrome metabólico; cifra que, en el post test a dicho programa, se redujo a 15 trabajadores con síndrome metabólico. Además, puesto que $VC > VT$ ($2,268 > 1,701$) decimos que se ha encontrado evidencia para rechazar la hipótesis nula; y se acepta la hipótesis alterna de la investigación; permitiendo afirmar que el programa de reforma de vida renovada es eficaz en la disminución del síndrome metabólico en trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, con una significancia estadística al 5%.

De acuerdo al modelo trasteórico de Prochaska y Diclemente 1983 afirma que las personan progresan a lo largo de una serie de etapas de cambio

comportamental, y que el paso a lo largo de éstas etapas tiende a ser cíclico y no lineal. Por lo tanto, las personas pueden lograr un cambio de estilos de vida siempre y cuando lleguen a la etapa de Mantenimiento; la cual se caracteriza cuando las personas han logrado sostener el cambio comportamental por un período mayor a seis meses; se espera que continúen manteniendo el comportamiento a lo largo de la vida.

La “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” de Orem (18), menciona que el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Una de estas herramientas es el programa de Reforma de Vida Renovada, donde el profesional de Enfermería ayuda, guía, enseña, apoya y proporciona a los trabajadores los medios necesarios para un autocuidado de la salud. Según esta teoría el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia la mejora de la salud; lo cual respaldaría la disminución del porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico después de brindado el programa de Reforma de Vida Renovada.

En cuanto a los estilos de vida, se observó en el pre test del programa “Reforma de Vida Renovada” que existían 18 trabajadores del Poder Judicial Huancavelica con estilos de vida no saludable, incrementándose a 23 trabajadores con un estilo de vida no saludable en el post test; esto, sumado a los resultados estadísticos, donde $VC < VT$ ($1,410 < 1,701$) permite afirmar, con una significancia estadística del 5%, que el programa de reforma de vida renovada NO es eficaz en el cambio de estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

El mismo modelo de transición teórico descrito anteriormente establece que las personas pueden o no adaptarse a los cambios de estilo de vida al estar en una fase de contemplación antes de no tener la intención de cambiar su comportamiento en el futuro. En el futuro cercano, la persona no está pensando en comenzar a cambiar en el futuro cercano. seis meses. Esta etapa está asociada con el hecho de que el individuo ha intentado cambiar en el pasado, sin éxito o no le gustó la experiencia del cambio. Los individuos exhiben comportamientos

de evitación y son percibidos como individuos o grupos que protestan o están desmoralizados.

Por lo tanto, gracias a la evidencia obtenida en el pre test y post test, se demuestra que el programa “Reforma de Vida Renovada” mejora el síndrome metabólico en los trabajadores del Poder Judicial de Huancavelica; más no así, los estilos de vida.

Deseamos citar a Soto y León (2020), en su estudio “Efectividad de una estrategia educativa en salud en pacientes con síndrome metabólico durante 2017”, donde se evidenció una disminución en las mediciones de los valores clínicos de los criterios de Síndrome metabólico (peso, IMC, presión arterial, índice de circunferencia cintura/cadera, glucemia, colesterol y triglicéridos), demostrando que su estrategia educativa tiene efectos directos y significativos sobre el control metabólico y modificación de conductas de riesgo en los pacientes, con una $p < 0.001$; además de incrementar el nivel de conocimientos en 14,207 unidades ($p = 0,0001$), con un Alfa de Cronbach de 0,84. Mismos resultados son evidenciados en el estudio desarrollado por Peña, et al (11), titulado “Estudios prospectivos sobre intervención en estilo de vida en pacientes con Síndrome Metabólico”, donde una revisión sistémica de estudios prospectivos demostraron que la intervención en los estilos de vida de las personas contribuye significativamente ($p < 0.05$) a la reducción del síndrome metabólico y sus componentes.

Del mismo modo citamos a Cáceres y Vásquez (2016), en su tesis “Efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015”, donde se encontraron diferencias significativas en los indicadores: perímetro abdominal, triglicéridos, glicemia, y presión arterial, los cuales se vieron disminuidos, con un $p < 0,05$; a excepción del colesterol ($p > 0,05$).

Sin embargo, también se hallaron estudios que poseen resultados que difieren a los de nuestra investigación, citando a Polo (2018), en su tesis “Eficacia del Programa Reforma de Vida en pacientes con diabetes tipo 2, del Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios – Octubre 2017– Marzo 2018”, en cuyos hallazgos no se evidenciaron diferencias significativas entre en pretest y post test

para los indicadores del síndrome metabólico; concluyendo en que la aplicación del Programa Reforma de vida, no es eficaz en cuanto al control de los factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo II.

De acuerdo a Sirit y Acero, en su investigación titulada “Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo” concluye que para evitar los riesgos metabólicos se deben implementar programas de prevención y cambios de estilos de vida para minimizar el riesgo de enfermedad coronaria y cerebro vascular que conducen a discapacidad laboral. La cual refuerza el programa establecido por el Hospital II EsSalud en dicho tema.

Por otro lado, y en cuanto a la variable “Estilos de vida”, deseamos citar a Rondán (2016) quien realizó la tesis “Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital I Cono Sur Essalud – Nuevo Chimbote 2015”, donde se evidenció un aumento del porcentaje de pacientes con estilos de vida adecuados, tras la aplicación del programa educativo; pasando de un 68% a un 100%. Demostrando la efectividad del programa educativo en pacientes con síndrome metabólico del Hospital I Cono Sur.

Datos similares fueron obtenidos por Delgado (2017), en su estudio “Efectividad del programa reforma de vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa”, quien obtuvo como resultados una mejora significativa ($p < 0,001$) en los estilos de vida después de la Intervención (cambiando del 61,5% de los participantes con estilos de vida “algo bajos” en el pre test, al 69,2% con estilos de vida “fantásticos” en el post test). Estos datos difieren de los resultados obtenidos en nuestro estudio, para la variable “estilos de vida”, donde la aplicación del programa de reforma de vida renovada, no reflejó una mejora de los estilos de vida de los trabajadores.

Con estos resultados, se concluye que las estrategias como el Programa de Reforma de Vida Renovada, intervienen en la disminución del síndrome metabólico, sin embargo, los efectos sobre los estilos de vida no son estables.

En definitiva, consideramos este estudio un aporte que nos permitirá contribuir a futuras investigaciones y nuevos enfoques para el desarrollo de nuevas tesis que beneficiarán a toda la comunidad médica.

4.3. Proceso de prueba de hipótesis

4.3.1. Significación estadística de la prueba “t” de student para muestras relacionadas o pareadas, grupo experimental pre y post test:

Hipótesis Nula (H₀):

H₀: No Existe eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en mejora de los estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

H₀: No Existe eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en la disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

H₁: Existe eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en la mejora de los estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

H₁: Existe eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en la disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

4.3.2. Hipótesis estadística

$$H_0: \mu_{pre\ test} = \mu_{post\ test}$$

$$H_1: \mu_{pre\ test} \neq \mu_{post\ test}$$

4.3.3. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (Y)

$$(\alpha) = 0,05 (5\%);$$

$$(Y) = 0,95 (95\%)$$

4.3.4. Función o estadística de la prueba

$$t = \frac{(\bar{X} - \bar{Y})}{\sqrt{\frac{\hat{S}_1^2}{n} + \frac{\hat{S}_2^2}{m}}}$$

Dónde:

t = prueba de t de student.

X-Y= promedio de datos.

S²₁-S²₂ = Desviación estándar.

n-m = tamaño de grupos.

4.3.5. Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:

Según el problema, la desviación estandar supuestas son diferentes ($\sigma^2_{pretest} \neq \sigma^2_{postest}$), porque se trata de comparar las medias de puntaje alcanzado en el pre y post test del grupo experimental; los cuales son distintas, además se sabe que las poblaciones tienen distribuciones normales. Entonces utilizaremos la estadística t – student para desviación estandar de poblaciones supuestas diferentes.

Grado de libertad:

$$g.l. = n - 1$$

4.3.6. Valor calculado

El valor calculado (VC) de la función t de Student se obtiene en la Tabla siguiente.

TABLA N° 04

**Obtención del valor calculado de “t” de Student
Estadísticos de muestras relacionadas**

Prueba de muestras relacionadas

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la				
				Inferior	Superior			
Par 1 SD Metabólico Pre Test – SD Metabólico Post Test	,207	,491	,091	,020	,394	2,268	28	,031
Par 2 Estilo de Vida Pre Test – Estilo de Vida Post Test	,172	,658	,122	-,078	,423	1,410	28	,169

4.3.7. Decisión estadística:

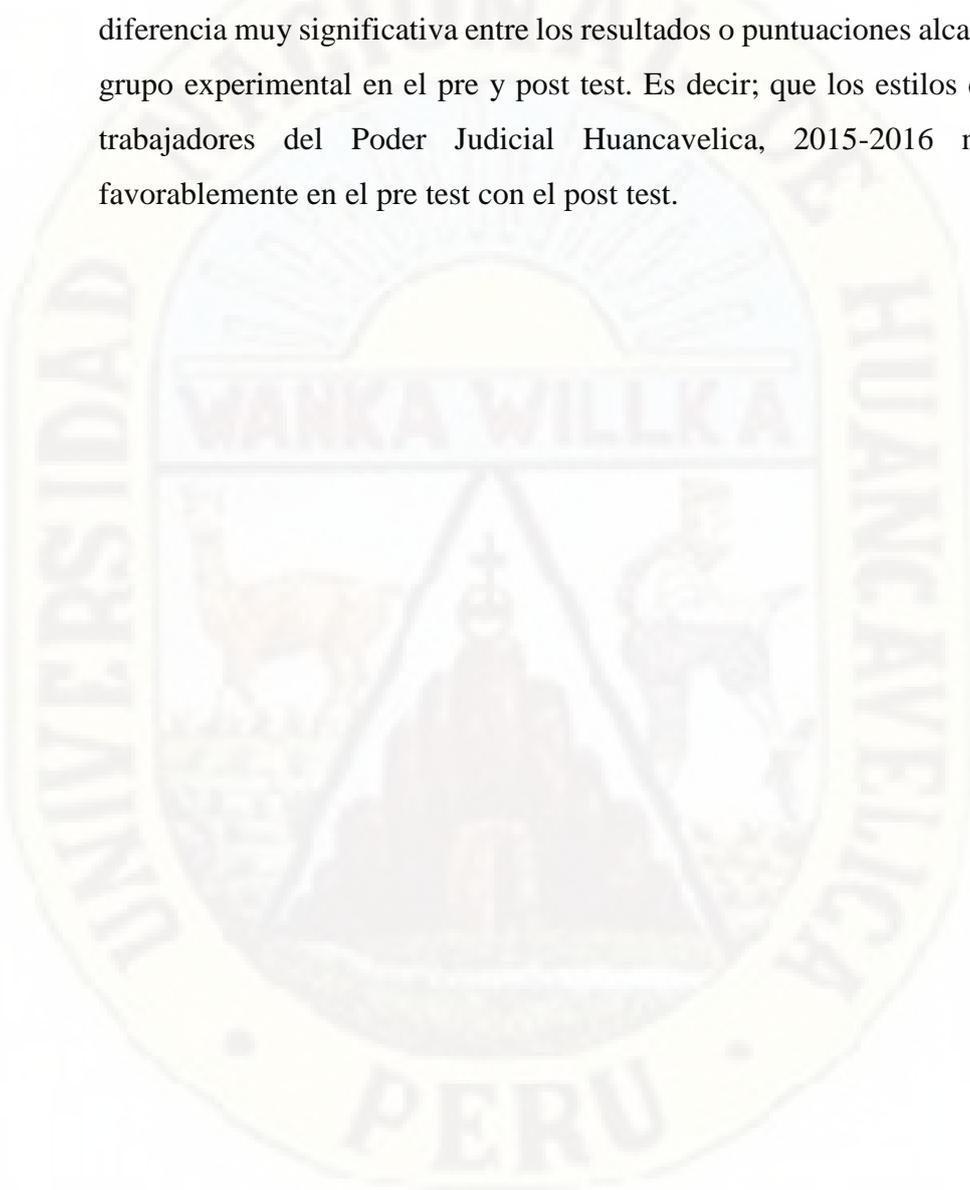
Como $VC > VT$, es decir, $2,268 > 1,701$; se niega la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna al 5% de significancia estadística. Con estos resultados, se concluye que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que el programa de reforma de vida renovada es eficaz en la disminución del síndrome metabólico en trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

La magnitud de significancia estadísticas de los resultados se ve con la $Sig.=pvalue < 0.05$; en la que implica: $Sig. (bilateral) = 0,031$; es decir; existe diferencia muy significativa entre los resultados o puntuaciones alcanzados del grupo experimental en el pre y post test. Es decir; que los signos del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 difiere en el pre test con el post test.

En relación a estilos de vida se obtiene un valor $VC < VT$, es decir; $1,410 < 1,701$ se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, al 5% de significancia estadística. Con estos resultados, se concluye que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que el programa de reforma de vida renovada

NO es eficaz en el cambio de estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

La magnitud de significancia estadísticas de los resultados se ve con la Sig.=pvalue< 0.05; en la que implica: Sig. (bilateral) = 0,169; es decir; existe diferencia muy significativa entre los resultados o puntuaciones alcanzados del grupo experimental en el pre y post test. Es decir; que los estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 no difiere favorablemente en el pre test con el post test.



Conclusiones

- Se evidencia en el pre test que existe 62.1% (18) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016. Con estilo de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable. Así mismo se evidencia en el post test un 79.3% (23) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con un estilo de vida no saludable y un 20.7% (06) con estilos de vida saludable. Es decir; que los estilos de vida de trabajadores no difiere favorablemente en el pre test con el post test.
- En el pre test, un 72.4% (21) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 presentaron síndrome metabólico y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico. También, se evidencia en el post test que el porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico disminuye al 51.7% (15).
- El programa de reforma de vida renovada no es eficaz en el cambio de estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016. Sin embargo el programa de reforma de vida renovada es eficaz en la disminución del síndrome metabólico en trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

Recomendaciones

- A las autoridades de EsSalud modificar el programa de Reforma de vida saludable para lograr mejorar los estilos de vida de los trabajadores.
- A la jefatura de recursos humanos del Poder Judicial Huancavelica evaluar las condiciones laborales de sus empleados, con el fin de analizar su impacto sobre los estilos de vida y el síndrome metabólico.
- A las autoridades de las instituciones laborales, modificar y/o crear medidas preventivas que ayuden a disminuir el riesgo en los trabajadores, de padecer síndrome metabólico y a su vez mejoren sus estilos de vida; entre ellos, la creación de espacios de esparcimientos, comedores saludables, orientación y consejería sobre estilos de vida saludable, entre otros.
- A la comunidad científica, realizar investigaciones adicionales de tipo prospectivo, donde puedan estudiarse otras variables que pudieran intervenir, de manera masiva, en los estilos de vida y el síndrome metabólico en los trabajadores del Poder Judicial Huancavelica.

