

**CARACTERIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LA
APARICION DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES (HTA-DM)
EN LA POBLACION ADULTA DEL BARRIO SOLARIS DE LA CIUDAD DE
GIRARDOT AÑO 2016 PERIODO II.**

AUXILIARES DE INVESTIGACION

CAMILO ANDRES CONTRERAS JIMENEZ
330211211

JULIAN DAVID FALLA BENITEZ
330211216

YURANY ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ
330211220

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
GIRARDOT 2016

**CARACTERIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LA
APARICION DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES (HTA-DM)
EN LA POBLACION ADULTA DEL BARRIO SOLARIS DE LA CIUDAD DE
GIRARDOT AÑO 2015-2016.**

AUXILIARES DE INVESTIGACION

CAMILO ANDRÉS CONTRERAS JIMENEZ
330211211

JULIAN DAVID FALLA BENITEZ
330211216

YURANY ALEXANDRA GONZALEZ HERNANDEZ
330211220

DOCENTE INVESTIGADOR

HUGO FERNANDO RAMIREZ JARAMILLO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
GIRARDOT 2016

Primero que nada agradecemos a dios por brindarnos esta oportunidad de llegar a este punto de nuestra carrera, a nuestros padres por el apoyo incondicional durante todo este tiempo, a nuestros hijos por ser el motor que nos impulsó día a día, a nuestros maestros por la paciencia de enseñarnos como ser un mejor profesional día a día y por último a nosotros mismos por el esfuerzo y la amistad que nos ayudó a llevar este trabajo a su fin y a la entrega y el amor que tenemos a nuestro ser.

EL SER ENFERMEROS.....

TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE CONTENIDO	PAG
LISTA DE TABLAS	
.....	6
1 TITULO	
.....	9
2. TEMA	
.....	9
3. INTRODUCCIÓN	
.....	10
4 PROBLEMA	
.....	11
4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
.....	11
4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
.....	14
5. OBJETIVOS	
.....	15
5.1 OBJETIVO GENERAL	
.....	15
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	
.....	15
6 JUSTIFICACIÓN	
.....	16
7. MARCOS DE REFERENCIA	
.....	17

7.1 MARCO TEORICO	17
7.2 MARCO CONCEPTUAL	18
7.3 MARCO ETICO	20
7.4 MARCO LEGAL	22
7.5 MARCO GEOGRAFICO	27
8 OPERACIONALIZACIÒN DE VARIABLES	31
9 DISEÑO METODOLOGICO	35
10 ANALISIS DE DATOS	38
11 CONCLUSIONES	65
12 RECOMENDACIONES	66
13. BIBLIOGRAFIA	68
14 ANEXOS	70

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR RANGO DE EDAD.
- FIGURA 2.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR PATOLOGÍA
- FIGURA 3.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GÉNERO SEGÚN SU PATOLOGÍA
- FIGURA 4.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD
- FIGURA 5.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SU OCUPACIÓN.
- FIGURA 6.** RESULTADOS DE LAS GLUCÓMETRIAS TOMADAS EN LOS PACIENTES CON DIABETES
- FIGURA 7.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL
- FIGURA 8.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL RIESGO CARDIOVASCULAR POR PATOLOGÍA.
- FIGURA 9.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL
- FIGURA 10.** DISTRIBUCIÓN DE PERÍMETRO ABDOMINAL SEGÚN EL GÉNERO.
- FIGURA 11.** REALIZACIÓN DE EJERCICIO EN EL PASADO
- FIGURA 12.** REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA.
- FIGURA 13.** DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES RECREATIVAS
- FIGURA 14.** CONOCIMIENTO DE ACTIVIDADES DIRIGIDAS AL ADULTO MAYOR
- FIGURA 15.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS REALIZADAS
- FIGURA 16.** DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN LAS ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE
- FIGURA 17.** PERSONAS CON LAS QUE COMPARTEN EL TIEMPO LIBRE
- FIGURA 18.** DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN CONSUMO DE 4 A 8 VASOS DE AGUA AL DÍA POR PATOLOGÍA.
- FIGURA 19.** DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SI TIENEN UN HORARIO ESTABLECIDO PARA SUS COMIDAS

FIGURA 20. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CONSUMO DE PAN Y CEREALES

FIGURA 21. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SI DESAYUNA ANTES DE INICIAR SUS ACTIVIDADES DIARIAS

FIGURA 22. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTOS CONTENIDOS DE SAL.

FIGURA 23. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN LA ADICIÓN EXTRA DE SAL A LOS ALIMENTOS

FIGURA 24. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE BEBIDAS CON ALTO CONTENIDO DE AZÚCAR

FIGURA 25. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN LA ADICIÓN DE AZÚCAR A LAS BEBIDAS

FIGURA 26. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE GRASA

FIGURA 27. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE COMIDAS RÁPIDAS

FIGURA 28. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL LA IMPORTANCIA QUE LE DAN A SU ALIMENTACIÓN

FIGURA 29. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL

FIGURA 30. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL CONSUMO DE TABACO

FIGURA 31. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE CAFÉ

FIGURA 32. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE BEBIDAS ENERGIZANTES

FIGURA 33. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

FIGURA 34. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE GASEOSA

FIGURA 35. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL CONSUMO DE HELADOS O PASTELES

FIGURA 36. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN OCUPACIÓN LABORAL

FIGURA 37. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL RITMO DE TRABAJO

FIGURA 38. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL TIEMPO QUE TIENE PARA DESCANSAR DURANTE LA JORNADA LABORAL

FIGURA 39. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN LA CALIDAD DEL SUEÑO LUEGO DE LA JORNADA LABORAL

FIGURA 40. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL DESCANSO QUE LOGRAN ENTRE JORNADA LABORAL Y LA SIGUIENTE

FIGURA 41. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN LOS ANTECEDENTES FAMILIARES

FIGURA 42. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ANTIPERTENSIVO QUE CONSUME

FIGURA 43. DISTRIBUCIÓN DE PERSONAS SEGÚN EL HIPOGLUCEMIANTE QUE CONSUME

FIGURA 44. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE DIABÉTICOS SEGÚN LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA

1. TITULO

CARACTERIZACION DE LOS ESTILOS DE VIDA ASOCIADOS A LA APARICION DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES (HTA-DIABETES) EN LA POBLACION ADULTA DEL BARRIO SOLARIS DE LA CIUDAD DE GIRARDOT AÑO 2015-2016.

2. TEMA

ESTILOS DE VIDA

3. INTRODUCCIÓN

En el siguiente documento se presenta el trabajo de grado para optar el título de Enfermero de la Universidad de Cundinamarca, el cual pretende mostrar la importancia de identificar los estilos de vida del adulto y como pueden estar relacionados con las enfermedades crónicas no trasmisibles en los adultos de Girardot, Cundinamarca, barrio Solaris.