Referencias Bibliográficas

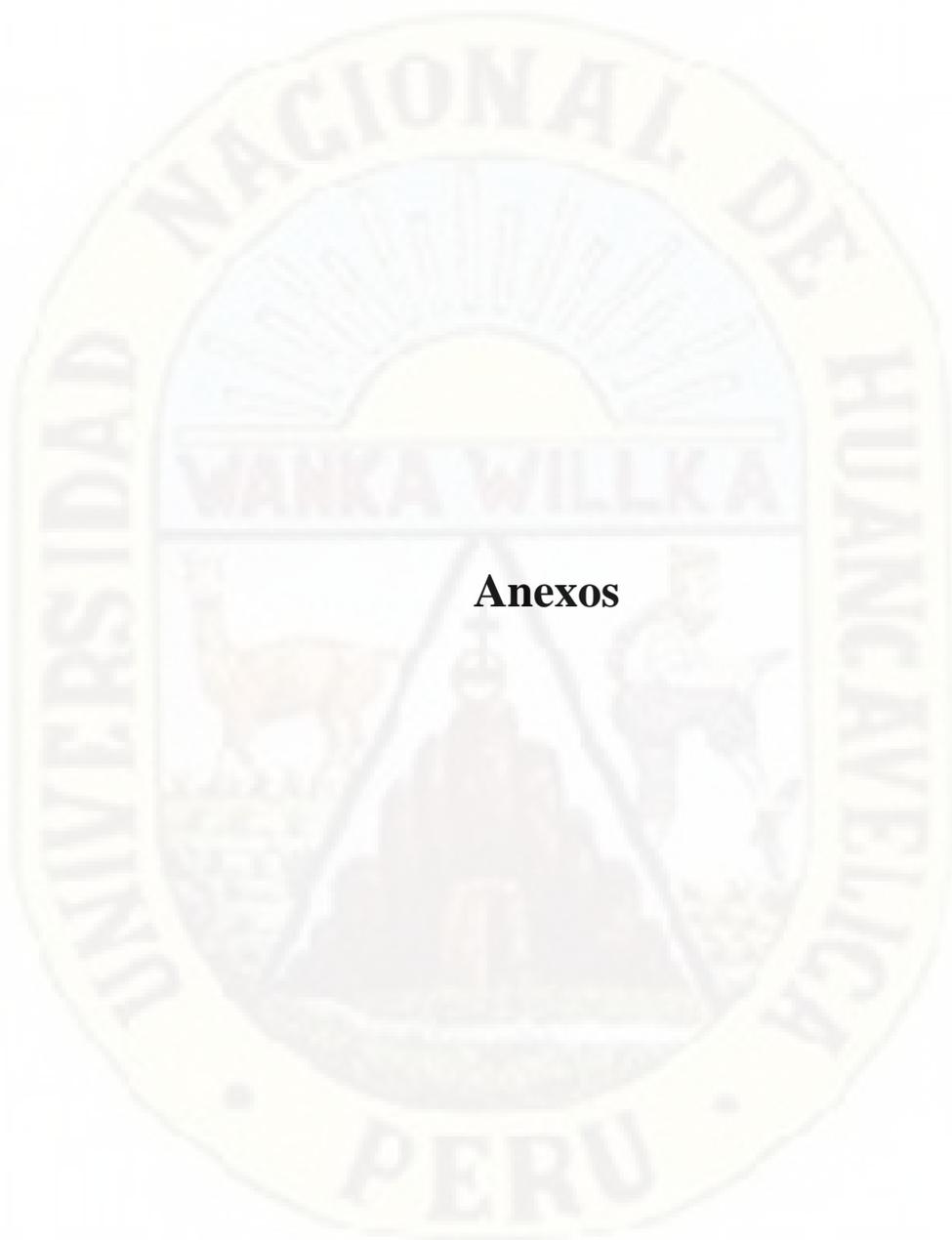
1. Deschamps Perdomo A, Olivares Román SB, De La Rosa Zabala K, Asunsolo Del Barco Á. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras.. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2011; 57(224).
2. Arce VM, Catalina PF, Mallo F. Endocrinología. Santiago de Compostela: Universidad Santiago de Compostela; 2006.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2021 Enero 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
4. Acosta Burbano PA. Programa de estilos de vida y trabajo saludable "Somos más sanos en Texcol", año 2015-2016. In ORP journal; 2016; Barcelona. p. 501-512.
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2021 Enero 05. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/.
6. Granados C, Rivera D, Muñoz C, Donado C. Hábitos de Vida Saludable. Documento Técnico. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre; 2011.
7. Vilca Monrroy C. Estrés ocupacional y su relación con el desempeño laboral de los colaboradores con enfermedad profesional de la Empresa Administración de Empresas S.A. Unidad Minera San Rafael - 2015. Tesis de grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano - Puno, Facultad de Trabajo Social; 2016.
8. Leiva Roca Y. El 70% de trabajadores sufre estrés laboral. La República. 2014 Setiembre.
9. Essalud. Programa de Reforma de Vida Renovada Lima: Gerencia Central de Prestaciones de Salud; 2012.

- 10 Soto Páramo DG, León Verdín MG. Efectividad de una estrategia educativa en salud en pacientes con síndrome metabólico durante 2017. *Medicina General y de Familia*. 2020 Enero; 9(1).
- 11 Peña Díaz C, Pérez Morales E, Alcántara Jurado L, Hurtado Ayala L. Estudios prospectivos sobre intervención en estilo de vida en pacientes con Síndrome Metabólico. *Revista Iberoamericana de Ciencias*. 2016 Junio; 3(2).
- 12 Sosa M. “Frecuencia de síndrome metabólico en consultantes de centros de salud de atención primaria de la zona noreste de la ciudad de Córdoba capital”. Tesis de Maestría. Córdoba Capital: Universidad Nacional de Córdoba; 2012.
- 13 Gonzáles M. Síndrome metabólico, dieta y marcadores de inflamación. Tesis de doctorado. España: Universitat de les Illes Balears; 2012.
- 14 Sirit Y, Acero C, Bellorin M, Portillo M. Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo. Venezuela: Instituto de Medicina del Trabajo e Higiene Industrial; 2008.
- 15 Cáceres Ravelo KM, Vásquez Núñez SM. Efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad Peruana Union, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
- 16 Delgado Olave RR. Efectividad del programa reforma de vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2017 Julio; 2(2).
- 17 Polo De La Cruz SI. Eficacia del Programa Reforma de Vida en pacientes con diabetes tipo 2, del Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios – Octubre 2017– Marzo 2018. Tesis para optar grado de Maestro. Madre de Dios: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2018.
- 18 Rondán Caballero NV. Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida en Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital 1 Cono Sur Essalud - Nuevo Chimbote 2015. Tesis de Maestría. Nuevo Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Escuela de Postgrado; 2016.

- 19 Soto M, Bernui I, Carbajal I. Prevalencia del Síndrome Metabólico en trabajadores del Centro Mterno Infantil Miguel Grau-Chaclacayo-Perú. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
- 20 Valdivia C, Rodriguez Y. Estilo de vida y factores biosocioculturales de la persona adulta del AA.Hh. Los Angeles - Nuevo Chimbote, 2012. Tesis de titulación. Nuevo Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2012.
- 21 Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enfermería Global. 2010 Junio;(19).
- 22 Universidad de Murcia. Estilos de Vida. [Online].; 2014 [cited 2020 Noviembre 14]. Available from: https://www.um.es/innova/OCW/actividad_fisica_salud/contenidos/estilo_de_vida.html.
- 23 Uniminuto. Uniminuto.Edu. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 10. Available from: <http://umd.uniminuto.edu/web/bienestaruvd/-/calidad-y-habitos-de-vida?inheritRedirect=true>.
- 24 Ramos Padilla K, Baños Hernández I. La Medicina Tradicional China en la infertilidad masculina. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2018; 22(6).
- 25 Doña M.Á. El alimento bendición del cielo, Medicina Tradicional China. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 12. Available from: <http://miguelangeldona.com.ar/?p=848>.
- 26 Iglessis V. El Gourmet Urbano. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 10. Available from: <http://elgourmeturbano.blogspot.com/2014/10/cocina-holistica-por-valentina.html>.
- 27 Centro de Estudios, Desarrollo e Investigación de las Medicinas Tradicionales. Comer Salud.. [Online].; 2011 [cited 2020 Diciembre 12. Available from: <http://comersaludtian.blogspot.com/2011/05/alimentacion-segun-la-medicina.html>.
- 28 Estréslaboral.info. Estrés Laboral. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 12. Available from: <http://www.estreslaboral.info/index.html>.

- 29 Wisse B. Medline Plus. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 06. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007290.htm>.
- 30 Tébar Masso FJ, Jimenez Escobar F. La Diabetes en la Práctica Clínica. 1st ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana ; 2009.
- 31 López Chicharro J, López Mojares LM. Fisiología Clínica del Ejercicio. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2008.
- 32 Formiguera Sala X. Comprender la Obesidad: Causas y complicaciones. Barcelona: Amat Editorial; 2014.
- 33 Equipo Vértice. Dietética y Manipulación de Alimentos. Primera ed. Málaga: Publicaciones Vértice SI; 2011.
- 34 Gil Hernández Á. Tratado de Nutrición. Segunda ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2010.
- 35 González M. JC. Monografías.com. [Online].; 2011 [cited 2020 Diciembre 10. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos11/veref/veref.shtml>.
- 36 Ordaz Zubia VY, Saldaña García GE. Análisis y crítica de la metodología para la realización de planes regionales en el Estado de Guanajuato. Maestría de Planeamiento Urbano Regional. Guanajuato: Universidad de Guanajuato, Facultad de Arquitectura; 2005.
- 37 Definicion.de. Definicion.de. [Online].; 2015 [cited 2020 Diciembre 10. Available from: <http://definicion.de/>.
- 38 Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [Online].; 2014 [cited 2020 Diciembre 12. Available from: <https://dle.rae.es/>.
- 39 Artola Menéndez S, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E. Síndrome Metabólico. Revista Pediatría Atención Primaria. 2009 Octubre; 11(16).
- 40 Real Academia Española. Diccionario Panhispánico del Español Jurídico. [Online].; 2020 [cited 2021 Enero 10. Available from: <https://dpej.rae.es/lema/trabajador-ra>.
- 41 Conceptodefinicion.de. Concepto Definición. [Online].; 2019 [cited 2020 Noviembre 20. Available from: <http://conceptodefinicion.de/alimentacion/>.

- 42 Berger F, Zieve D. MedlinePlus. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 20].
Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003211.htm>.
- 43 Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].;
2020 [cited 2020 Diciembre 20. Available from: <https://www.who.int/topics/>.
- 44 Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
Organización Panamericana de la Salud. [Online].; 2020 [cited 2020 Diciembre
16. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension2020>.
- 45 Valenzuela A. Curso de Educación Continua en Obesidad. Curso. Santiago:
Sociedad Chilena de Obesidad; 2005.
- 46 Evangelista F. Autocuidado de la Salud. 2018. Presentación diapositivas.
.
- 47 Imaginario A. Significados.com. [Online].; 2020 [cited 2021 Enero 20. Available
from: <https://www.significados.com/estado/>.
- 48 Tomassiello RL. Ambientes saludables en espacios de actividad docente
universitaria, Diagnóstico y propuestas de diseño ergonómico. Mendoza:
Universidad Nacional de Cuyo; 2011.
- 49 Burns N, Grove S. Investigación de enfermería: Desarrollo de la práctica
enfermera basada en la evidencia España: Elsevier España; 2012.
- 50 Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología
Científica. sexta ed.: Editorial Episteme; 2012.
- 51 Ibáñez Peinado J. Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación
criminológica. Primera ed. Madrid: Dykinson S.L.; 2015.
- 52 Hurtado León I, Toro Garrido J. Paradigmas y métodos de investigación en
tiempos de cambios. Quinta ed. Valencia: Editorial CEC; 2007.
- 53 Tomás Sábado J. Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para
enfermería. Primera ed. Barcelona: Servei De Publicacions - Universitat
Autònoma De Barcelona; 2009.



Anexos

Anexo A

Matriz de consistencia

EFICACIA DEL “PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA RENOVADA” EN ESTILOS DE VIDA Y DISMINUCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO DE TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL HUANCAMELICA, 2015- 2016

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>REGUNTA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <p>¿Cuales son los estilos de vida de los trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016?e</p> <p>¿Cómo es el síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Evaluar los estilos de vida, antes y después del “Programa de reforma de vida renovada”, de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016</p> <p>Determinar el síndrome metabólico, antes y después del “Programa de reforma de vida</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.</p>	<p>Variable independiente:</p> <p>Eficacia del “Programa de reforma de vida renovada.”</p> <p>Variables dependientes.</p> <p>Estilos de vida.</p>	<p>Alimentación celeste</p> <p>Alimentación terrestre</p> <p>Alimentación Humana</p> <p>Consumo de sustancias nocivas</p> <p>Consumo de alimentos.</p>	<p>- Proyecto de vida</p> <p>- Buena respiración</p> <p>- Actividad psicofísica</p> <p>- Ambiente saludable</p> <p>- Alimentos nutritivos y saludables</p> <p>- El buen comer</p> <p>- Consumo de agua</p> <p>- Higiene física, mental y espiritual</p> <p>- Identidad</p> <p>- Autoestima</p> <p>- Valores</p> <p>- Desarrollo humano</p> <p>- Consumo de Alcohol y tabaco</p> <p>- Presenta buenos o</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Aplicada.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Explicativo.</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Científico, inductivo, deductivo e hipotético-deductivo.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <p>Diseño pre-experimental de un grupo con pre prueba y pos prueba.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>G O₁ O₂</p> </div> <p>Leyenda:</p> <p>G: Representa al personal judicial y administrativo que trabaja en el Poder Judicial, 2015-2016.</p> <p>O₁: Observación inicial de signos y síntomas del síndrome metabólico, y los estilos de vida.</p> <p>O₂: Observación después del tratamiento de los estilos de vida y los signos y síntomas del síndrome metabólico</p> <p>X: Tratamiento (Programa de reforma de vida renovada)</p> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</p> <p>Población: Personal judicial y administrativo del Poder Judicial: 29 trabajadores con contrato a plazo fijo.</p> <p>Muestra: Censal.</p>

	renovada”, de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.		Síndrome metabólico.	Ejercicio físico Estado nutricional Dislipidemia Presión arterial Glucemia	malos estilos de vida. - Presenta o no estrés - IMC > 30 - Circunferencia abdominal - Triglicéridos $\geq 150\text{mg/dl}$ - Colesterol HDL < 40mg/dl - PA $\geq 140/85$ mmHg - Glucemia > 110mg/dl	<p>Muestreo: intencional</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <table border="1" data-bbox="1339 378 1969 808"> <thead> <tr> <th colspan="2">VARIABLE</th> <th>TÉCNICA</th> <th>INSTRUMENTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Estilos de vida</td> <td>Conocimiento de hábitos de vida</td> <td>Encuesta</td> <td>Cuestionario</td> </tr> <tr> <td>Estilos de vida</td> <td>Encuesta</td> <td>Cuestionario</td> </tr> <tr> <td>Estrés</td> <td>Encuesta</td> <td>Cuestionario</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Síndrome metabólico</td> <td>Estado nutricional</td> <td>Observación</td> <td>Guía de observación</td> </tr> <tr> <td>Dislipemia</td> <td>Observación</td> <td>Guía de observación</td> </tr> <tr> <td>Presión arterial</td> <td>Observación</td> <td>Guía de observación</td> </tr> <tr> <td>Glucemia</td> <td>Observación</td> <td>Guía de observación</td> </tr> </tbody> </table> <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>Técnica estadística: Estadística descriptiva. Estadística inferencial</p>	VARIABLE		TÉCNICA	INSTRUMENTO	Estilos de vida	Conocimiento de hábitos de vida	Encuesta	Cuestionario	Estilos de vida	Encuesta	Cuestionario	Estrés	Encuesta	Cuestionario	Síndrome metabólico	Estado nutricional	Observación	Guía de observación	Dislipemia	Observación	Guía de observación	Presión arterial	Observación	Guía de observación	Glucemia	Observación	Guía de observación
VARIABLE		TÉCNICA	INSTRUMENTO																														
Estilos de vida	Conocimiento de hábitos de vida	Encuesta	Cuestionario																														
	Estilos de vida	Encuesta	Cuestionario																														
	Estrés	Encuesta	Cuestionario																														
Síndrome metabólico	Estado nutricional	Observación	Guía de observación																														
	Dislipemia	Observación	Guía de observación																														
	Presión arterial	Observación	Guía de observación																														
	Glucemia	Observación	Guía de observación																														



Anexo B

Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de Estilos de Vida

Instrucciones: Contesta este cuestionario, recordando cómo ha sido tu vida este último mes. Y marque con un "X" la respuesta que usted cree conveniente.