En este estudio se desea caracterizar los diferentes estilos de vida, según los elementos del determinante estilo de vida, que establece el modelo epidemiológico de Allan Dever, utilizando un instrumento que nos permita recolectar la información para caracterizar los estilos de vida de los adultos de la población del barrio Solaris de la ciudad de Girardot.

Los estilos de vida como determinante de la salud según Allan Dever ayudan a identificar cuáles son las acciones que toma cada individuo dentro de una sociedad para mantenerse sano y proactivo, encontramos que personas que no tengan conocimiento sobre los adecuados etilos de vida podrían llegar a presentar enfermedades crónicas no trasmisibles como Hipertensión arterial y Diabetes mellitus, con lo cual su calidad de vida a largo plazo estará afectada, estas enfermedad son degenerativas y crónicas, lo que se busca con este proyecto es identificar esos factores que llevan a que las personas enfermen y sean diagnosticadas con este tipo de patologías.

Además, indagaremos si ha sido productivo para las personas diagnosticadas con estas patologías la educación dada sobre buenos estilos de vida para minimizar el riesgo de sufrir complicaciones de una de estas enfermedades. Se tiene gran interrogante sobre el conocimiento que puedan tener estas personas diagnosticadas sobre su patología. Ya que algunos pueden llegar a pensar que la etapa final es estar diagnosticado y no conocer las posibles complicaciones de cada una de ellas. Por eso este trabajo busca dar educación sobre los cuidados que deben adoptar estas personas para poder mantener un equilibrio orgánico, y así prevenir posibles complicaciones

4. PROBLEMA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas no transmisibles, es una de las problemáticas en salud pública a nivel mundial, Las enfermedades crónicas no transmisibles matan a 38 millones de personas cada año. Dentro del grupo de las ECNT podemos encontrar las enfermedades cardiovasculares, con la mayoría de defunciones 17,5 millones cada año, seguidas del cáncer 8,2 millones, las enfermedades respiratorias 4 millones y la diabetes 1,5 millones. Estos 4 grupos de enfermedades son las responsables de la mayoría de muertes por ECNT.

Las ECNT como su nombre lo indica no se trasmite de individuo a individuo. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente, Estas enfermedades afectan a todas las edades y a todas las regiones, Aunque están asociadas a afectar a las personas con edad avanzada. La aparición de estas enfermedades en mayor proporción las origina los estilos de vida poco saludables Por ejemplo las dietas malsanas, el consumo de tabaco, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol.

1. El tabaco se cobra casi 6 millones de vidas cada año (por la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra habrá aumentado hasta 8 millones en 2030.
2. Aproximadamente 3,2 millones de defunciones anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.
3. Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales por uso nocivo del alcohol se deben a ENT.
4. 1,7 millones de muertes en 2010 debidas a causas cardiovasculares se han atribuido a la ingesta excesiva de sal/sodio.

En Colombia, según datos del Plan Decenal de Salud 2012-2020, para 2008, la prevalencia de HTA, en población general era del 22% (6). Adicionalmente, la HTA fue el segundo diagnóstico que generó más consultas en el Sistema General

de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con un 7,3% del total de la población y fue la séptima causa de muerte en el país para el año 2011.

La tendencia de prevalencia de HTA en mujeres fue del 26% en 2010 y del 31% para 2014, con un incremento promedio de 1,35% anual.

Las proyecciones de HTA en hombres, construidas con los datos obtenidos de diversas encuestas publicadas en el país, mostraron una prevalencia de 23,9% en 2010 y 28,7% en 2014, con un aumento anual promedio de 1,2%.

Este aumento puede explicarse por varios factores, tales como el envejecimiento progresivo de la población del país, además de la urbanización. El envejecimiento de la población hace que existan más personas con comorbilidades que pueden generar procesos fisiopatológicos que se encuentran en la cadena de asociación causal de hipertensión arterial. En el mismo sentido, la urbanización hace que la población adquiera hábitos de vida más sedentarios, con acceso a alimentos de menor calidad y viva con mayores niveles de estrés, factores que también pueden estar involucrados en el desarrollo de hipertensión arterial.¹

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de glucosa en sangre, esto es debido a que el cuerpo no segrega suficiente insulina para degradar esta glucosa o cuando el organismo no utiliza eficazmente esta hormona.

En Colombia, la DM reportó una tasa de mortalidad promedio entre 2009 y 2011 de 10,4 por 100.000 habitantes (habs.), ubicándose dentro de las primeras 10 causas de mortalidad general, siendo más del 50% prevenibles.

¹ Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>

En la región Bogotá-Cundinamarca se produjo el 22,06% (50.871 muertes) de la mortalidad del país durante el año 2010. La principal causa de muerte está relacionada con las enfermedades del sistema circulatorio que produjeron el 23,47% (11.940 muertes) de las defunciones de la región.²

En la ciudad de Girardot actualmente hay una población de 105.701 habitantes. Según estadísticas de la secretaria de salud de este municipio, se encuentran casos de morbilidad de 332 personas diagnosticadas con HTA, 48 personas diagnosticadas con DM y 45 personas diagnosticadas con ambas patologías.

El barrio Solaris se encuentra conformado por una población de 672 habitantes, de los cuales 24 personas están diagnosticadas con HTA y DM, siendo el género femenino (54%) el de mayor morbilidad. La mayor prevalencia de enfermedad es HTA con un 66.6% de las personas diagnosticadas. Estos datos fueron sacados de un censo que se realizó por los auxiliares de esta investigación.

Según lo nombrado anteriormente, hay cifras muy llamativas, esto seguramente se origina por la adaptación de estilos de vida no saludables por los diferentes ciclos de vida, se ve necesario una rápida intervención en la población adulta con enfermedades crónicas no transmisibles, para evitar las posibles complicaciones de cada una de ellas. Para ello debemos caracterizar los diferentes estilos de vida que conllevan a adquirir una enfermedad crónica no trasmisible en la población adulta.

Existe la posibilidad de modificar estos estilos de vida no saludables, a pesar de que la mayoría son personas adultas, no es demasiado tarde para conseguir estilos de vida más sanos y evitar complicaciones de las patologías crónicas.

Por todas estas razones nombradas, se vio necesario caracterizar la población del barrio Solaris mediante un instrumento que clasificara los estilos de vida en 3

² Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>

elementos, (modelos de consumos, riesgos inherentes al ocio y riesgos ocupacionales).

4.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA QUE SE ASOCIAN A LA PRESENTACIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES (HTA Y DM) EN LA POBLACIÓN ADULTA DEL BARRIO SOLARIS DE GIRARDOT DURANTE EL AÑO 2015-2016?