Edad:

Sexo: Varón Mujer

Estado civil: soltero casado conviviente
viudo

Grado de instrucción: Primaria Secundaria
superior

¿Consume bebidas alcohólicas?

Si

No

Ocasionalmente

Frecuentemente

¿Consume tabaco?

Si

No

Ocasionalmente

>20/día

¿Consume frutas?

Si

No

Ocasionalmente

>3 frutas/día

¿Consume vegetales?

Si

No

Ocasionalmente

>3 vegetales/día

¿Realiza ejercicio físico?

Si

No

Ocasionalmente

>30 minutos/día

Adaptado de Reforma de Vida (IMEVID) (López-Carmona, Ariza-Andraca, Ropdriguez- Moctezuma y Murguía-Miranda , 2003), por la Oficina Prestaciones Primarias, reconocida mediante resolución N° 1159 GG-ESSALUD 2007. Para la validación del instrumento se aplicó la Geométrica donde obtuvo un valor de 0,81, la cual se encuentra en el rango de 0,72 a 0,99 establecido un 81% de validez del instrumento. Así mismo para la confiabilidad emplearon la KR20 donde obtuvo un valor de 0,79043847; encontrándose en el rango de 0,6 a 0,8 según tabla, lo que significa un 79,043847% de confiabilidad del instrumento.

RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1159 -GG-ESSALUD-2007

Lima, 28 de Agosto del 2007

VISTA:

La Carta N° 4982-GCPS-ESSALUD-2007 de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud; y.

CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.2 del artículo 1° de la Ley N° 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, establece que ESSALUD tiene por finalidad dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al Régimen Contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos;

Que, el inciso e) del artículo 2° del citado dispositivo, establece como una de las funciones del Seguro Social de Salud, el formular y aprobar sus reglamentos internos, así como otras normas que le permitan ofrecer sus servicios de manera ética, eficiente y competitiva;

Que, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud aprobado por Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 338-PE-ESSALUD-2007, es función de la referida Gerencia Central, el formular y proponer a la Gerencia General los lineamientos de política, objetivos, estrategias, planes y programas de las prestaciones de salud a ser ejecutadas por las Redes Asistenciales, INCOR, Centro de Hemodiálisis y la Gerencia de Oferta Flexible;

Que, en el marco del Plan de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable, aprobado por Resolución de Gerencia General N° 784-GG-ESSALUD-2007 del 21 de mayo del 2007, se propone el desarrollo de un Programa de Reforma de Vida en el Asegurado: Empresas Saludables, dirigido al trabajador activo de la mediana y gran empresa, con la finalidad de intervenir integralmente en la modificación de sus estilos de vida;

Que, el literal b) del artículo 21° del Reglamento de Organización y Funciones de ESSALUD, aprobado mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 012-PE-ESSALUD-2007, establece que es competencia del Gerente General dirigir el funcionamiento de la Institución, emitir las directivas y procedimientos internos necesarios, en concordancia con las políticas, lineamientos y demás disposiciones del Consejo Directivo y del Presidente Ejecutivo;

Estando a lo propuesto y en uso de las facultades conferidas;

SE RESUELVE:

1. **APROBAR** el Programa de "Reforma de Vida en el Asegurado: Empresas Saludables", en el marco del Plan de Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable que forma parte de la presente Resolución.
2. **ENCARGAR** a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud, la gestión y el control del cumplimiento del contenido del Programa aprobado.





RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 1159 -GG-ESSALUD-2007

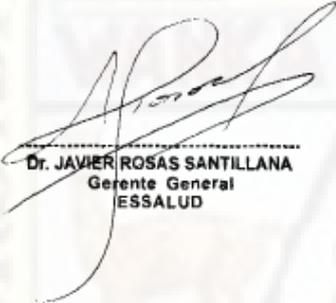
3. **ENCARGAR** a las Redes y Micro Redes Asistenciales, dentro del ámbito geográfico de su competencia, la ejecución, monitoreo y evaluación de las actividades contenidas en el Programa, de conformidad con las fases de implementación del mismo, las cuales deberán ser coordinadas con la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.



4. **DISPONER** que la Gerencia Central de Prestaciones de Salud coordine con la Gerencia Central de Finanzas, lo relacionado con la disponibilidad presupuestaria del presente Programa aprobado.



REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



Dr. JAVIER ROSAS SANTILLANA
Gerente General
ESSALUD



Anexo C

Guía de Observación de Síndrome Metabólico

¿Cuál es el IMC?

¿Cuál es la medida de la cintura?cm.

¿Cuál es la medida de triglicéridos?

¿Cuál es la medida del colesterol?

¿Cuál es la medida de la presión arterial?mmHg

¿Cuál es la medida de la glucemia en ayunas?

Parámetro	Puntos de Corte
Circunferencia abdominal	Los puntos de corte varían según las poblaciones. Se recomiendan los de la IDF* para los no europeos (población de América Central y del Sur) Varón > 90cm Mujer > 80cm
Triglicéridos	150mg/dl
Colesterol	< 40mg/dl en varones < 50mg/dl en mujeres
Presión Arterial	Sistólica > 130mmHg y/o Diastólica > 85mmHg
Glicemia en ayunas	< 100mg/dl

*IDF Internacional Diabetes Federación

Anexo D

Programa de Reforma de Vida Saludable

Con el propósito de promover estilos de vida saludable y prevenir el denominado síndrome metabólico entre la población asegurada, el Congreso de la República, en alianza con EsSalud, lanzó el Programa de Reforma de Vida Renovada.

EsSalud realiza el esfuerzo de ayudar a los trabajadores a conservar su salud en un estado óptimo, el cual les permitirá desarrollarse adecuadamente en su centro de labores y en su vida cotidiana.

Es importante realizar actividades de promoción y prevención de la salud, ya que estas son más beneficiosas para la población porque los mantiene sanos, y para el Estado es un ahorro significativo, pues se evitaría gastos excesivos para curar a las personas enfermas que se atienden a través de los centros de salud.

El programa es una estrategia para identificar factores de riesgo para la salud en los trabajadores asegurados y promover en ellos estilos de vida saludable que los conduzcan a una mejor calidad de vida y ayuden a cuidar integralmente a personas con sobrepeso, obesidad, estrés, colesterol, triglicéridos, glucosa elevada o hipertensión.

Entre otros objetivos, el programa busca contar con un trabajador saludable, disminuir las ausencias laborales por enfermedades prevenibles y la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como mejorar el rendimiento del trabajador al reducir los estados de estrés y ansiedad laboral.

**PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA EN EL ASEGURADO: "EMPRESAS SALUDABLES"
EN EL MARCO DEL PLAN DE "PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y LA
ALIMENTACIÓN SALUDABLE"**

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y, de ellas, al menos 300 millones son obesos.

De los diez factores de riesgo identificados por la OMS como claves para el desarrollo de las enfermedades crónicas, cinco están estrechamente relacionados con la **alimentación y el ejercicio físico**. Además de la ya mencionada obesidad, se citan el sedentarismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, el estrés y el consumo insuficiente de frutas y verduras. A esto se agrega la **epidemia de la depresión y ansiedad** que cada día va en incremento.

Se calcula que una de cada cinco personas, en algún momento de su vida, sufrirá de depresión. Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), del tres al cinco por ciento de la población mundial presenta depresión. Entre los nacidos en el mundo occidental después de 1955, el seis por ciento padecerá un estado depresivo antes de cumplir veinticuatro años.

La causa de la proliferación de la depresión inciden una combinación de factores psicosociales, y entre ellos destaca "la creciente glorificación del individualismo duro que fomenta la competitividad; el estado de continua frustración que ocasiona el desequilibrio entre aspiraciones y oportunidades; el sentimiento de fracaso que produce la persecución obsesiva e inútil de ideales inalcanzables que promueve la sociedad, como la perfección física en la mujer o el enriquecimiento económico en el hombre; el estilo de vida carente de sentido religioso; la transformación del modelo de familia; la doble carga del trabajo y el hogar que soportan las mujeres; el creciente número de rupturas matrimoniales; o el fácil acceso a las drogas y la mayor tolerancia del consumo de alcohol entre los jóvenes

Es así, que en el mundo mueren 57 millones de personas al año. Según el *Informe sobre la salud en el mundo, 2002* el aumento de las enfermedades crónicas es el responsable de las dos terceras partes de estas muertes y del 46% de la morbilidad global. Estos porcentajes van en aumento, por lo que si no invertimos esta tendencia, en el año 2020 las enfermedades no transmisibles serán la causa del 73% de las defunciones y del 60% de la carga mundial de enfermedad.

Como puede verse, la alimentación poco saludable, el no practicar actividad física con regularidad y las exigencias de la sociedad hacia el mundo material, son las principales causas de las enfermedades crónicas más importantes en el mundo, y todas ellas son susceptibles de modificarse.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) y las lesiones no intencionales representan casi 70% de todas las causas de muerte en la Región de las Américas y afectan principalmente a personas de 18 a 70 años de edad. Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) perdidos debido a ENT tales como obesidad, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cardiopatías en las Américas ascienden a 12,5 millones de AVAD, que se suman a los 4,6 millones de AVAD perdidos debido a



la desnutrición de niños y madres. Todas las enfermedades descritas anteriormente acortan la vida. La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años. Además, suponen una elevada carga económica para los sistemas de salud.

Hace tres décadas, en el Perú, la mortalidad era causada principalmente por enfermedades infecciosas; actualmente las ENT son responsables de la cuarta parte de las causas de muerte de nuestra población y más de la tercera parte de las causas de muerte en los mayores de 60 años. En gran parte de estas enfermedades son el sedentarismo, la mala alimentación y la violencia las que conducen al incremento de la morbi-mortalidad.

En la población asegurada de EsSalud, son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, las dislipidemias, la obesidad, la ansiedad y depresión, así como las enfermedades oncológicas las de mayor prevalencia y las que ocasionan un alto costo económico y social, además que ocasionan mayor tendencia de uso de los servicios de salud, tanto en consulta externa como en hospitalización. Todo ello conduce a una carga enorme para el sistema de atención de salud, la estabilidad personal, económica y social

Por estas razones, es importante brindar un nuevo paradigma en el manejo de la salud y enfermedad orientándose a cuidar la salud, más que a tratar la enfermedad, para ello se está organizando un Programa Nacional de Reforma de Vida, que tenga tres componentes: Actividad Psicofísica, Alimentación Saludable y Cultivo de las Relaciones Humanas, es decir realizar una REFORMA DE VIDA, tanto en el asegurado, como en el profesional de la salud; de tal manera que les permita eliminar factores de riesgo y VIVIR SALUDABLEMENTE.

II. DEFINICIÓN DEL PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA EN EL ASEGURADO

En el marco del Plan de "Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Saludable" aprobado con Resolución de Gerencia General N° 784-GG-ESSALUD-2007, propuesto por la Gerencia Central de Prestaciones de Salud y cumpliendo con los lineamientos de política aprobados en el año 2004 sobre prevención de enfermedades, con Resolución de Gerencia de División de Prestaciones N° 232-GDP-EsSalud-2004, el área de Medicina Complementaria de la Oficina de Apoyo Prestacional, ha diseñado un Programa de Reforma de Vida dirigida al trabajador activo asegurado, previamente coordinado con la Gerencia Estratégica de Prestaciones Primarias de Salud.

Dicho Programa tendrá tres componentes:

1. Alimentación Celeste
2. Alimentación Terrestre
3. Alimentación Humana

Los tres pilares de desarrollo buscan contribuir a disminuir los factores de riesgo identificados por la Gerencia Estratégica de Servicios Primarios. Dichos factores son los responsables de la mayor carga de enfermedad en los asegurados y además mejorar los niveles de tolerancia al estrés laboral y lograr un mayor compromiso del trabajador con su centro laboral.



III. FINALIDAD

Contribuir en reformar los estilos inadecuados de vida del asegurado de tal forma que obtenga mejor calidad de vida.

IV OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Fomentar la reforma de estilos de vida en el asegurado activo, basado en tres pilares fundamentales: Alimentación celeste, Alimentación terrestre y la Alimentación humana.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

B.1. Promover en el trabajador asegurado la Alimentación Celeste (medio ambiente saludable, adecuada práctica de respiración y actividad psicofísica constante)

B.2. Promover en el trabajador asegurado la Alimentación Terrestre (Alimentación saludable e higiene)

B.3. Promover en el trabajador asegurado la Alimentación Humana (desarrollo humano, cultivo del afecto y de las buenas relaciones humanas)

V. ESTRATEGIAS

A. ALIANZAS ESTRATÉGICAS:

A.1. Colegios Profesionales: Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeras, Colegio de Nutricionistas, Colegio de Asistentes Sociales y Colegio de Psicólogos, establecer coordinaciones a fin de seleccionar participantes para constituirse en LIDERES de Salud, capaces de organizar a la población y motivarlos a realizar reformas en sus hábitos de vida.

A.2. Medianas y grandes Empresas: coordinaciones realizadas a través de los Centros de Riesgo de Trabajo – CEPRIT, quienes identificarán las empresas comprometidas en fomentar la salud de sus trabajadores y deseen compartir con el Seguro Social de Salud un trabajo conjunto de reformas de hábitos en sus trabajadores, constituyéndose en Empresas Amigas de la Salud, reconocidas por EsSalud

A.3. Municipalidades: coordinación para la conservación y utilización de los parques y espacios libres. Establecer alianzas para la posibilidad de que los Líderes y Promotores de Vida Sana, tengan espacios en la Municipalidad para difundir y promover estilos saludables de vida en su comunidad.

B. CAPACITACIÓN A PROFESIONALES DE LA SALUD Y A LÍDERES DE SALUD

Se realizará un programa de formación de médicos y de otros profesionales de la salud, de cada centro asistencial, orientados a desarrollar los tres pilares fundamentales de la Reforma de Vida a fin de constituir la Unidades de Medicina Complementaria, las que tendrán a su cargo el desarrollo e implementación del presente programa.



C. ABOGACIA:

Se realizará con los jefes de servicio, los directores, los gerentes de la Redes Asistenciales, así como con los directores y funcionarios de las empresas que toman decisiones, con el fin de sensibilizarlos en la importancia del autocuidado de la salud.

D. DIFUSIÓN:

Para la difusión del programa se pedirá apoyo a la Oficina de Relaciones Institucionales, además se utilizarán marquesinas de la institución, perifoneo, conferencias de sensibilización, Internet, trípticos y volantes.

VI. POBLACIÓN OBJETIVO

Trabajadores y trabajadoras de la mediana y gran empresa.

VII. ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN

A. **EMPRESAS:** el CEPRIT, se encargará de seleccionar las empresas posibles, esta lista será alcanzada a los centros asistenciales, siendo luego el equipo de las UMEC, quienes se encargarán de visitarlas para motivarlas y comprometerlas, cada centro asistencial deberá tener tres empresas como mínimo para sus intervenciones. Una vez aceptada la participación de la empresa, se coordinará estrechamente con la Asistente Social de la misma, quien coordinará para contar con el ambiente, los horarios, el material educativo, el equipo de ayuda visual y la elaboración del Acta de Compromiso, la que deberá ser firmada por el Director del Centro Asistencial y el Gerente de la Empresa. Posteriormente, se deberá seleccionar el sector de la empresa y los trabajadores que necesiten estar involucrados en el programa los mismos que deberán registrarse en un software con la identificación de sus riesgos, y hábitos, lo que constituirá la línea de base de la intervención.

VIII. RESPONSABLES

- ❖ Gerente Central de Prestaciones de Salud
- ❖ Gerencia Estratégica de Prestaciones Primarias de Salud
- ❖ Jefe de la Oficina de Apoyo Prestacional
- ❖ Área de Medicina Complementaria
- ❖ Oficina de Relaciones Institucionales
- ❖ Gerencia de Redes Asistenciales
- ❖ Coordinador de Prestaciones de la Red Asistencial
- ❖ Directores de los Centros Asistenciales
- ❖ Jefe de Servicio
- ❖ Unidades y Centros de Atención de Medicina Complementaria

IX. METAS

- ❖ 20 Equipos de UMECs en Lima
- ❖ 03 empresas por centro asistencial
- ❖ 60 Empresas intervenidas en Lima
- ❖ 10,000 trabajadores y trabajadoras activas de medianas y grandes Empresas con información para realizar reformas en sus estilos de vida



X. COMPONENTES DEL PROGRAMA

A. EMPRESAS SALUDABLES

Definición:

Empresas que se comprometen en fomentar estilos de vida saludables en sus trabajadores y mejoran sus niveles de producción, de calidad de vida y su clima laboral, distinguidas por EsSalud como **EMPRESAS LÍDERES EN EL FOMENTO DE LA SALUD**.

Metodología:

- Formación de Alianzas Estratégicas o Convenios (Anexo 1) con:
 - Colegios Profesionales relacionados a la salud: en donde se incentive la participación de los profesionales jubilados, para ser capacitados y se constituya el voluntariado extrahospitalario que apuesta por la salud.
 - Ministerio de Trabajo para la difusión y sensibilización de las empresas.
 - Sociedad Nacional de Industrias para difusión y sensibilización.
 - Empresas seleccionadas para firmar un Acuerdo de Compromiso que garantice el logro del objetivo
- Selección y Captación de Empresas, con criterios de selección (Anexo 2)
 - Se priorizará la selección y captación de la mediana y gran empresa
 - La responsabilidad de la promoción de la estrategia será de imagen institucional, los CEPRI Ts, los CAMECs y los CAS
 - Firma de una Acta de Compromiso entre EsSalud y la Empresa (Anexo 3)
- Planificación y Ejecución de la estrategia:
 - Las Unidades y los Centros de Medicina Complementaria de cada Centro Asistencial, junto con el Director, serán los responsables de planificar, organizar, monitorear, supervisar e informar las actividades cada trimestre a su Coordinador de Atención Primaria, el mismo que deberá evaluar los informes y consolidar trimestralmente la información para ser remitida a nivel central.
 - Se coordinará con la asistente social de cada empresa seleccionada para la difusión del Programa a los trabajadores, ella se encargará de realizar la lista de los participantes y obtener los respectivos permisos de los trabajadores, además de verificar el local, los medios de ayuda visual y de sonido, el material para las prácticas y los talleres.
- Evaluación inicial de los participantes:
 - Una vez identificados y seleccionados los trabajadores de la Empresa se pasará a realizar un examen integral del paciente:
 1. Test de identificación de riesgos (hábitos alimentarios, ejercicio, dependencias) y del estado de salud del trabajador
 2. Test de ansiedad y depresión de Zung
 3. Peso y Talla para medir el índice de masa corporal (IMC)
 4. Índice cintura/cadera, para riesgo cardiovascular (ICC)
 5. Medición de la presión arterialEstos resultados serán ingresados a un software (Anexo 4) para su análisis y posterior evaluación al concluir las intervenciones.
 - Una vez evaluado el trabajador o la trabajadora, se procederá a realizar el **módulo básico** que estará conformado por 10 sesiones y



tendrá como finalidad la difusión de la alimentación saludable, el incentivo para la actividad física (yoga, tai chi, gimnasia), el desarrollo humano (relajación, incentivo del arte y meditación) y el fomento del afecto (biodanza, talleres de risa) y del servicio.

- o El segundo **módulo intermedio** estará dirigido a profundizar estos aspectos y el tercer **módulo avanzado** formará a Promotores de vida sana, que se encargarán de seguir desarrollando las actividades aprendidas con sus compañeros y de coordinar con la asistente social y con el profesional responsable para garantizar la continuidad del programa.
- o Cada sesión durará 2 horas, distribuida de la siguiente manera: en los primeros 60 minutos se les enseñará los aspectos prácticos y la siguiente media hora estará destinada a desarrollar la teoría, para terminar nuevamente con práctica y la participación del trabajador, se terminará con una reflexión y tareas para la siguiente sesión.



Programa Calendarizado:

MÓDULO BÁSICO: Formado por 10 sesiones, con la duración de 02 horas y con la participación de 50 trabajadores por vez.



TEMAS A DESARROLLAR	TIEMPO	MODALIDAD
TAI CHI: Conceptos y los 3 primeros pasos La necesidad del cambio para el crecimiento humano Biodanza	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Teoría y Práctica Cine Forum Práctica
TAI CHI: 5 primeros pasos La interacción del hombre con el medio ambiente Relajación	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Conferencia
TAI CHI: 7 primeros pasos Trascendencia de la Respiración Técnicas de Buena Respiración	60 minutos 60 minutos	Práctica Conferencia y Práctica
TAI CHI: 10 primeros pasos La Nueva Pirámide Nutricional Risoterapia	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
TAI CHI: Cierre de los 10 primeros pasos La Calidad en los Alimentos: Contaminantes y Transgénicos en los alimentos Ensaladas nutritivas	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
GIMNASIA PSICOFISICA: Conceptos básicos y los 3 primeros pasos La alimentación de los 5 sabores y 5 colores Extractos naturales	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
GIMNASIA PSICOFISICA: 6 primeros pasos Las frutas y verduras su valor nutritivo y terapéutico Germinados de cereales	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
GIMNASIA PSICOFISICA: 10 primeros pasos Higiene y limpieza Menús saludables	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
BIODANZA El control de las emociones y la prevención del estrés Musicoterapia	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
BIODANZA El autoestima y su rol en la salud Ceremonia de clausura	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia

MODULO INTERMEDIO: Será seguido por los trabajadores que aún no han corregido sus estilos de vida, o por aquellos que están interesados en profundizar el conocimiento y transformarse en promotores de vida sana. Para ello será necesario que apruebe el módulo básico. El Módulo Intermedio estará formado por 10 sesiones, cada una de ellas tendrá la duración de dos horas.

TEMAS A DESARROLLAR	TIEMPO	MODALIDAD
TAI CHI: 12 primeros pasos El rol del hombre dentro del contexto de la evolución Relajación	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Práctica
TAI CHI: 15 primeros pasos Comidas chatarras Relajación	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Cine Forum Conferencia
TAI CHI: 18 primeros pasos Ecología y Salud ambiental Combinación de los alimentos	60 minutos 60 minutos	Práctica Conferencia y Práctica
TAI CHI: Revisión de Tai chi Factores de Riesgo Relacionados a la alimentación Loncheras Saludables	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
TAI CHI: Tai chi chuan Nutrición básica en el niño Leche vegetal y Yogur probiótico	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
TAI CHI: Tai chi chuan Nutrición básica para el Adulto Alternativas para la carne	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
TAI CHI: Tai chi chuan Nutrición básica para el Anciano Muesli y segundos saludables	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
TAI CHI: Tai chi chuan Alimentos peruanos su valor nutritivo y terapéutico Menús con alimentos nativos	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
BIODANZA Importancia del agua y del ayuno Aprendiendo a meditar	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
BIODANZA Importancia del Afecto y su expresión Ceremonia de clausura	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia

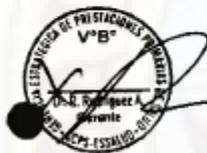
MODULO AVANZADO: Será seguido por aquellos que desean ser promotores de vida sana, estará formada por 10 sesiones y al finalizar recibirán una certificación del Seguro Social de Salud, que los acredite como promotores de vida sana y que se convertirán en el núcleo de desarrollo de estilos de vida saludables en su Empresa.

TEMAS A DESARROLLAR	TIEMPO	MODALIDAD
GIMNASIA PSICOFISICA La salud y la enfermedad en el concepto de la vida Aprendiendo a meditar	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Cine Forum Práctica
GIMNASIA PSICOFISICA La conciencia como herramienta terapéutica Aprendiendo a meditar	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Conferencia
GIMNASIA PSICOFISICA Trabajo en equipo	60 minutos 60 minutos	Práctica Conferencia y

Técnicas de motivación		Práctica
GIMNASIA PSICOFISICA Tecnología educativa Automasaje	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
GIMNASIA PSICOFISICA Combinación de alimentos para una dieta saludable Masaje	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
YOGA Combinación de alimentos para una dieta saludable Masaje	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
YOGA Autoconocimiento. Autovaloración . Autoaceptación. Autorespeto Dinámica de juegos	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
YOGA Superación Personal. Amor - temor - libertades - valores. Dinámica de juegos	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
BIODANZA Los grupos de autoayuda La sanación	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia Taller
BIODANZA El rol de la meditación y la oración Ceremonia de clausura	60 minutos 30 minutos 30 minutos	Práctica Conferencia

Monitoreo y Seguimiento de la Estrategia:

- o Las personas que participan y que fueron registradas en un software, con datos de identificación, de factores de riesgo y de los niveles de su salud, al finalizar todo el período del módulo base serán evaluadas en:
 1. Conocimiento de factores de riesgo para la salud
 2. Cambios en sus hábitos (alimentación, actividad física, actitud frente al estrés)
 3. Logros que obtuvieron en el cuidado de su salud (IMC, ICC, presión arterial)
 4. Test de depresión y de estrés
- o Esto servirá para determinar los avances que lograron los trabajadores intervenidos en el autocuidado de su salud. Además permitirá determinar a aquellos que deseen pasar al Módulo Intermedio, el mismo que servirá para consolidar y fijar hábitos saludables, al cabo del mismo se realizará nuevamente una evaluación y se determinará los que lograron cambios permanentes en su salud. De este grupo se seleccionarán los trabajadores que tienen interés y liderazgo para llevar el tercer módulo el mismo que será dictado en los CAMECs de las diversas Redes Asistenciales de Lima y al concluir serán considerados como **Promotores de Vida Sana**, certificados por la institución.
Los Promotores de Vida Sana, se constituirán en núcleo central de la empresa para seguir desarrollando actividades que fomenten estilos de vida saludable.
- o **Reconocimientos:** la certificación de Promotor de Vida Sana, será otorgada por EsSalud y le permitirá un reconocimiento de su Empresa, así como ser considerado Líder de Salud en el fomento de vida sana. A su vez la Empresa recibirá un galardón por parte de



EsSalud, reconociéndola como "Empresa Comprometida con la Salud".

XI. MEDICIÓN DEL IMPACTO:

1. EN LOS ASEGURADOS

- Contribución en la disminución de las Enfermedades crónicas prevenibles con la Estrategia:

- Obesidad y sus complicaciones
- Hipertensión arterial y sus complicaciones
- Diabetes mellitus y sus complicaciones
- Dorsalgias y sus complicaciones
- Depresión y sus complicaciones
- Estrés y sus complicaciones

- Ahorro institucional:

En el Perú la incidencia de obesidad es aproximadamente de 16% (en los hombres es del 12% y en las mujeres de 20%), según estudios realizados por INEN.

En 12,000 asegurados intervenidos, se tendría un promedio de 1,920 personas obesas, si se logra disminuir su factor de riesgo a un 50%, tendríamos 960 personas que lograron su peso normal, evitando 960 personas obesas, candidatas a presentar infartos agudos de miocardio, hipertensión arterial, diabetes entre otros.

Se sabe que por cada obeso se gasta \$1,200 más que por una persona normal, en 960 trabajadores que dejen de ser obesos se ahorraría aproximadamente \$. 1'152,920 dólares que en soles sería un monto aproximado de S/. 3'800,000 y sólo se necesita para realizar este programa la suma de S/. 159,960

- Indicadores:

INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE	ESTANDART	RESPONSABLE
Eficacia de la captación de Empresas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de empresas comprometidas}}{\text{N}^\circ \text{ de empresas convocadas}}$	Libro de Registro	50%	Asistente Social del CAS
Eficacia de la captación de Trabajadores	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores comprometidos}}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores convocados}}$	Libro de Registro	50%	Asistente Social del CAS
Tasa de deserción	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que finalizaron la intervención}}{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores que iniciaron la intervención}} \times 100$	Software	50%	Unidad Básica de Medicina Complementaria
Tasa de impacto de la intervención	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de trabajadores entrenados que mejoraron sus niveles de salud}}{\text{Número de trabajadores entrenados}} \times 100$	Software	50%	Unidades y Centros de Medicina Complementaria

- Definición de los Indicadores:
 - Empresa Comprometida: es aquella que firma el Acta de Compromiso
 - Trabajador Entrenado: aquel que acudió al 80% de las 10 sesiones
 - Trabajador Entrenado con mejoría en niveles de salud: aquel que modificó favorablemente sus factores de riesgo iniciales en por lo menos un 25%:
 - Alimentación: incrementó el uso de frutas y verduras (2 porciones al día), disminución de carnes rojas (1 vez por semana) y alimentos procesados (ocasionalmente)
 - Actividad física: realiza por lo menos actividad física no menos de 30 minutos 3 veces por semana
 - Índice de Masa Corporal: disminuyó un 5%
 - Índice Cintura Cadera: disminuyó un 5%
 - Presión arterial: normal o controlada
 - Nivel de estrés: disminuyó según el test basal



2. EN LA EMPRESA

- Empresa: mejoramiento del clima laboral, mayor productividad, mejora de la calidad de vida del trabajador, disminución de ausentismo laboral, trabajadores satisfechos y comprometidos con su institución y el cuidado de su salud.
- Medición a cargo de la Asistenta Social de la Empresa
- Trabajador: mejora sus niveles de salud, su calidad de vida y su compromiso por el cuidado de su salud.



XII. FASES DE IMPLEMENTACIÓN

Primera Fase Lima:

- a. Sensibilización y Capacitación del recurso humano responsable del Programa en Lima, en las 3 Redes Asistenciales.
- b. Implementación del Programa a nivel de Lima
- c. Monitoreo y Evaluación



Segunda Fase: Redes Asistenciales de Provincias

B. RED NACIONAL DE TAI CHI Y ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Definición:

Formación de células promotoras de Taichi en los pacientes a nivel nacional, que practiquen y difundan este método, por ser una actividad psicofísica que armoniza la respiración, la concentración y el movimiento, produciendo cambios importantes en la regulación de la energía, mejorando la salud física, mental y espiritual de quien lo practica. Se basa en un conocimiento milenario que se ha transmitido de generación en generación.

Población Objetivo:

Cualquier asegurado que desee practicarlo, aunque de preferencia se recomienda para la población adulta y adulta mayor autovalente.

Meta:

5,000 asegurados en 1 año en 5 años se alcanzará 25,000 asegurados

En las 27 Redes Asistenciales, con la participación por Red de por lo menos 05 centros Asistenciales, con un promedio de 50 participantes por cada CAS, se lograría movilizar un aproximado de 5,000 asegurados.

Metodología:

- Formación de Alianzas Estratégicas o Convenios con:
 - Instituto Peruano del Deporte: para tener profesores especializados
 - Municipalidades: para obtener los permisos correspondiente para el uso de plazas y parques, y adoptar como vecino Promotor de Vida Sana, a la persona que concluye su entrenamiento y tiene la certificación de EsSalud.
- Coordinaciones con los Centros de Medicina Complementaria (CAMECs) para la enseñanza del Tai chi a los profesionales de la Salud.
- Se designará un profesional de salud capacitado en cada Centro Asistencial, que se encargue de la organización, monitoreo, supervisión e información de la actividad cada trimestre a su Coordinador de Atención Primaria, el mismo que deberá evaluar los informes y consolidar trimestralmente la información para ser remitida a nivel central.
- La difusión se realizará a nivel intrahospitalario y extrahospitalario (centros educativos, municipalidades, instituciones)
- Una vez seleccionados los asegurados del CAS para la práctica del Tai chi, éste se realizará de preferencia en las primeras horas de la mañana, en los parques y/o plazuelas públicas, lo que permitirá mayor difusión de la estrategia.
- Se brindará el Tai chi en tres niveles: nivel básico que estará formado de 12 sesiones, las que durarán aproximadamente dos horas, el segundo nivel también tendrá 24 sesiones y el tercer nivel 12 sesiones, al terminar éste la persona podrá recibir una constancia de Monitor de Tai chi, previa evaluación teórico- práctica, lo que le permitirá, de salir aprobada, formar un grupo en su Municipalidad.
- La sesión de taichi, durará aproximadamente 2 horas, de los cuales 30 minutos servirán para brindar la filosofía, el sustento técnico y 30 minutos para el manejo de alimentación saludable, luego se realizará la práctica (1 hora) y se terminará con un momento de meditación y de cadena de autoayuda.
- Las personas que practican serán registradas en un software, con datos de identificación y de factores de riesgo y al finalizar todo el período de preparación serán nuevamente evaluados, esto permitirá evidenciar los cambios en la salud del participante.