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las características de los estilos de vida que se asocian a la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y DM) en la población adulta del barrio Solaris en la ciudad de Girardot durante el año 2015-2016, con el fin de establecer estrategias de promoción y prevención de las enfermedades a través del fortalecimiento de los estilos de vida saludables.

5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar los estilos de vida de la población adulta diabética e hipertensa del barrio Solaris de Girardot de acuerdo a los tres elementos del modelo de Allan Dever
- Identificar la relación entre las características de los estilos de vida y la presentación de las enfermedades crónicas
- Diseñar una propuesta educativa con el fin de concienciar a la población adulta del barrio Solaris a adoptar buenos estilos de vida para evitar complicaciones de sus patologías.

6. JUSTIFICACION

Dentro de la sociedad actual la cantidad de enfermedades a las cuales el ser humano está expuesto va aumentando cada vez más, en comparación de hace algunos años la mortalidad estaba encaminada a unas patologías específicas que de una a otra manera no se presentaban como patologías crónicas. Estas enfermedades no transmisibles afectan cada vez más a la población; debido a que los estilos de vida como una inadecuada alimentación, actividad física insuficiente, consumo de tabaco-alcohol-SPA, tienen una alta incidencia en que se desarrolle este tipo de enfermedades.

Al realizar el acercamiento y determinar estos factores de riesgo de la población del barrio Solaris se identificara los determinantes socioculturales, como la organización familiar, la percepción de la enfermedades, los comportamientos respecto a la salud, las prácticas para su cuidado, las actitudes frente a los servicios de salud disponibles, los cuales ayudaran a determinar la clase de problemas que se presentan en la comunidad.³

La universidad de Cundinamarca dentro de sus principales objetivos busca incentivar a los estudiantes de enfermería a que propongan diversas estrategias de promoción y prevención con el fin de mitigar o disminuir las futuras complicaciones y mejorar la calidad de vida de esta población objeto de estudio.

La importancia que tiene esta investigación se origina en la necesidad de encontrar los factores de riesgo a los que están expuestos la población objeto donde se identificara y se creara la estrategia educativa con la cual se busca minimizar estos factores de riesgo, prevenir la aparición de las complicaciones de las ECNT o el incremento de nuevos casos de personas con estas enfermedades.

³Huertas Édison, Ramírez Hugo. Caracterización sociodemográfica y de salud a las familias del barrio Solaris de la ciudad de Girardot en el año 2013 y su seguimiento en el primer semestre del 2014.

Dentro del plan decenal de salud se define “vida saludable y condiciones no transmisibles” como las estrategias que se realizan a una población específica con el fin de promover estilos de vida, espacios que mejoren la calidad de vida y un control adecuado a las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

7. MARCOS DE REFERENCIA

7.1 MARCO TEORICO

Modelo del campo de la salud **Allan Dever**. El modelo realizado por Dever en el año de 1.976 es un modelo epidemiológico para el análisis de políticas sanitarias, que permiten elevar el nivel de vida de los ciudadanos, su medio ambiente y la biología humana a un nivel de importancia como la atención médica, es de carácter multicausal, además permite la profundización en las causas de las enfermedades, estas ventajas que permiten al epidemiólogo realizar un análisis de la situación, según sus factores determinantes y la prioridad de los mismo, por consiguiente este modelo abarca un conjunto de factores causales de enfermedades; entre ellos tenemos a: Factores de la Biología humana, Factores del Medio ambiente, Factores de los Estilos de vida y Factores del Sistema organizado de atención de salud; donde la aplicación de este modelo se basa en la selección de enfermedades de más alto riesgo, los cuales nos permiten conocer las prioridades entre las posibles causas de la enfermedad, y así poder realizar la distribución del presupuesto y la formulación de las políticas de salud de acuerdo a la jerarquización de las prioridades, lo que conduce a la solución de las enfermedades.⁴

A continuación se describe cada determinante.⁵

Estilos de Vida. El estilo de vida o más precisamente los riesgos autogenerados pueden dividirse en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, a los modelos de

⁴Epidemiologiabásica.<http://www.monografias.com/trabajos65/epidemiologia-basica/epidemiologiabasica2.shtml#ixzz303XZHOjh>.

⁵Epidemiología y administración de servicios de salud.

salud y ocupacionales. La división del modelo epidemiológico incluye el agregado de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se tienen mayor o menor control. Las decisiones incorrectas dan como resultados modos de vida destructivos que contribuyen a un mayor nivel de enfermedad o muerte prematura.

Riesgo inherente al ocio. Modos de autodestrucción como resultado de riesgos de actividad inherente al ocio ejemplo, falta de recreación se asocia íntimamente con la hipertensión y con las enfermedades coronarias. La falta de ejercicio agrava las enfermedades coronarias causa obesidad y lleva a una total falta de estado físico.

Modelo de consumo. Constituyen otro tipo de riesgo autogenerado alguno de estos son:

- Consumo excesivo de alimentos, causa de obesidad y otras consecuencias.
- Ingestión de colesterol causa enfermedades cardiacas
- Adicción al alcohol, causa de cirrosis hepáticas, accidentes automovilísticos
- Consumo de tabaco, causa enfermedades pulmonares obstructivas, cáncer, agravamiento de coronariopatías
- Abundante consumo de glucosa, causa caries dentales, obesidad e hiperglicemia con sus problemas concomitantes

Riesgos ocupacionales. Los estilos de vida destructivos originados a los riesgos ocupacionales son igualmente significativos pero mucho más difíciles de identificar. Las presiones del trabajo causan estrés, angustias y tensiones que a su vez pueden provocar úlceras pépticas e hipertensión. Otros hábitos tales como conducir de manera negligente, son causa de accidente.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

- **ESTILO DE VIDA:** todo hábito de vida o forma de vida hace referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianos que realizan las personas, algunos de los cuales pueden ser no saludables. Los estilos de

vida están determinados por procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar la calidad de vida. ⁶

- **AUTOCUIDADO:** Se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad.⁷
- **FACTOR DE RIESGO:** Incluyen aquellos aspectos personales o situaciones en la vida de los individuos que están asociadas con un aumento en la probabilidad de sufrir los efectos del estrés y enfermar. ⁸
- **PRESENTACION DE ENFERMEDADES:** Presencia de enfermedades de duración permanente cuya manifestación se desarrolla de manera lenta. Al decir no transmisibles se refiere que no son contagiosas y que pueden desencadenarse por factores genéticos o inadecuados estilos de vida.
- **POBLACION ADULTA:** Población que tenga 18 años o más de vida.

⁶ Estilos de Vida Saludable, Portal Principal Uniminuto. <http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vida-saludables>.

⁷ Autocuidado y Promoción de la Salud, Clínica Palermo
<http://www.clinicapalermo.com.co/autocuidado-y-promocion-dela-salud/>.

⁸ Estrés Factores Protectores. <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>.
<http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>.

7.3 MARCO ETICO

Los temas de investigación con humanos han estado siempre presentes desde la perspectiva deontológica, en tanto se define la deontología como el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional. Así se ha recogido en los distintos textos a lo largo del tiempo.

Respecto a los vigentes códigos deontológicos en Colombia, hay que referirse especialmente a los códigos de la profesión de enfermería, dejando de lado otros colectivos profesionales que pudieran verse implicados haciendo necesario enfocarse desde el marco de la Ética a nivel general hacia los específicos de la profesión de Enfermería.

En la Resolución 8430 del 4 Octubre de 1993⁹, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud que tienen por objeto establecer los requisitos para el desarrollo de esta actividad investigativa con seres humanos sujetos de estudio en busca de que prevalezca el criterio del respeto a la dignidad, la protección de derechos y el bienestar de este.

En la Ley 266 de 1996¹⁰ se reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería al determinar los principios generales de la práctica profesional de enfermería, los principios y valores fundamentales que la Constitución Nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos. Enfatizándose en que la Práctica de enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los Derechos Humanos. En su artículo 3 se define la enfermería como una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

⁹República De Colombia, Ministerio De Salud, /Resolución 8430/1993.

¹⁰LEY 266 DE 1996 - Ministerio de Educación Nacional.

La Ley 911 del 2004¹¹. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente mediante el Código Deontológico y se dictan otras disposiciones en busca de que prevalezca el respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos sin distinción de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de enfermería a nivel profesional e investigativo.

Art 29. En los procesos de investigación en que el profesional de Enfermería participe o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principio ético fundamental. Con este fin, conocerá y aplicará las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia y las declaraciones internacionales que la ley Colombiana adopte, así como las declaraciones de las organizaciones de Enfermería Nacionales e Internacionales.

Art 31. El Profesional de Enfermería, en el ejercicio de la docencia, para preservar la ética en el cuidado de Enfermería que brindan los estudiantes en las prácticas de aprendizaje, tomara las medidas necesarias para evitar riesgos y errores que por falta de pericia ellos puedan cometer.

Art 32. El Profesional de Enfermería, en desarrollo de las actividad académica, contribuirá a la formación integral del estudiante como persona, como ciudadano responsable y como futuro profesional idóneo, estimulando en él un pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley en todas las actividades de responsabilidad profesional.

¹¹LEY 911 DE 2004 - Ministerio de Educación Nacional.

7.4 MARCO LEGAL

7.4.1 PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA

Según el plan decenal de salud pública

DIMENSION:

- **VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES**

Definición Conjunto de políticas e intervenciones transectoriales que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles con enfoque diferencial.¹²

MODOS, CONDICIONES Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales que se gestionan y promueven desde lo intersectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable. En la situación de salud de un determinado grupo de población, están interrelacionados, los efectos de múltiples procesos determinantes y condicionantes que se expresan en el modo de vida de la sociedad como un todo, procesos más particulares inherentes a las condiciones de vida del grupo y por último procesos más singulares que se relacionan con el estilo de vida del individuo.

7.4.2 GUIA DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DE DIABETES MELLITUS

En la guía técnica de diabetes se define como diabetes, enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y una educación del paciente y su familia para que comprenda la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas de tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas. La atención y cuidado

¹² Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021

del diabético es compleja y requiere del abordaje de variados aspectos sumados al control de la glucemia. Existe evidencia que soporta la amplia gama de intervenciones para mejorar la evolución de la historia natural de la diabetes mellitus.¹³

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la diabetes mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante en el mundo. En términos globales, en 1995 la población de diabéticos adultos en el mundo era de 135 millones y se incrementará a 300 millones en el año 2025, con un aumento de 120%, del cual los países desarrollados aportarán 40% y los países en vías de desarrollo 170%, de manera que 80% de los diabéticos del mundo vivirán en países en vías de desarrollo en el primer cuarto del siglo veintiuno. Según la IDF, es probable que para 2030 esta cantidad aumente a más del doble y en los países en vía de desarrollo el número de personas con diabetes aumentará 150% en los próximos 25 años. La diabetes mellitus representa el mayor problema de salud pública en América y hay evidencia que la prevalencia está en incremento; estos resultados son consecuencia de cambios culturales que pueden estar ocurriendo, la disminución de la actividad física y la transición a la ingesta de dieta hipercalórico en Latinoamérica¹⁴

7.4.3 GUIA TECNICA DE ATENCION DE HIPERTENSION ARTERIAL

En la guía técnica de hipertensión arterial se define: hipertensión arterial es una enfermedad crónica que requiere de asistencia médica continua y educación del paciente y su familia para que comprendan la enfermedad, las medidas de prevención y el tratamiento con el fin de responsabilizarse para alcanzar las metas del tratamiento y prevenir o retardar el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas.

Este conjunto de estándares y recomendaciones asistenciales intentan proporcionar a los clínicos, pacientes, familiares, investigadores, compañías de seguros y demás personas interesadas, información acerca de los aspectos de la asistencia del

¹³ Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2 0412

¹⁴ GUIA DE ATENCION DE LA DIABETES TIPO II MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL

hipertenso, las metas terapéuticas y las herramientas para evaluar la calidad de atención. Aunque las preferencias individuales, la existencia de comorbilidades y otros factores del paciente puedan influir para modificar las metas, este documento brinda los objetivos que más a menudo se persiguen con la mayoría de los pacientes. Cada paciente debe ser evaluado en particular y el clínico definirá si requiere de evaluación y tratamiento por parte de otros especialistas.¹⁵

La HTA afecta a cerca de 50 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente un billón en el mundo. El estudio de Framingan sugirió que individuos normotensos de 55 años tienen un riesgo de 90% de desarrollar hipertensión (3). La HTA es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardiocerebrovascular y, a menudo, se asocia con otros factores de riesgo bien conocidos como: dieta, elevación de lípidos sanguíneos, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus e inactividad física (sedentarismo). Las personas con hipertensión tienen de 2 a 4 veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC); asimismo, la reducción de 5-6 mm Hg en la presión arterial disminuye de 20-25% el riesgo de EC. Sin embargo, cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV) y el control de la presión arterial disminuye de 30 a 50% la incidencia de ACV. Por lo anterior, controlar la HTA significa controlar el riesgo de EC, ECV, EA, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta con énfasis en la calidad de la misma y, sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de los colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.¹⁶