**Medición del Impacto:**

- Indicadores:
 - Número de participantes inscritos
 - Número de participantes entrenados en Tai Chi y en Alimentación Saludable
 - Número de monitores de Tai Chi y de Alimentación Saludable
 - Número de participantes que mejoraron sus niveles de salud

- Definición de los Indicadores:
 - Participante Inscrito: es el que fue captado y asistió por lo menos a 01 sesión
 - Participante entrenado: aquel que tiene por lo menos 20 sesiones consecutivas.
 - Monitor de Tai Chi y de Alimentación Saludable: es aquel participante que terminó el nivel avanzado, que aprobó satisfactoriamente su evaluación teórica y práctica y que haya disminuido algún factor de riesgo inicial.
 - Participante mejorado: aquel que disminuye algún factor de riesgo con relación al momento de su ingreso (presión arterial, Índice de masa corporal, nivel de estrés)
- Fuente: será tomado del informe trimestral que realiza la Red Asistencial

Beneficios a Obtener:

- Físicos: mejora el equilibrio, el tono muscular, la flexibilidad, en general aumenta la funcionalidad en las articulaciones y da mayor estabilidad al adulto y adulto mayor. Además disminuye la presión arterial y la incidencia de caídas e incrementa la inmunidad.
- Mentales: Mejora la atención y con ello la concentración y la memoria, además disminuye estados de ansiedad y depresión por producir efectos relajantes.
- Espirituales: Mejora el autoconocimiento, incentiva a la meditación en movimiento y lleva a una interiorización y autoreconocimiento.



XIII. PRESUPUESTO

No	RUBRO	PRIMER ESCENARIO PARTICIPANTE/AÑO: 10,000
1	Recurso Humano	S/ 20,000
	<ul style="list-style-type: none"> Médico Profesional de la Salud 23 médicos y 23 profesionales de la salud dentro del horario establecido Docentes Expertos 	<ul style="list-style-type: none"> Lima: 23 Centros Asistenciales: 20 UMECs 03 CAMECs Pago para Docentes Expertos: S/20x hora 1,000 horas: S/ 20,000
2	Material Educativo	S/ 100,100
	<ul style="list-style-type: none"> Guía del practicante S/ 5.00 Material de difusión (10,000 por Red) Reproducción de videos Rotafolios: S/10.00 x 1000 Material para los talleres S/.20 por taller x 30 x S/.600x 66 empresas 	<ul style="list-style-type: none"> Tiraje de 10,000 guías: S/ 50,000 Material de difusión: S/ 10,000 Reproducción de 100 videos: S/ 500 Rotafolios: S/ 10,000 Material para talleres S/. 29,600
3	Otros	S/ 39,800
	<ul style="list-style-type: none"> Polo blanco por unidad: S/2.00 Movilidad para traslado de los expositores 	<ul style="list-style-type: none"> Polo Blanco con logo de EsSalud: 10,000 S/.20,000 Movilidad: S/5.00 x 20x3x 66empresas = 19,800
	TOTAL	S/ 159,900



Anexo E

Módulo del programa reforma de vida

Módulo Básico

TEMAS A DESARROLLAR	TIEMPO	MODALIDAD
TAI CHI: Conceptos y los 3 primeros pasos	60 minutos	Teoría y Práctica
La necesidad del cambio para el crecimiento humano	30 minutos	Cine Forum
Biodanza	30 minutos	Práctica
TAI CHI: 5 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La interacción del Hombre con el medio ambiente	30 minutos	Conferencia
Relajación	30 minutos	Conferencia
TAI CHI: 7 primeros pasos	60 minutos	Práctica
Trascendencia y Respiración	30 minutos	Conferencia
Técnicas de Buena Respiración	30 minutos	Práctica
TAI CHI: 10 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La Nueva Pirámide Nutricional	30 minutos	Conferencia
Risoterapia	30 minutos	Taller
TAI CHI: Cierre de los 10 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La calidad en los alimentos: Contaminantes y Transgénicos en los alimentos	30 minutos	Conferencia
Ensaladas Nutritivas	30 minutos	Taller
GIMANSIA PSICOFISICA: Conceptos básicos y los 3 primeros pasos	60 minutos	Práctica
La alimentación de los 5 sabores y 5 colores	30 minutos	Conferencia
Extractos naturales	30 minutos	Taller
GIMANSIA PSICOFISICA: 10 primeros pasos	60 minutos	Práctica
Higiene y limpieza	30 minutos	Conferencia
Menús saludables	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
El Control de las emociones y la prevención del estrés	30 minutos	Conferencia
Musicoterapia	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
El autoestima y su rol en la salud	30 minutos	Conferencia
Ceremonia de Clausura	30 minutos	

Módulo Intermedio

TEMAS A DESARROLLAR	TIEMPO	MODALIDAD
TAI CHI: 12 primeros pasos	60 minutos	Práctica
El rol del Hombre dentro del contexto de la evolucion	30 minutos	Conferencia
Relajación	30 minutos	Práctica
TAI CHI: 15 primeros pasos	60 minutos	Práctica
Comidas Chatarras	30 minutos	Conferencia
Relajación	30 minutos	Práctica
TAI CHI: 18 primeros pasos	60 minutos	Práctica
Ecología y Salud Ambiental	30 minutos	Conferencia
Combinación de los alimentos	30 minutos	Práctica
TAI CHI: Revisión del Taichi	60 minutos	Práctica
Factores de riesgo relacionados a la alimentación	30 minutos	Conferencia
Loncheras saludables	30 minutos	Taller
TAI CHI: Tai chi chuan	60 minutos	Práctica
Nutrición básica en el niño	30 minutos	Conferencia
Leche vegetal y yogur probiótico	30 minutos	Taller
TAI CHI: Tai chi chuan	60 minutos	Práctica
Nutrición básica para el adulto	30 minutos	Conferencia
Alternativas a la carne	30 minutos	Taller
TAI CHI: Tai chi chuan	60 minutos	Práctica
Nutrición básica para el anciano	30 minutos	Conferencia
Muesli y segundos saludables	30 minutos	Taller
TAI CHI: Tai chi chuan	60 minutos	Práctica
Alimentos peruanos su valor nutritivo y terapéutico	30 minutos	Conferencia
Menús con alimentos nativos	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
Importancia del agua y del ayuno	30 minutos	Conferencia
Aprendiendo a meditar	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
Importancia del afecto y su expresión	30 minutos	Conferencia
Ceremonia de clausura	30 minutos	

Módulo Avanzado

TEMAS A DESARROLLAR	TIEMPO	MODALIDAD
GIMANSIA PSICOFISICA	60 minutos	Práctica
La salud y la enfermedad en el concepto de la vida	30 minutos	Cine Forum
Aprendiendo a meditar	30 minutos	Práctica
GIMANSIA PSICOFISICA	60 minutos	Práctica
La conciencia como herramienta terapéutica	30 minutos	Conferencia
Aprendiendo a meditar	30 minutos	Conferencia
GIMANSIA PSICOFISICA	60 minutos	Práctica
Trabajo en equipo	30 minutos	Conferencia
Técnicas de motivación	30 minutos	Práctica
GIMANSIA PSICOFISICA	60 minutos	Práctica
Tecnología educativa	30 minutos	Conferencia
Automasaje	30 minutos	Taller
GIMANSIA PSICOFISICA	60 minutos	Práctica
Combinación de alimentos para una dieta saludable	30 minutos	Conferencia
Masaje	30 minutos	Taller
YOGA	60 minutos	Práctica
Combinación de alimentos para una dieta saludable	30 minutos	Conferencia
Masaje	30 minutos	Taller
YOGA	60 minutos	Práctica
Autoconocimiento, autovaloración, autoaceptación, Autorespeto	30 minutos	Conferencia
Dinámica de juegos	30 minutos	Taller
YOGA	60 minutos	Práctica
Superación Personal, Amor Temor - libertades - valores	30 minutos	Conferencia
Dinámica de juegos	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
Los grupos de autoayuda	30 minutos	Conferencia
la sanación	30 minutos	Taller
BIODANZA	60 minutos	Práctica
El Rol de la Meditación y la oración	30 minutos	Conferencia
Ceremonia de Clausura	30 minutos	

Anexo F

Evaluación de confiabilidad de instrumento de recolección de datos a través de Kuder y Richardson (KR20) para medir estilos de vida

Generalidades:

El Método KR20 representa un coeficiente de consistencia interna del instrumento, que proporciona la media de todos los coeficientes de división por mitades para todas las posibles divisiones del instrumento en dos partes.

Consideraciones de utilización de KR20

La fórmula KR-20 está especialmente orientada a ítems dicotómicamente valorados (específicamente, valorados con los valores 0 y 1)

Fórmula:

$$r_u = \frac{n}{n-1} * \frac{V_t - \sum pq}{V_t}$$

En donde:

r_u = coeficiente de confiabilidad.

N = número de ítems que contiene el instrumento.

V_t = varianza total de la prueba.

$\sum pq$ = sumatoria de la varianza individual de los ítems.

Región crítica o de rechazo de evaluación de confiabilidad de instrumento:



Obtención del valor calculado de KR20

Validez y Confiabilidad para Determinar Estilos de Vida

Casos	Ítemes					total
	p1	p2	p3	p4	p5	
1	1	1	0	1	1	4
2	1	1	0	1	1	4
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	0	1	0	3
5	0	0	0	1	1	2
6	0	0	0	0	1	1
7	1	1	0	1	0	3
8	1	0	1	1	1	4
9	0	0	0	0	1	1
10	1	1	1	1	1	5
Suma	7	6	3	8	8	2.18
p	0.28	0.24	0.12	0.32	0.32	
q(1-p)	0.72	0.76	0.88	0.68	0.68	
pq	0.202	0.182	0.106	0.218	0.218	0.9248

K	
Richerson	0.60562836
n	20
n-1	19
Suma pq	0.9248
Var total	2.18

Decisión estadística

La prueba de confiabilidad de instrumento KR20 obtuvo 0.60562836; por lo que de la tabla de decisiones el valor obtenido se encuentra en el rango de 0,6 a 0.8 por lo que es 60.56% de confiabilidad del instrumento.

Con este resultado, se concluye que el instrumento de medición de nivel es **Acceptable**.



Anexo G

Categorización de la variable

Medición clínica	OMS	EGIR	ATPIII 3 de los siguientes	AHA/NHLBI 3 de los siguientes	IDF
Insulino resistencia	glucosa alterada en ayunas (GAA), Tolerancia a la glucosa alterada (TGA), Diabetes Mellitus tipo 2 o disminución de la sensibilidad a la insulina más dos de los siguientes	Insulina plasmática > percentilo 75 más dos de los siguientes	No	no	no
Obesidad	IMC > 30 y/o relación cintura cadera > 0,9 en varones o > 0,85 en mujeres	Cintura ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres	Cintura ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres	Cintura ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres	Cintura ≥ del umbral definido para cada grupo étnico más dos de los siguientes
Dislipemia	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl y/o HDL < 35 mg/dl en varones o < 39 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl y/o HDL < 35 mg/dl en varones o < 39 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl o HDL < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl* o HDL* < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres	Triglicéridos ≥ 150 mg/dl* o HDL* < 40 mg/dl en varones o < 50 mg/dl en mujeres
Presión arterial	≥ 140/90 mm Hg	≥ 140/90 mm Hg	≥ 130/85 mm Hg	≥ 130/85 mm Hg*	≥ 130/85 mm Hg*
Glucemia		GAA, TGA o Diabetes Mellitus tipo 2	Glucemia en ayunas > 110 mg/dl	Glucemia* en ayunas > 100 mg/dl	Glucemia* en ayunas > 100 mg/dl
Otros	Microalbuminuria				

FUENTE: ALAD 2000, ACTUALIZADO (SIERRA) 2003

Nivel	Adecuado	Admisible	Inadecuado
Riesgo de Complicaciones	bajo	moderado	Alto
Colesterol total (mg/dL)	<180	<200	≥200
Colesterol LDL (mg/dL)	<100	100-129	≥130
Colesterol HDL (mg/dL)	> 40	35-40	<35
Triglicéridos (mg/dL)	< 150	150-199	≥200
Índice de masa corporal (kg/m ²)	19-24,9	25-26.9	≥27
Presión arterial sistólica/diastólica	<130/80	<140/90	≥140/90
HbA1c (%)	<6.5*	7-8	≥8
Microalbuminuria (mg)	<30	30-300	>300

FUENTE: ALAD 2000, ACTUALIZADO (SIERRA) 2003

Anexo H

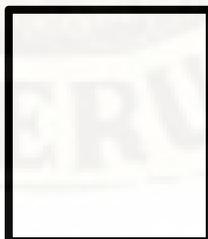
Consentimiento informado

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada “.....”, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: “.....”

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Huancavelica, de 2015.



(PARTICIPANTE)

Apellidos y nombres:

2. Responsable de investigación

Apellidos y nombres:
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular:
Email:

1. Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres:
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular:
Email:

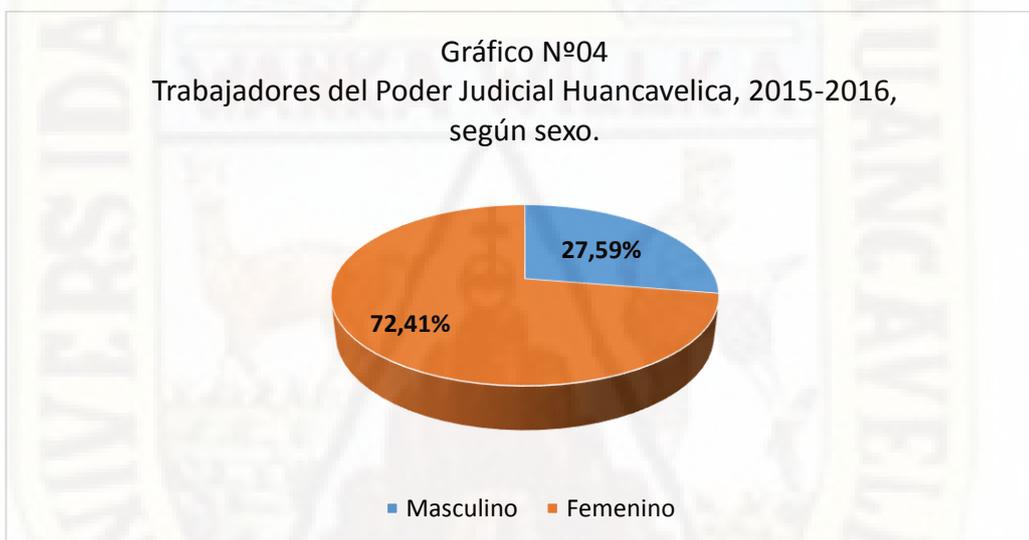
Anexo I:

Resultados adicionales

Tabla 4. Trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, según sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	8	27,59%
Femenino	21	72,41%
Total	29	100,0%

FUENTE: Encuesta-Análisis Documental 2015-2016.