7.4.4 POLITICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS)

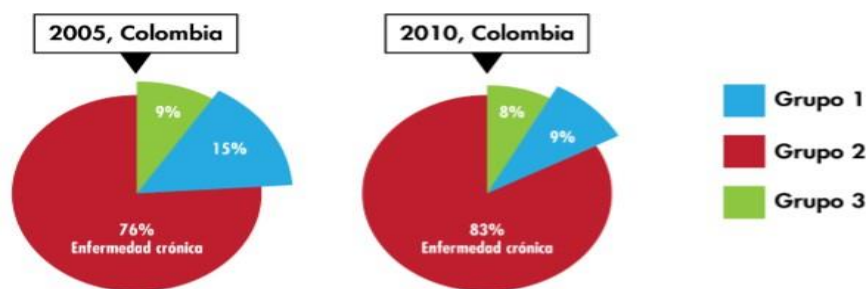
El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación,

¹⁵ GUIA DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DIABETES MELLITUS TIPO 1 (2000)

¹⁶ Guía 13 Guía de atención de la hipertensión arterial 0412

el mejoramiento y la promoción de la salud” (Ley 1751, Estatutaria de Salud), para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ley 1751 de 2015)

La carga de enfermedad fue medida en el país por última vez en 2010. Por primera vez existe la posibilidad de hacer estimaciones comparativas con las cifras de 2005 (Peñaloza y Cols, 2013). Este estudio mostró una carga de enfermedad dominada por la enfermedad crónica y con menor participación proporcional de las lesiones por causa externa y las enfermedades transmisibles. Es preocupante que en solo cinco años la participación de la enfermedad crónica creció del 76% al 83%, lo cual indica un patrón epidemiológico pos transicional.¹⁷



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, y Pontificia Universidad Javeriana. Estimación de la carga de la enfermedad para Colombia, 2010.

7.4.5 MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD (MIAS)

El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes

¹⁷ MINISTERIO DE SALUD PLAN DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD

institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias.

REGULACIÓN DE RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, RIAS

1. RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD:

Comprende las acciones y las interacciones que el Sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos en salud y la protección de la salud de la población, promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones. Así mismo, incluye las acciones que desde el cuidado se debe proporcionar desde y hacia el individuo para el goce o recuperación de la salud comprendiendo también aquellas que se espera que el propio individuo realice para prevenir los riesgos o mejorar su recuperación de la enfermedad.

2. RUTA DE GRUPO DE RIESGO:

Esta ruta incorpora actividades individuales y colectivas, que pueden ser realizadas en los entornos saludables, en el prestador primario o complementario, y que están dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.

3. RUTA ESPECÍFICA DE ATENCIÓN:

Esta ruta aborda condiciones específicas de salud, incorpora actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación según sea el caso.

7.5 MARCO GEOGRAFICO

Colombia es un país situado en la esquina noroccidental de América del Sur sobre la línea ecuatorial en plena zona tórrida constituida por 32 departamentos entre los cuales ubicamos el departamento de Cundinamarca el cual posee 116 municipios distribuidos en 15 provincias entre las cuales encontramos el municipio de Girardot, esta una ciudad especialmente diseñada para el turismo por su clima cálido, en las horas de la mañana su clima oscila entre los 20 y 28 grados, en las horas de la tarde entre 30 y 34 grados y en sus noches alrededor de 27 grados gracias a la brisa fresca proveniente del Río Magdalena.

La ciudad de Girardot está a 290 msnm, pero su territorio de 150 km² abarca 70% de relieve montañoso que alcanza 1.000 msnm, dado que se encuentra en un vértice de la cordillera oriental colombiana. Dentro de los puntos característicos de la ciudad destaca el barrio Alto de la Cruz que se encuentra a 300 metros sobre el nivel del mar. La máxima temperatura registrada en la historia de Girardot fue de 42,3°C y la mínima de 9.8 Grados C°.

Dentro del contexto geográfico la comunidad del barrio Solaris pertenece a la comuna 4, localizada a 500mts del centro de la ciudad y cuyos límites son; por el norte con el barrio Esperanza Norte 2; por el sur con el lote contiguo al barrio Altos del Peñón, calle 15; por el oriente con el barrio Volver a Vivir, urbanización Madrigal y por el occidente con la calle 13 y la carrera 18b. Actualmente hay legalizada una junta de acción comunal presidida por el señor Ricardo Perdomo, líder activo que tiene proyectos para la comunidad. El barrio tiene 216 casas de las cuales 108 están habitadas con un promedio de 4 a 5 habitantes por familia, tiene un espacio para una cancha múltiple, estas se encuentran legalizadas.

El barrio Solaris inicia sobre el año de 1992 como una promesa de urbanización en los lotes encontrados sobre esa zona, su origen inicia con la construcción de 210

casas y apartamentos que serían entregados a los respectivos dueños que ya fuese un lote o una casa.

Las viviendas en principio eran entregadas con 1 piso, 1 habitación, baño y cocina por soto la suma de \$3.000.000, mientras que el costo de un lote sin construcción algunas tenían un precio de \$2.050.000. Durante el diseño del barrio se preveía se haría la entrega de lotes comerciales que tenían por costo inicial la suma de \$400.000 para casa residencial, o una; cuota inicial de \$600.000 para una casa comercial que debía ser construida desde la fachada de la vivienda. Además cabe mencionar que la urbanización Cooperativa Multiactiva Solaris, como se pretendía llamar el barrio tenía el diseño de un conjunto residencial cerrado.