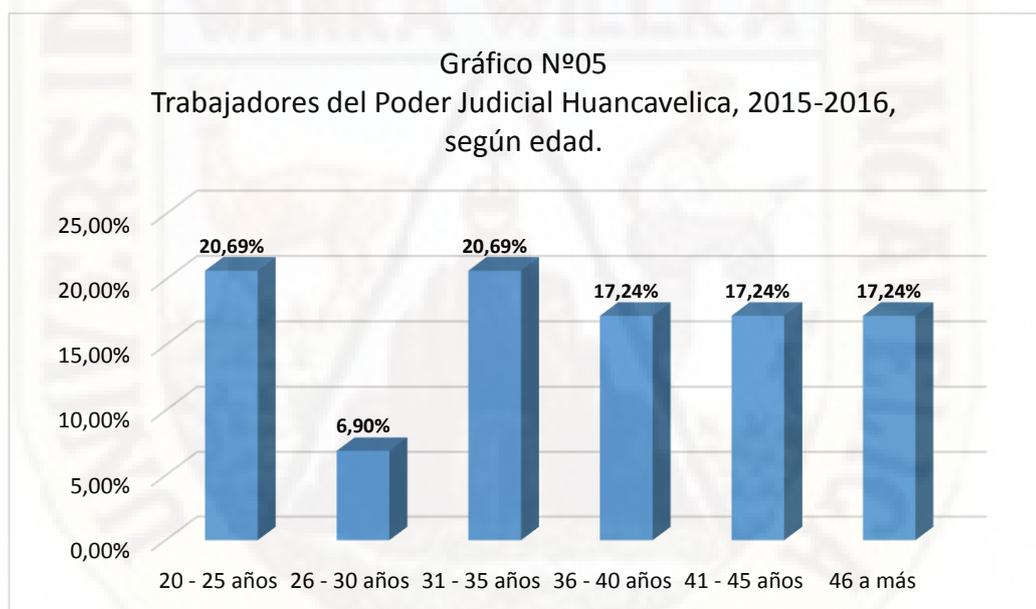
FUENTE: Tabla 4

Interpretación: De la tabla y gráfico 4, se observa que el 72,41% (21) de los trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, son del sexo femenino; mientras que el 27,59% (8) son del sexo masculino.

Tabla 5. Trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, según edad.

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
20 - 25 años	6	20,69%
26 - 30 años	2	6,90%
31 - 35 años	6	20,69%
36 - 40 años	5	17,24%
41 - 45 años	5	17,24%
46 a más	5	17,24%
Total	29	100,00%

FUENTE: Encuesta-Análisis Documental 2015-2016.



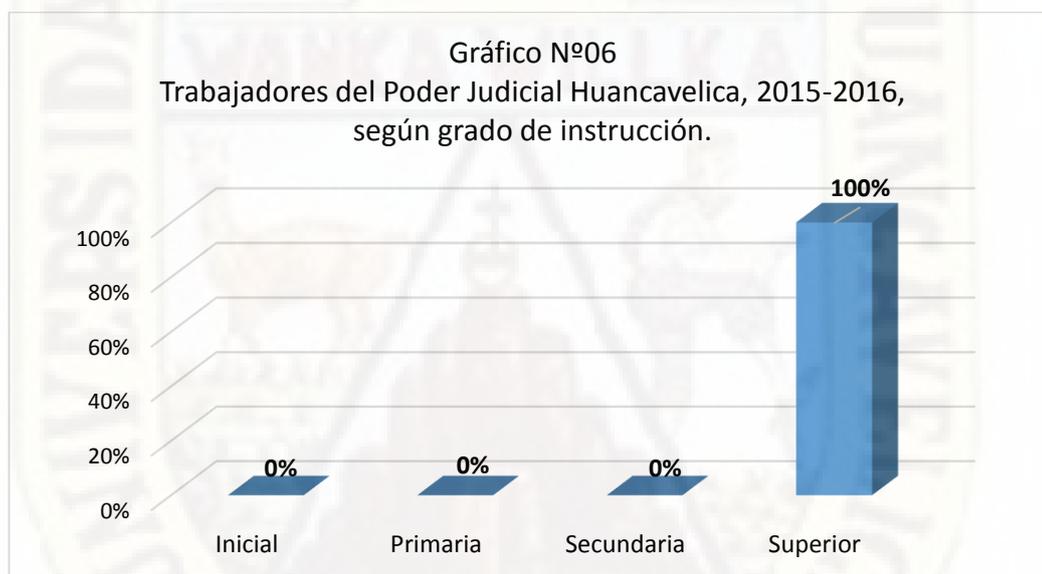
FUENTE: Tabla 5

Interpretación: De la tabla y gráfico 5, se observa que un 20,69% (6) de los trabajadores tiene entre 20-25 años, el 6,90% (2) tiene entre 26-30 años, otro 20,69% (6) de ellos tiene entre 31-35 años, y el mismo porcentaje (17,24%) para los rangos de edades: de 36-40, 41-45, y 46 a más años.

Tabla 6. Trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, según grado de instrucción

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje (%)
Inicial	0	0%
Primaria	0	0%
Secundaria	0	0%
Superior	29	100%
Total	29	100%

FUENTE: Encuesta-Análisis Documental 2015-2016.



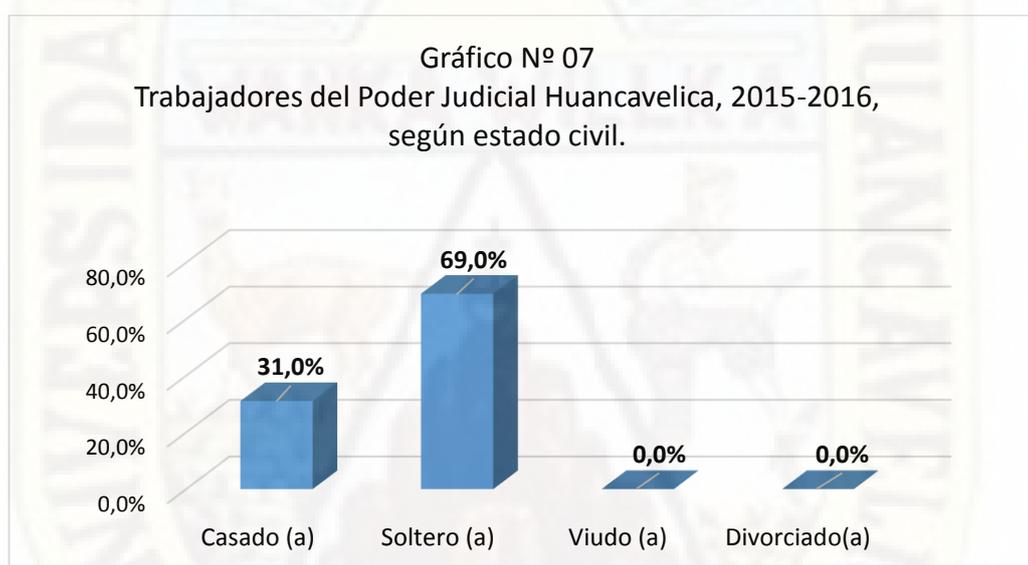
FUENTE: Tabla 6

Interpretación: De la tabla y gráfico 6, se observa que el 100% (29) de los trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, tienen un grado de instrucción “superior”.

Tabla 7. Trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, según estado civil.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casado (a)	9	31,0%
Soltero (a)	20	69,0%
Viudo (a)	0	0,0%
Divorciado(a)	0	0,0%
Total	29	100,0

FUENTE: Encuesta-Análisis Documental 2015-2016.



FUENTE: Tabla 7

Interpretación: De la tabla y gráfico 7, se observa que el 69% (20) de los trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, son Solteros(as); mientras que el 31% restante son Casados(as).

Anexo J

Base de datos

*BASE DE DATOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: EDAD 6 Visible: 34 de 34 variables

	EDAD	SEXO	EC	GI	IMCPRE	PAPRE	PABDPRE	TRIGLICPRE	GLUPRE	COLPRE	ALCOPRE	TABPRE	EJERPRE	FRUTPRE	VEGPRE	IMCPOS	PAPOS
1	46 AÑOS	MAS	SOL	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Normal (88	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No Ocaciona	Ocacio	Ocaciona	Sobrepeso	Normot	
2	46 AÑOS	MAS	CAS	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Normal (88	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No Ocaciona	Si	Si	Sobrepeso	Normot	
3	36 A 40 A	FEM	CAS	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No	No	Si	Si	Sobrepeso	Normot
4	36 A 40 A	MAS	SOL	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Normal (88	Riesgo (>	Normal (<	Riesgo (>	Ocacionalm	No Ocaciona	Si	Si	Sobrepeso	Normot	
5	31 A 35 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Riesgo (>	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No	> a 30mi	Si	Si	Sobrepeso	Normot
6	20 A 25 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	Normal (<	No	No Ocaciona	Si	Si	Sobrepeso	Normot	
7	31 A 35 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No	No	Si Ocaciona	Normal (18	Normot	
8	20 A 25 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	No	No	No	Ocacio	Ocaciona	Sobrepeso	Normot
9	26 A 30 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No Ocaciona	Si	Si	Normal (18	Normot	
10	31 A 35 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	Ocacionalm	Si	Ocacio	Si	Normal (18	Normot
11	20 A 25 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	No	No Ocaciona	Si	Si	Normal (18	Normot	
12	46 AÑOS	MAS	CAS	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Normal (88	Riesgo (>	Normal (<	Riesgo (>	Ocacionalm	No Ocaciona	Si	Si	Sobrepeso	Normot	
13	41 A 45 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	No	No Ocaciona	Ocacio	Ocaciona	Sobrepeso	Normot	
14	41 A 45 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Riesgo (>	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No	No	Ocacio	No	Normal (18	Normot
15	41 A 45 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	No	No	Si	Si	Si	Normal (18	Normot
16	26 A 30 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Obesidad (Normot	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	Normal (<	No	No Ocaciona	Si	Si	Obesidad (Normot	
17	20 A 25 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	No	No Ocaciona	Ocacio	Si	Sobrepeso	Normot	
18	36 A 40 A	FEM	CAS	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Riesgo (>	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	No	No Ocaciona	Si	Si	Sobrepeso	Normot	
19	36 A 40 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Normal (18	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No	No	Si Ocaciona	Sobrepeso	Normot	
20	31 A 35 A	FEM	SOL	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Riesgo (>	Normal (<	Normal (<	Normal (<	No	No Ocaciona	Si	Si	Sobrepeso	Normot	
21	20 A 25 A	MAS	SOL	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	Ocacionalm	Si	Si	No	Sobrepeso	Normot
22	41 A 45 A	MAS	CAS	SUPERIOR	Sobrepeso	Normot	Normal (88	Normal (<	Normal (<	Normal (<	Ocacionalm	No	> a 30mi	Si	Si	Sobrepeso	Normot

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

14°C Muy nublado 03:26 p.m. 31/03/2022

*BASE DE DATOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: Visible: 34 de 34 variables

	VEGPOS	SDMETPRE	ESTVIDPRE	SDMETPOS	ESVPOS	SDPRE	EVPRE	ADMTPOS	SVPOS	var
1	Si	Si	8.00	13.00	7.00	19.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
2	nte	Ocacionalmente	8.00	17.00	9.00	15.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
3	Si	Si	7.00	16.00	9.00	16.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
4	Si	Si	9.00	17.00	9.00	19.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
5	Si	Si	9.00	18.00	8.00	19.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
6	Si	Si	7.00	18.00	8.00	17.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
7	Si	Si	6.00	14.00	6.00	17.00	NORMAL	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
8	Si	Si	6.00	13.00	7.00	17.00	NORMAL	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
9	nte	Ocacionalmente	6.00	17.00	6.00	13.00	NORMAL	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
10	Si	Si	6.00	16.00	6.00	20.00	NORMAL	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
11	Si	Si	7.00	18.00	6.00	18.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
12	Si	Si	9.00	17.00	9.00	17.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
13	Si	Si	7.00	14.00	7.00	17.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
14	nte	Ocacionalmente	8.00	11.00	6.00	12.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
15	nte	Ocacionalmente	6.00	20.00	6.00	12.00	NORMAL	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
16	Si	Si	9.00	18.00	10.00	17.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
17	Si	Si	7.00	16.00	9.00	20.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA SALUDABLE
18	Si	Si	9.00	18.00	9.00	18.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
19	nte	Ocacionalmente	6.00	14.00	8.00	12.00	NORMAL	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
20	Si	Si	8.00	18.00	9.00	18.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
21	Si	Si	7.00	15.00	9.00	17.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLE	RIESGO	ESTILO DE VIDA NO SALUD...
22	Si	Si	7.00	18.00	7.00	17.00	RIESGO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLE	NORMAL	ESTILO DE VIDA NO SALUD...

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

14°C Muy nublado 03:26 p.m. 31/03/2022

*BASE DE DATOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: ALCOPOS 3 Visible: 34 de 34 variables

	ALCOPOS	TABPOS	EJERPOS	FRUTPOS	VEGPOS	SDMETPRE	ESTVIDPRE	SDMETPOS	ESVPOS	SDPRE	
1	Ocasionalmente	No	Si	Si	Si	8.00	13.00	7.00	19.00	RIESGO	ESTILOS
2	No	No	> a 30min/dia	Ocasionalmente	Ocasionalmente	8.00	17.00	9.00	15.00	RIESGO	ESTILOS
3	Ocasionalmente	No	No	Si	Si	7.00	16.00	9.00	16.00	RIESGO	ESTILOS
4	Ocasionalmente	No	Si	Si	Si	9.00	17.00	9.00	19.00	RIESGO	ESTILOS
5	Ocasionalmente	No	Si	Si	Si	9.00	18.00	8.00	19.00	RIESGO	ESTIL
6	No	No	No	Si	Si	7.00	18.00	8.00	17.00	RIESGO	ESTIL
7	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	6.00	14.00	6.00	17.00	NORMAL	ESTILOS
8	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	6.00	13.00	7.00	17.00	NORMAL	ESTILOS
9	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	6.00	17.00	6.00	13.00	NORMAL	ESTILOS
10	No	No	Si	Si	Si	6.00	16.00	6.00	20.00	NORMAL	ESTILOS
11	No	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	18.00	6.00	18.00	RIESGO	ESTIL
12	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	9.00	17.00	9.00	17.00	RIESGO	ESTILOS
13	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	14.00	7.00	17.00	RIESGO	ESTILOS
14	Ocasionalmente	No	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	8.00	11.00	6.00	12.00	RIESGO	ESTILOS
15	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	6.00	20.00	6.00	12.00	NORMAL	ESTIL
16	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	9.00	18.00	10.00	17.00	RIESGO	ESTIL
17	No	No	Si	Si	Si	7.00	16.00	9.00	20.00	RIESGO	ESTILOS
18	No	No	Ocasionalmente	Si	Si	9.00	18.00	9.00	18.00	RIESGO	ESTIL
19	Ocasionalmente	No	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	6.00	14.00	8.00	12.00	NORMAL	ESTILOS
20	No	No	Ocasionalmente	Si	Si	8.00	18.00	9.00	18.00	RIESGO	ESTIL
21	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	15.00	9.00	17.00	RIESGO	ESTILOS
22	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	18.00	7.00	17.00	RIESGO	ESTIL

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

14°C Muy nublado 03:27 p.m. 31/03/2022

*BASE DE DATOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

8: PAPOS 1 Visible: 34 de 34 variables

	PAPOS	PABPOS	TRIGLIPOS	GLIPOS	COLPOS	ALCOPOS	TABPOS	EJERPOS	FRUTPOS	VEGPOS	SDMETPRE	ESTVIDPRE
8	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	6.00	13
9	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	6.00	17
10	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	No	No	Si	Si	Si	6.00	16
11	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	No	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	18
12	Normal	Normal (88...	Riesgo (>...	Normal (<...	Riesgo (>...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	9.00	17
13	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	14
14	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	8.00	11
15	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	6.00	20
16	Normal	Riesgo (>...	Riesgo (>...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	9.00	18
17	Normal	Normal (88...	Riesgo (>...	Normal (<...	Riesgo (>...	No	No	Si	Si	Si	7.00	16
18	Normal	Riesgo (>...	Normal (<...	Normal (<...	Riesgo (>...	No	No	Ocasionalmente	Si	Si	9.00	18
19	Normal	Normal (88...	Riesgo (>...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	6.00	14
20	Normal	Riesgo (>...	Normal (<...	Normal (<...	Riesgo (>...	No	No	Ocasionalmente	Si	Si	8.00	18
21	Normal	Normal (88...	Riesgo (>...	Riesgo (>...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	15
22	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	18
23	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Si	Si	6.00	17
24	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	No	No	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	18
25	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Si	Si	7.00	15
26	Normal	Normal (88...	Riesgo (>...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Si	Si	Si	8.00	19
27	Normal	Normal (88...	Riesgo (>...	Normal (<...	Normal (<...	No	No	No	No	Ocasionalmente	10.00	15
28	Normal	Normal (88...	Normal (<...	Normal (<...	Normal (<...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Si	6.00	15
29	Normal	Riesgo (>...	Riesgo (>...	Riesgo (>...	Riesgo (>...	Ocasionalmente	No	Ocasionalmente	Ocasionalmente	Ocasionalmente	12.00	19

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

14°C Muy nublado 03:27 p.m. 31/03/2022

Anexo K

Artículo Científico

EFICACIA DEL “PROGRAMA DE REFORMA DE VIDA RENOVADA” EN ESTILOS DE VIDA Y DISMINUCIÓN DEL SÍNDROME METABÓLICO DE TRABAJADORES DEL PODER JUDICIAL HUANCAVELICA, 2015-2016.

Almonacid M.

Unidad de Pos Grado de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú

RESUMEN:

Objetivo: Determinar la eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

Materiales y métodos: Estudio de tipo aplicado, nivel explicativo, método inductivo-deductivo, con diseño pre experimental tuvo una población de 29 trabajadores del Poder Judicial que acudieron al programa Reforma de Vida, se aplicó la muestra censal; para la obtención de datos se empleó la técnica de la encuesta y observación.

Resultados: En el pre test existe un 72.4% (21) trabajadores con síndrome metabólico en riesgo y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico; un 62.1% (18) trabajadores con estilos de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable. En el post test el 51.7% (15) con síndrome metabólico y un 48.3% (14) sin síndrome metabólico; un 79.3% (23) trabajadores con un estilos de vida no saludable y un 20.7% (06) con estilos de vida saludable.

Conclusiones: Existe presencia de síndrome metabólico difiere en el pre test con el post test y los estilos de vida no difiere favorablemente en el pre test con el post test en los trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

Palabras Clave: Programa, reforma, eficacia, vida, renovada.

EFFECTIVENESS OF THE “RENEWED LIFE REFORM PROGRAM” IN LIFESTYLES AND REDUCTION OF THE METABOLIC SYNDROME OF WORKERS OF THE HUANCAVELICA JUDICIAL POWER, 2015-2016.

Almonacid M.

Postgraduate Unit of the Faculty of Nursing, National University of Huancavelica, Huancavelica, Peru

RESUME:

Objective: to determine the effectiveness of the "Renewed Life Reform Program" in lifestyles and reduction of the metabolic syndrome of workers of the Huancavelica Judicial Branch, 2015-2016.

Materials and methods: Applied type study, explanatory level, inductive-deductive method, with pre-experimental design, it had a population of 29 workers from the Judicial Power who attended the Life Reform program, the census sample was applied; to obtain data, the survey and observation technique was used.

Results: In the pre-test there are 72.4% (21) workers with metabolic syndrome at risk and 27.6% (08) without metabolic syndrome; 62.1% (18) workers with unhealthy lifestyles and 37.9% (11) with healthy lifestyles. In the post test, 51.7% (15) with metabolic syndrome and 48.3% (14) without metabolic syndrome; 79.3% (23) workers with unhealthy lifestyles and 20.7% (06) with healthy lifestyles.

Conclusions: The presence of metabolic syndrome differs in the pre-test with the post-test and the lifestyles do not differ favorably in the pre-test with the post-test in the workers of the Huancavelica Judicial Power, 2015-2016.

Keywords: Program, reform, efficacy, life, renewed.

INTRODUCCIÓN.

La sociedad actual funciona a un ritmo de 24 horas, durante las cuales requiere los servicios de los empleados de las instituciones, obligándolos a programar horarios de trabajo que vayan en contra de los ritmos naturales de la vida. Los turnos de trabajo realizados fuera del horario normal del día, representan un tema que cobra importancia dentro de la salud física y mental de los trabajadores, debido a sus múltiples implicaciones sobre ésta (1).

A pesar de que esta situación se presenta especialmente en los trabajadores que cumplen con horarios o guardias nocturnas, entre ellos los del sector salud, también es comúnmente evidenciable en muchas instituciones con horarios diurnos, que poseen como particular la gran carga laboral asignada a sus empleados; situación que genera efectos negativos sobre distintos niveles; tales como, la productividad, aumento del ausentismo, rotación laboral, y efectos en el bienestar de los trabajadores, siendo éste último el más delicado; de este modo, el trabajo por turno podría empezar a verse como un problema de salud pública, significando un motivo de preocupación para las autoridades de las instituciones, quienes deberían buscar mejores condiciones de trabajo, con el fin de aumentar el rendimiento del trabajador y disminuir los riesgos sobre su salud (1).

El Síndrome Metabólico es definido como "...la conjunción de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumentan su probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus". Según la National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel III (NCEP), alrededor del 25% de la población mayor de 20 años de los Estados Unidos, padece del síndrome metabólico; teniendo como característica principal la obesidad central y resistencia a la insulina. Por otro lado, el grupo etario en riesgo de padecer el síndrome metabólico, está situado en torno a los 35 años; esto se debe a la adopción de inadecuados estilos de vida desde edades muy tempranas (2).

En el mundo hay más de 347 millones de personas tienen diabetes. Se estima que 1,5 millones de personas murieron en 2012 por hiperglucemia. Se registraron más de 80 muertes por diabetes en países de ingresos bajos y medianos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes será la séptima causa principal de muerte para 2030 (3).

Los hábitos de vida saludables, incluida la actividad física regular, una dieta equilibrada, el consumo de frutas y verduras y el control del tabaquismo, pueden prevenir o retrasar la diabetes tipo 2, así como reducir el riesgo de desarrollarla, en un 80%. Actualmente, estas enfermedades causan el 60% de todas

las muertes en todo el mundo; 80% de estas cosas suceden en países de ingresos bajos y medianos (3) (4).

Las enfermedades crónicas no transmisibles son duraderas y progresan lentamente. Más del 80% de las muertes se deben a enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo II, y más de un tercio de los casos de cáncer podrían prevenirse eliminando los factores de riesgo comunes para estas enfermedades, como el tabaquismo, los hábitos alimentarios poco saludables y el sedentarismo (5).

Así mismo, este grupo de enfermedades generan pérdidas económicas, sobretodo en los países de ingresos bajos y medios, estimado en alrededor de 7 billones de dólares para el período 2011-2025 (promedio de alrededor de 500 mil millones de dólares por año) (6).

Sin embargo, estudios realizados por la OMS indican que los costos de las intervenciones dirigidas a reducir los estilos de vida sedentarios, las dietas poco saludables y el consumo de alcohol y productos del tabaco, por este monto, equivalen a 2 mil millones de dólares anuales; Esto equivale a un costo de aproximadamente de 0,40 dólares por persona. Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU, y la OMS estimaron en 2001 que por cada dólar invertido en planes de promoción de la salud que incluyen actividad física y alimentación saludable, el gasto en salud se reduciría en 3,2 dólares (6).

Por otro lado, la carga de trabajo, los problemas familiares, la incapacidad para descentralizarse y la falta de trabajo en equipo generan estrés en los empleados; esta enfermedad se produce cuando las exigencias del entorno superan la capacidad del individuo para afrontarlas o controlarlas. El estrés puede manifestarse de diversas formas; sus síntomas más comunes van desde la irritabilidad hasta la depresión, y suelen ir acompañados de agotamiento físico y/o mental, lo que reduce la calidad de vida de quienes la padecen; de ahí la necesidad de combatirlo, y conocer técnicas efectivas para manejarlo (6).

En el Perú, el 70% de asalariados de empresas privadas y estatales padecen de estrés; éste, al igual que el síndrome metabólico, no solo afecta de manera directa al trabajador al deteriorar su salud física y mental y afectar la productividad; sino que, también influye de manera negativa sobre las organizaciones públicas y privadas, determinando posteriormente una mala calidad en los servicios que ofrecen. Pese a ello, pocas empresas adoptan una solución al respecto (7).

Según Barquinero, magíster en recursos humanos, en la actualidad los empresarios están enfocados en la productividad y no analizan la sobrecarga laboral de los empleados. El autor menciona que las compañías creen erróneamente que el incremento de las horas de trabajo de los empleados, aumentará la productividad; no obstante, esta presión laboral solo genera agotamiento y deterioro de la salud del trabajador, quienes corren el riesgo de padecer estrés, hipertensión arterial, diabetes mellitus, patologías cardíacas, entre otras afecciones (8).

En Huancavelica, el Poder Judicial atiende en promedio a 400 usuarios al mes; el personal administrativo y jurídico que labora en dicha institución está sometido a un trabajo arduo y gran presión en el entorno laboral, esto combinado con la falta de descanso puede provocar la saturación física y/o mental de los trabajadores, creando efectos negativos sobre la salud de las personas y su entorno familiar.

El EsSalud viene implementando el “Programa de reforma de vida renovada”; esta estrategia creada por el Seguro Social de Salud, tiene como propósito identificar factores de riesgo para la salud de los trabajadores; tales como el sobrepeso/obesidad, presión arterial alta, estrés, triglicéridos, glucosa y colesterol elevados (Síndrome metabólico) con el fin de prevenirlos mediante la adopción de estilos de vida saludables, y contribuir con el cuidado integral de las personas que los padecen. Para ello, es necesario determinar la eficacia de dicho programa; y, en caso de obtener resultados desfavorables, reajustar los procedimientos o cambiarlos por otros (9).

MATERIAL Y MÉTODOS

En el pre test existe un 72.4% (21) trabajadores con síndrome metabólico en riesgo y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico; un 62.1% (18) trabajadores con estilos de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable. En el post test el 51.7% (15) con síndrome metabólico y un 48.3% (14) sin síndrome metabólico; un 79.3% (23) trabajadores con un estilos de vida no saludable y un 20.7% (06) con estilos de vida saludable.

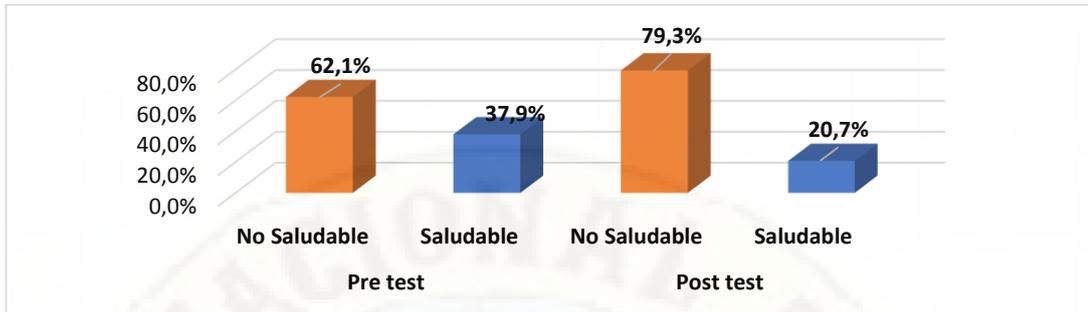
RESULTADOS

De la tabla N° 01 se evidencia en el pre test que existe 62.1% (18) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con estilo de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable. Así mismo se evidencia en el post test un 79.3% (23) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con un estilo de vida no saludable y un 20.7% (06) con estilos de vida saludable.

De la tabla N° 02 se evidencia en el pre test, que existe un 72.4% (21) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con síndrome metabólico y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico . Así mismo, se evidencia en el post test que el porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico disminuye al 51.7% (15).

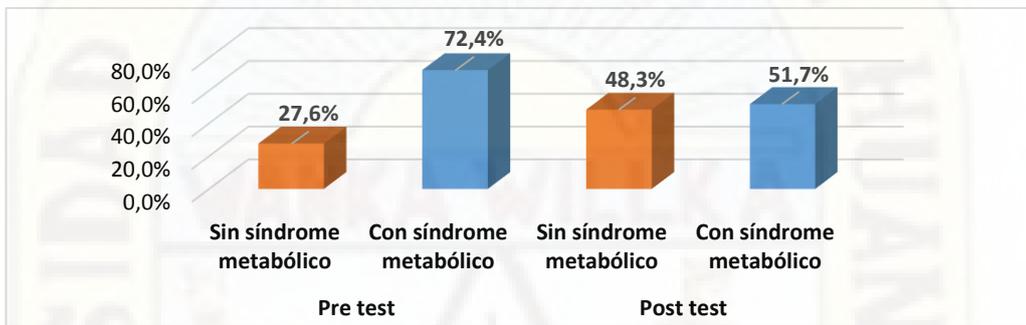
De la tabla N° 03 se evidencia en el pre test que existe un 72.4% (21) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con síndrome metabólico y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico. Así mismo, se evidencia en el post test que el porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico disminuye al 51.7% (15), y aumenta el porcentaje de trabajadores sin síndrome metabólico a un 48.3% (14). Por otra parte, se evidencia en el pre test que existe 62.1% (18) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con estilos de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable; evidenciándose en el post test, un 79.3% (23) de trabajadores con estilos de vida no saludables y un 20.7% (06) con estilos de vida saludables.

GRÁFICO N° 01 Estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 en el pre y post test al programa de Reforma de Vida Renovada.



FUENTE: Tabla N° 01

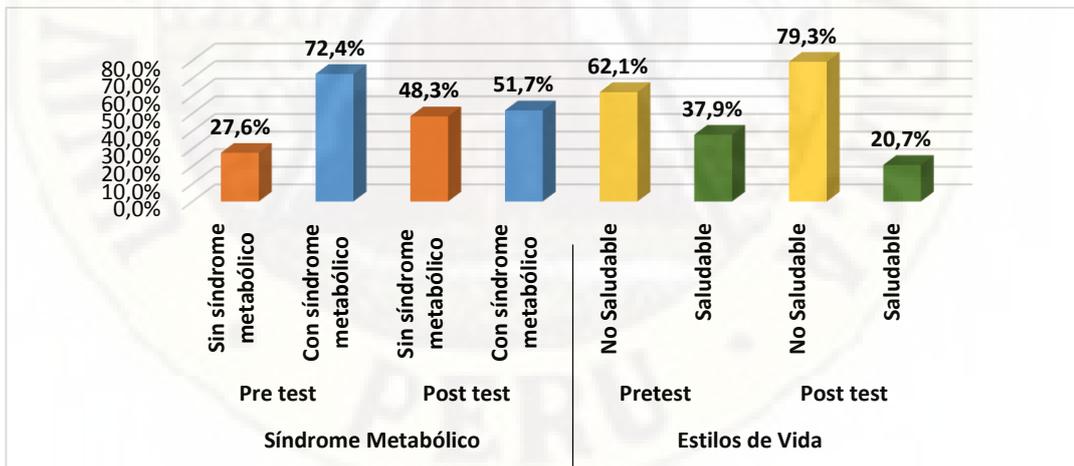
Figura 2. Síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 en el pre y post test al programa de Reforma de Vida Renovada.



Fuente:

tabla 2.

Figura 3. Eficacia del “Programa de reforma de vida renovada” en estilos de vida y disminución del síndrome metabólico de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.



Fuente: tabla 3.

DISCUSIÓN:

El Programa de Reforma de Vida Renovada es una estrategia adoptada por el Hospital II Essalud Huancavelica, y puesta en marcha sobre los trabajadores del Poder Judicial de dicha localidad, con el propósito de mejorar sus estilos de vida y disminuir el síndrome metabólico. La eficacia de este programa, determinaría la importancia de su aplicación, y sus beneficios sobre la salud de los trabajadores.