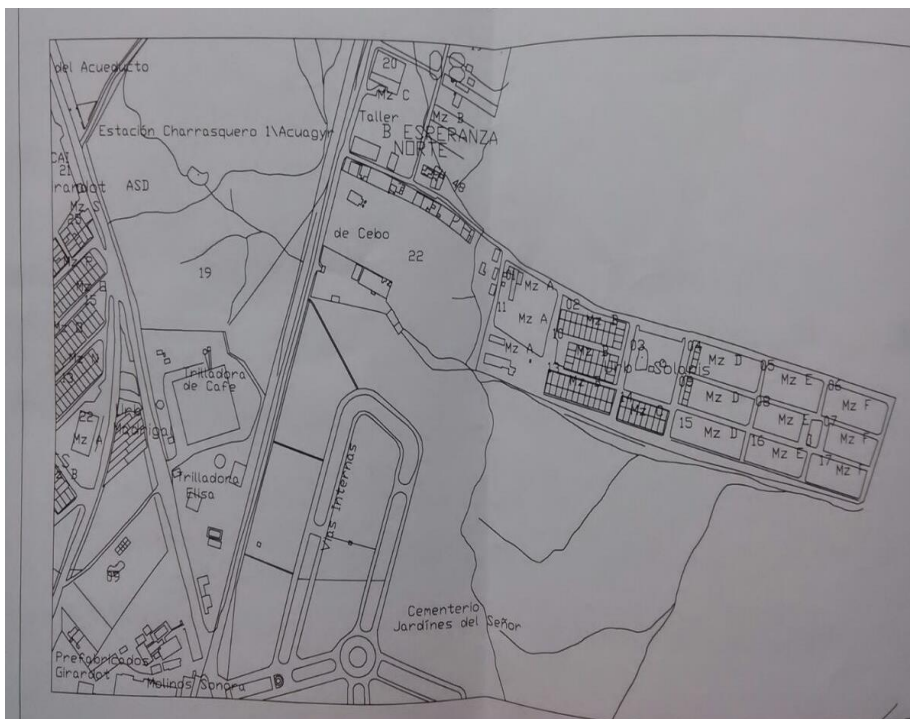
El proyecto de Cooperativa Multiactiva Solaris, era encabezado por el señor Jorge Rincón, de quien el presente. No se tiene información alguna. Las casas modelos eran aquellas ubicadas alrededor del que hoy sigue siendo el parque o zona central del barrio, pero en ese momento el costo real e inmediato para la compra de una casa modelo era la suma de 4.500.000.

La construcción inicial de los lotes empezó con materiales sencillos tales como guadua, haciendo conexiones básicas para la instalación de luz eléctrica y servicio de acueducto, pues debido a los problemas económicos con los responsables del proyecto quedo sin finalizar y sin ejecutar las contrataciones pertinentes para proveer a los habitantes del barrio de los servicios básicos.

Teniendo en cuenta que la constructora responsable no podía responder por los servicios incluidos en el negocio, en común acuerdo los propietarios decidieron legalizar sus terrenos o sus casas y continuar con la construcción de forma individual.

El barrio Solaris por encontrarse ubicado en la ciudad de Girardot se caracteriza por sus altas temperaturas y su clima tropical, que alcanza 35° hasta los 40° en épocas calurosas. ¹⁸

MAPA COMUNA 4 DE GIRARDOT



¹⁸Arias Marín Paula Andrea, Monroy Sarmiento Leidy Viviani, descripción de los factores ambientales relacionados con la salud de los habitantes del barrio Solaris de la ciudad de Girardot 2015

8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	SOCIAL	OCUPACION	NOMINAL POLITOMICA
		DEMOGRAFICA	EDAD	INTERVALO
			GENERO	NOMINAL DICOTOMICA

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
ESTILOS DE VIDA	Son hábitos que con llevan a un riesgo autogenerado por la misma persona y pueden dividirse en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, al modelos de consumo y riesgos ocupacionales	RIESGOS INHERENTES AL OCIO	INACTIVIDAD FISICA	NOMINAL DICOTOMICA
			ACTIVIDADES RECREATIVAS	NOMINAL POLITOMICA
		MODELO DE CONSUMO	Nutrición inadecuada	NOMINAL DICOTOMICA
			FRECUENCIA DE Consumo de SPA: LICITAS E ILICITAS	ORDINAL
			Consumo de glucosa	NOMINAL DICOTOMICA

		RIESGOS OCUPACIONALES	Trabaja	NOMINAL DICOTOMICA
			Horas dedicadas al trabajo	
			Horas que dedica para dormir	
			Horas que dedica para descansar	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
VALORACIÓN EN SALUD	Técnica de exploración física que permite hallar datos objetivos(signos) y subjetivos (síntomas)	PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL	CIFRAS DE TENSION ARTERIAL	CUALITATIVO ORDINAL
			INDICE DE MASA CORPORAL	CUANTITATIVA CONTINUA
			ANTECEDENTES FAMILIARES Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD	NOMINAL POLITOMICA
			TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA	INTERVALO
			GLUCOMETRIA	CUANTITATIVA CONTINUA

		PERSONAS CON DIABETES MELLITUS	ANTECEDENTES FAMILIARES Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD	NOMINAL POLITOMICA
			INDICE DE MASA CORPORAL	CUANTITATIVA CONTINUA
			TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA PATOLOGIA	INTERVALO

9. DISEÑO METODOLÓGICO

9.1 ENFOQUE

Ésta investigación es de enfoque cuantitativo con la cual se pretende recolectar datos para describir el determinante de la salud estilo de vida y su relación con la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles (HTA-DM) con estos estilos de vida, permitiendo que la investigación sea objetiva separando al investigador del sujeto de estudio, facilitando de esta manera la tabulación de análisis e interpretación de los datos obtenidos y con esto poder controlar y fortalecer, mediante la planeación y ejecución de estrategias educativas con el fin de fomentar hábitos saludables contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la persona, familia y comunidad en general.

9.2 TIPO

Es un estudio de tipo descriptivo ya que se especifican los estilos de vida adoptados por la comunidad del barrio Solaris, de corte transversal donde se valoró la relación de la presentación de enfermedades crónicas no transmisibles y los estilos de vida actualmente, observacional ya que simplemente se limitó a observar, medir y a analizar determinadas variables; de tipo prospectivo porque se realizó un censo para identificar el total de la población crónica y así determinar los diferentes estilos de vida.

9.3 UNIVERSO

El universo está conformado por toda la población del municipio de Girardot diagnosticada con enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial y diabetes mellitus.

9.4 POBLACIÓN

La población está conformada por el total de personas diagnosticadas con hipertensión arterial y diabetes mellitus del barrio Solaris.

9.5 MUESTRA

La muestra corresponderá al total de personas diagnosticadas con hipertensión arterial y diabetes mellitus del barrio Solaris.

9.6 TIPO DE MUESTREO

El tipo de muestreo es de tipo no probabilístico ya que no se tiene en cuenta a toda la población del barrio Solaris puesto que hay unos criterios de inclusión que determinan la muestra

9.7 CRITERIOS DE INCLUSION

- Personas adultas del barrio Solaris que estén diagnosticadas con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA-DM)
- Habitantes del barrio Solaris que voluntariamente acepten participar en la investigación.

9.8 MÉTODOS/ TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos para el desarrollo del análisis de variables se hará por medio de un cuestionario que se diligencio por medio de entrevista donde se recolecto los datos necesarios, el cual pretende hallar los estilos de vida que tienen relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, el cuestionario consta de recolección de datos de identificación, valoración física, antecedentes y manejo de la enfermedad además cuenta con 32 ítems las cuales están divididas en los tres elementos según Allan Dever, riesgo inherente al ocio (7) preguntas, modelo de consumo (18) preguntas, riesgos ocupacionales (5) preguntas.

9.9 Plan de recolección de información

El cuestionario se aplicó con uno de los auxiliares de investigación presente logrando así mayor orientación de las personas frente a las preguntas realizadas, cada cuestionario se desarrolló en un plazo de 15-20 minutos, por persona, se tomó 8 días para la recolección de datos, tomando 4 horas diarias para ello se utilizaron 3 auxiliares de investigación lo cuales se dividieron por patología, distribuidos de la siguiente manera, un investigador trabajo con personas hipertensas, el segundo investigador con personas diabéticas y el tercero trabajo con personas diagnosticadas con las dos patologías.

9.10 Plan de procesamiento, tabulación, análisis e interpretación de la información

Para la realización de la tabulación de los datos obtenidos de las encuestas se organizaron en una hoja de Excel, el análisis se realizó con estadística descriptiva, tablas y gráficos de tendencia.

10. ANÁLISIS DE DATOS

Se encontraron 24 habitantes del barrio diagnosticados con diabetes y/o hipertensión, con edades comprendidas entre los 40 y más de 80 años (figura 1). El rango de edad más frecuente en la muestra es el de 40 a 60 años con el 54,1%.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRAFICA

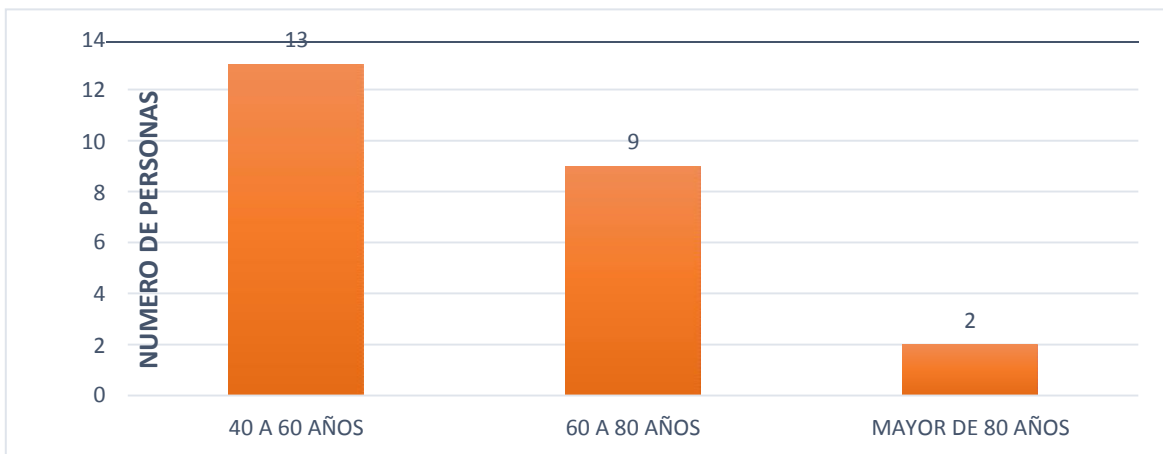


Figura 1. Distribución de la población por rango de edad.

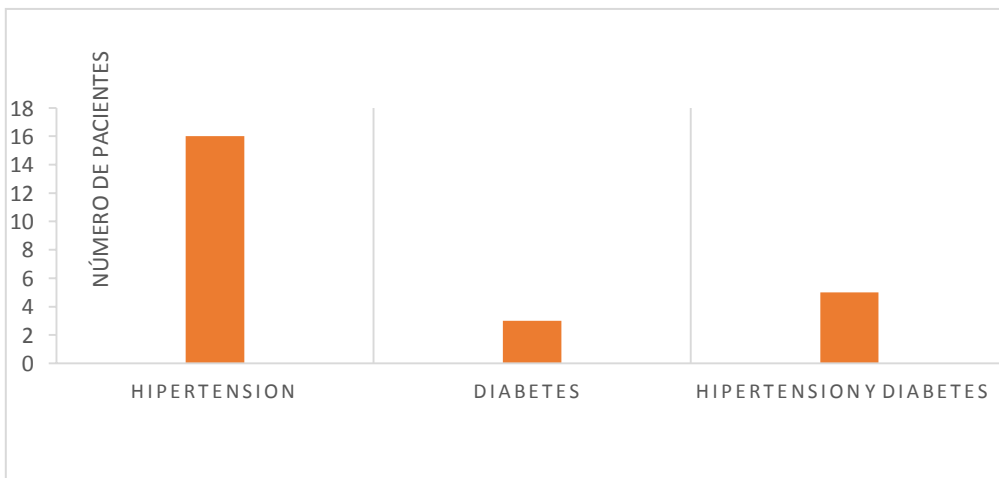


Figura 2. Distribución de la población por patología

La hipertensión es el diagnóstico más común, ya que está presente en el 67% de la muestra, mientras la diabetes en 12%. El 21% de la población en estudio presenta ambas patologías. Esta tendencia coincide con el contexto colombiano y mundial donde la hipertensión es uno de los diagnósticos más frecuentes en la población de

pacientes crónicos, y se reconoce como una de las 3 primeras causas de morbimortalidad, incapacidad, consulta médica, y es una enfermedad con serias repercusiones a nivel económico y social.¹⁹