Debido a este planteamiento que nos hemos trazado, se han encontrado los siguientes resultados:

Se pudo evidenciar en el pre test del programa “Reforma de Vida Renovada” que existían 21 trabajadores del Poder Judicial de Huancavelica con síndrome metabólico; cifra que, en el post test a dicho programa, se redujo a 15 trabajadores con síndrome metabólico. Además, puesto que $VC > VT$ ($2,268 > 1,701$) decimos que se ha encontrado evidencia para rechazar la hipótesis nula; y se acepta la hipótesis alterna de la investigación; permitiendo afirmar que el programa de reforma de vida renovada es eficaz en la disminución del síndrome metabólico en trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016, con una significancia estadística al 5%.

De acuerdo al modelo trasteórico de Prochaska y Diclemente 1983 afirma que las personas progresan a lo largo de una serie de etapas de cambio comportamental, y que el paso a lo largo de éstas etapas tiende a ser cíclico y no lineal. Por lo tanto, las personas pueden lograr un cambio de estilos de vida siempre y cuando lleguen a la etapa de Mantenimiento; la cual se caracteriza cuando las personas han logrado sostener el cambio comportamental por un período mayor a seis meses; se espera que continúen manteniendo el comportamiento a lo largo de la vida.

La “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” de Orem (18), menciona que el objetivo de la enfermería radica en: “Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”. Una de estas herramientas es el programa de Reforma de Vida Renovada, donde el profesional de Enfermería ayuda, guía, enseña, apoya y proporciona a los trabajadores los medios necesarios para un autocuidado de la salud. Según esta teoría el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia la mejora de la salud; lo cual respaldaría la disminución del porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico después de brindado el programa de Reforma de Vida Renovada.

En cuanto a los estilos de vida, se observó en el pre test del programa “Reforma de Vida Renovada” que existían 18 trabajadores del Poder Judicial Huancavelica con estilos de vida no saludable, incrementándose a 23 trabajadores con un estilo de vida no saludable en el post test; esto, sumado a los resultados estadísticos, donde $VC < VT$ ($1,410 < 1,701$) permite afirmar, con una significancia estadística del 5%, que el programa de reforma de vida renovada NO es eficaz en el cambio de estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

El mismo modelo de transición teórico descrito anteriormente establece que las personas pueden o no adaptarse a los cambios de estilo de vida al estar en una fase de contemplación antes de no tener la intención de cambiar su comportamiento en el futuro. En el futuro cercano, la persona no está pensando en comenzar a cambiar en el futuro cercano. seis meses. Esta etapa está asociada con el hecho de que el individuo ha intentado cambiar en el pasado, sin éxito o no le gustó la experiencia del cambio. Los individuos exhiben comportamientos de evitación y son percibidos como individuos o grupos que protestan o están desmoralizados.

Por lo tanto, gracias a la evidencia obtenida en el pre test y post test, se demuestra que el programa “Reforma de Vida Renovada” mejora el síndrome metabólico en los trabajadores del Poder Judicial de Huancavelica; más no así, los estilos de vida.

Deseamos citar a Soto y León (2020), en su estudio “Efectividad de una estrategia educativa en salud en pacientes con síndrome metabólico durante 2017”, donde se evidenció una disminución en las mediciones de los valores clínicos de los criterios de Síndrome metabólico (peso, IMC, presión arterial, índice de circunferencia cintura/cadera, glucemia, colesterol y triglicéridos), demostrando que su estrategia educativa tiene efectos directos y significativos sobre el control metabólico y modificación de conductas de riesgo en los pacientes, con una $p < 0.001$; además de incrementar el nivel de conocimientos en 14,207 unidades ($p = 0,0001$), con un Alfa de Cronbach de 0,84. Mismos resultados son evidenciados en el estudio desarrollado por Peña, et al (11), titulado “Estudios prospectivos sobre intervención en estilo de vida en pacientes con Síndrome Metabólico”, donde una revisión sistémica de estudios prospectivos demostraron que la intervención en los estilos de vida de las personas contribuye significativamente ($p < 0.05$) a la reducción del síndrome metabólico y sus componentes.

Del mismo modo citamos a Cáceres y Vásquez (2016), en su tesis “Efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015”, donde se encontraron diferencias significativas en los indicadores: perímetro abdominal, triglicéridos, glicemia, y presión arterial, los cuales se vieron disminuidos, con un $p < 0,05$; a excepción del colesterol ($p > 0,05$).

Sin embargo, también se hallaron estudios que poseen resultados que difieren a los de nuestra investigación, citando a Polo (2018), en su tesis “Eficacia del Programa Reforma de Vida en pacientes con diabetes tipo 2, del Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios – Octubre 2017– Marzo 2018”, en cuyos hallazgos no se evidenciaron diferencias significativas entre en pretest y post test para los indicadores del síndrome metabólico; concluyendo en que la aplicación del Programa Reforma de vida, no es eficaz en cuanto al control de los factores de riesgo de la Diabetes Mellitus tipo II.

De acuerdo a Sirit y Acero, en su investigación titulada “Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo” concluye que para evitar los riesgos metabólicos se deben implementar programas de prevención y cambios de estilos de vida para minimizar el riesgo de enfermedad coronaria y cerebro vascular que conducen a discapacidad laboral. La cual refuerza el programa establecido por el Hospital II EsSalud en dicho tema.

Por otro lado, y en cuanto a la variable “Estilos de vida”, deseamos citar a Rondán (2016) quien realizó la tesis “Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida de Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital I Cono Sur Essalud – Nuevo Chimbote 2015”, donde se evidenció un aumento del porcentaje de pacientes con estilos de vida adecuados, tras la aplicación del programa educativo; pasando de un 68% a un 100%. Demostrando la efectividad del programa educativo en pacientes con síndrome metabólico del Hospital I Cono Sur.

Datos similares fueron obtenidos por Delgado (2017), en su estudio “Efectividad del programa reforma de vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa”, quien obtuvo

como resultados una mejora significativa ($p < 0,001$) en los estilos de vida después de la Intervención (cambiando del 61,5% de los participantes con estilos de vida “algo bajos” en el pre test, al 69,2% con estilos de vida “fantásticos” en el post test).

Estos datos difieren de los resultados obtenidos en nuestro estudio, para la variable “estilos de vida”, donde la aplicación del programa de reforma de vida renovada, no reflejó una mejora de los estilos de vida de los trabajadores.

Con estos resultados, se concluye que las estrategias como el Programa de Reforma de Vida Renovada, intervienen en la disminución del síndrome metabólico, sin embargo, los efectos sobre los estilos de vida no son estables.

En definitiva, consideramos este estudio un aporte que nos permitirá contribuir a futuras investigaciones y nuevos enfoques para el desarrollo de nuevas tesis que beneficiarán a toda la comunidad médica.

CONCLUSIONES:

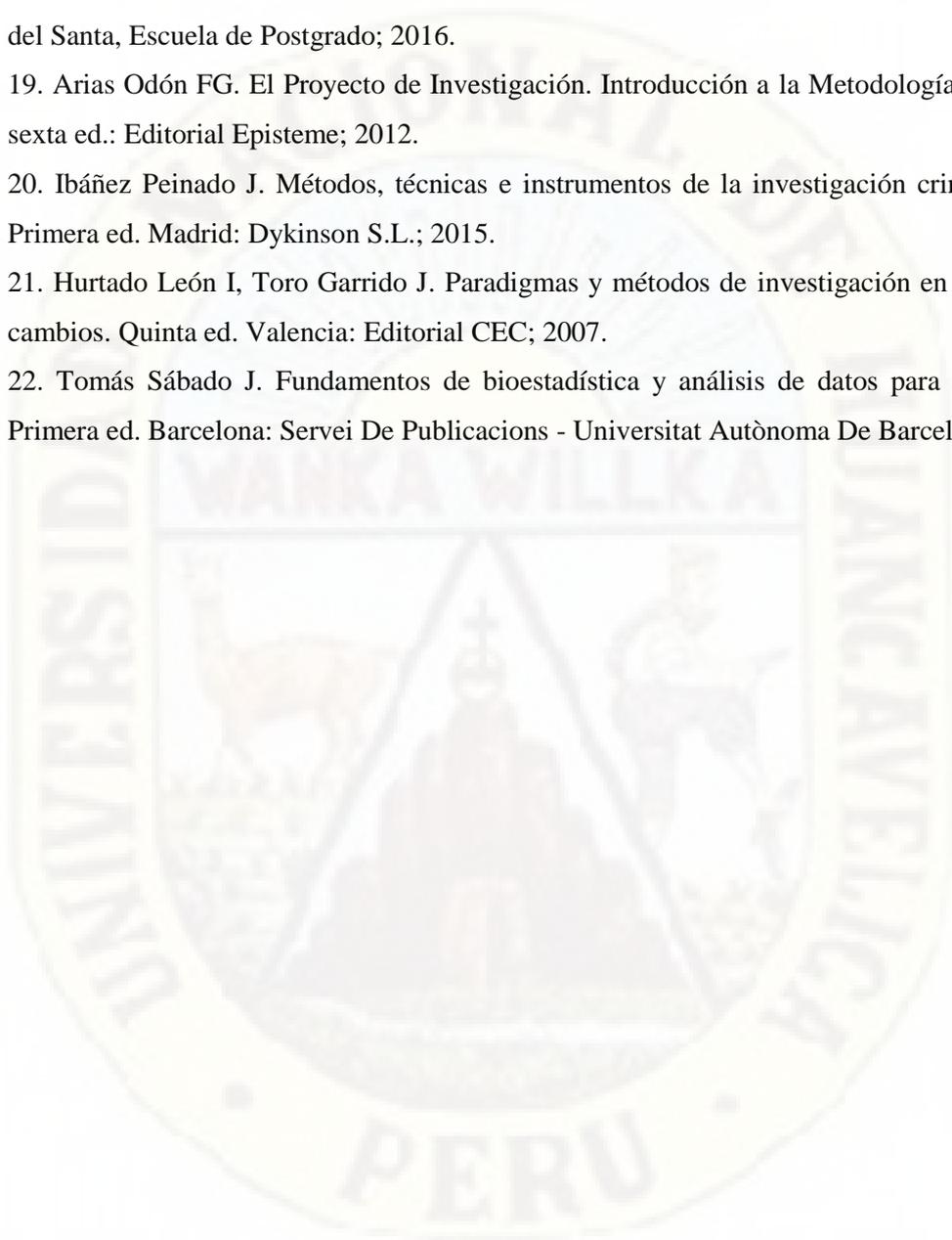
- Se evidencia en el pre test que existe 62.1% (18) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con estilo de vida no saludable y un 37.9% (11) con estilos de vida saludable. Así mismo se evidencia en el post test un 79.3% (23) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 con un estilo de vida no saludable y un 20.7% (06) con estilos de vida saludable. Es decir; que los estilos de vida de trabajadores no difiere favorablemente en el pre test con el post test.
- En el pre test, un 72.4% (21) trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 presentaron síndrome metabólico y un 27.6% (08) sin síndrome metabólico. También, se evidencia en el post test que el porcentaje de trabajadores con síndrome metabólico disminuye al 51.7% (15).
- El programa de reforma de vida renovada no es eficaz en el cambio de estilos de vida de trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016 Sin embargo el programa de reforma de vida renovada es eficaz en la disminución del síndrome metabólico en trabajadores del Poder Judicial Huancavelica, 2015-2016.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deschamps Perdomo A, Olivares Román SB, De La Rosa Zabala K, Asunsolo Del Barco Á. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras.. Medicina y Seguridad del Trabajo. 2011; 57(224).
2. Arce VM, Catalina PF, Mallo F. Endocrinología. Santiago de Compostela: Universidad Santiago de Compostela; 2006.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014 [cited 2021 Enero 10. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>.
4. Acosta Burbano PA. Programa de estilos de vida y trabajo saludable "Somos más sanos en Texcol", año 2015-2016. In ORP journal; 2016; Barcelona. p. 501-512.
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2013 [cited 2021 Enero 05. Available from: https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/.

6. Granados C, Rivera D, Muñoz C, Donado C. Hábitos de Vida Saludable. Documento Técnico. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Departamento Administrativo del Deporte, la Recreación, la Actividad Física y el Aprovechamiento del Tiempo Libre; 2011.
7. Vilca Monrroy C. Estrés ocupacional y su relación con el desempeño laboral de los colaboradores con enfermedad profesional de la Empresa Administración de Empresas S.A. Unidad Minera San Rafael - 2015. Tesis de grado. Puno: Universidad Nacional del Altiplano - Puno, Facultad de Trabajo Social; 2016.
8. Leiva Roca Y. El 70% de trabajadores sufre estrés laboral. La República. 2014 Setiembre.
9. Essalud. Programa de Reforma de Vida Renovada Lima: Gerencia Central de Prestaciones de Salud; 2012.
10. Soto Páramo DG, León Verdín MG. Efectividad de una estrategia educativa en salud en pacientes con síndrome metabólico durante 2017. Medicina General y de Familia. 2020 Enero; 9(1).
11. Peña Díaz C, Pérez Morales E, Alcántara Jurado L, Hurtado Ayala L. Estudios prospectivos sobre intervención en estilo de vida en pacientes con Síndrome Metabólico. Revista Iberoamericana de Ciencias. 2016 Junio; 3(2).
12. Sosa M. “Frecuencia de síndrome metabólico en consultantes de centros de salud de atención primaria de la zona noreste de la ciudad de Córdoba capital”. Tesis de Maestría. Córdoba Capital: Universidad Nacional de Córdoba; 2012.
13. Gonzáles M. Síndrome metabólico, dieta y marcadores de inflamación. Tesis de doctorado. España: Universitat de les Illes Balears; 2012.
14. Sirit Y, Acero C, Bellorin M, Portillo M. Síndrome Metabólico y otros Factores de Riesgo Cardiovascular en Trabajadores de una Planta de Policloruro de Vinilo. Venezuela: Instituto de Medicina del Trabajo e Higiene Industrial; 2008.
15. Cáceres Ravelo KM, Vásquez Núñez SM. Efectividad del programa “Plan de Reforma de Vida” en el síndrome metabólico en trabajadores de empresas privadas de Lima Este, 2015. Tesis de grado. Lima: Universidad Peruana Union, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
16. Delgado Olave RR. Efectividad del programa reforma de vida en los estilos de vida miembros de círculos de salud de dos distritos de Arequipa. Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2017 Julio; 2(2).
17. Polo De La Cruz SI. Eficacia del Programa Reforma de Vida en pacientes con diabetes tipo 2, del Hospital Víctor Alfredo Lazo Peralta – Madre de Dios – Octubre 2017– Marzo 2018. Tesis para optar grado de Maestro. Madre de Dios: Universidad César Vallejo, Escuela de Posgrado; 2018.

18. Rondán Caballero NV. Efectividad del Programa Educativo “Vida Saludable” en el Cambio de Estilos de Vida en Pacientes con Síndrome Metabólico. Hospital 1 Cono Sur Essalud - Nuevo Chimbote 2015. Tesis de Maestría. Nuevo Chimbote: Universidad Nacional del Santa, Escuela de Postgrado; 2016.
19. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. sexta ed.: Editorial Episteme; 2012.
20. Ibáñez Peinado J. Métodos, técnicas e instrumentos de la investigación criminológica. Primera ed. Madrid: Dykinson S.L.; 2015.
21. Hurtado León I, Toro Garrido J. Paradigmas y métodos de investigación en tiempos de cambios. Quinta ed. Valencia: Editorial CEC; 2007.
22. Tomás Sábado J. Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería. Primera ed. Barcelona: Servei De Publicacions - Universitat Autònoma De Barcelona; 2009.



Anexo L

Evidencias fotográficas



Imagen N°01: Procedimiento de extracción de muestra de sangre.



Imagen N° 02: Control de presión arterial



Imagen N° 03: Realizando medición de peso y talla



Imagen N° 04: Realizando medición de presión arterial



Imagen N° 05: Sesión del Programa de Reforma de Vida Renovada



Imagen N° 06: Sesiones de consejería sobre estilos de vida saludable



Imagen N° 07: Realizando medición de circunferencia abdominal.