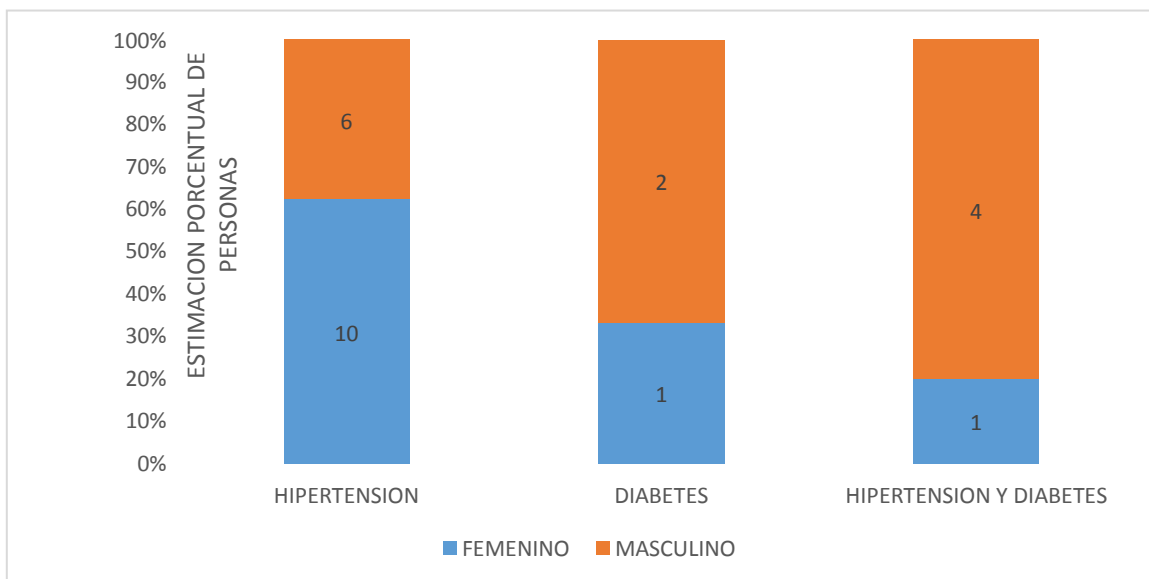


Figura 3. Distribución de la población por género según su patología

El género con mayor incidencia en el diagnóstico de hipertensión es el femenino con el 62% de la muestra con hipertensión, mientras el género masculino tiene mayor incidencia en el diagnóstico de diabetes y de ambas patologías con el 67% y 80% respectivamente. Esta tendencia contrasta con lo encontrado en una población de la Habana donde la hipertensión predomina en el género masculino²⁰; sin embargo, este resultado no es general para todas las poblaciones, ya que otros estudios indican que no existe diferencia en la prevalencia de hipertensión por género, pero si con la edad.²¹

¹⁹ Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.

²⁰ Rodríguez Domínguez, L., Herrera Gómez, V., Torres Prieto, J. M., & Ramírez Peña, R. I. (1997). Factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(5), 474-481.

²¹ Casteñanos Arias, J. A., Nerín La Rosa, R., & Cubero Menéndez, O. (2000). Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 138-143.

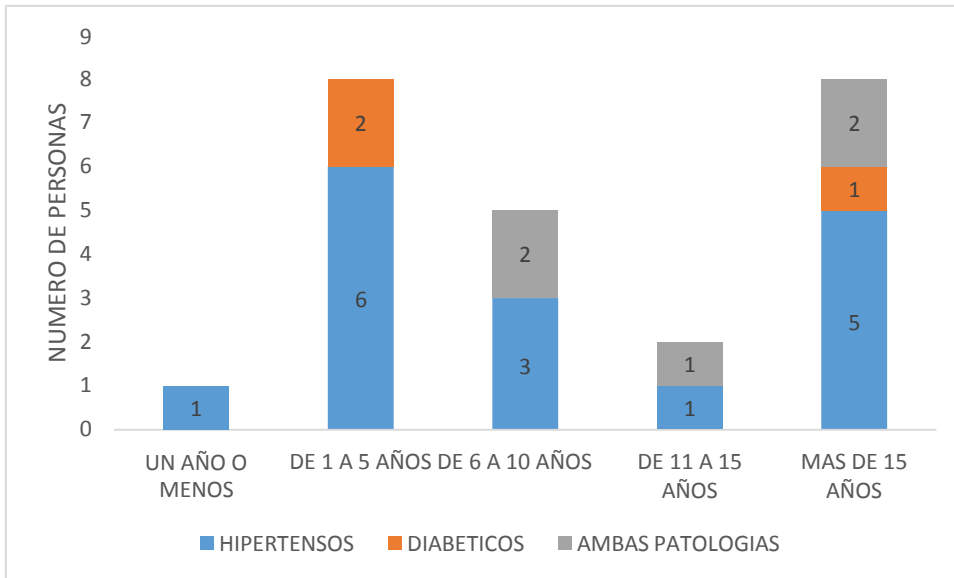
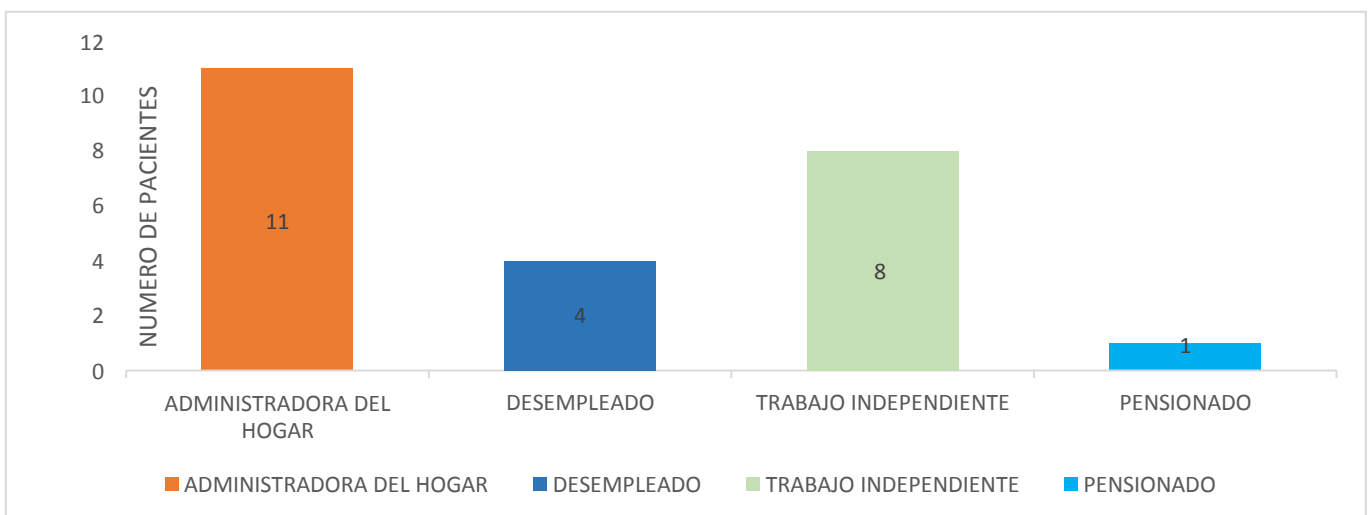


Figura 4. Distribución de la población según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad

El tiempo de diagnóstico de la enfermedad de los pacientes está entre menos de un año y más de 15 años. El rango de tiempo de diagnóstico más frecuente en la hipertensión y diabetes es de 1 a 5 años con el 25% y 8.3% de la muestra respectivamente. Un estudio realizado en una población diabética en ciudad de México demuestra que la aparición de complicaciones como la amputación de extremidades, está relacionada con un tiempo de diagnóstico mayor a 12 años.²²



²² Hernández-Ávila, M., Gutiérrez, J. P., & Reynoso-Noverón, N. (2013). Diabetes mellitus in Mexico: Status of the epidemic. *salud pública de México*, 55, s129-s136.

Figura 5. Distribución de la población según su ocupación.

Administrador de hogar es la ocupación más común ya que está presente en el 46% de la muestra, mientras que el trabajo independiente el 33%. El 17% de la población en estudio se encuentra desempleada.

VALORACION FISICA

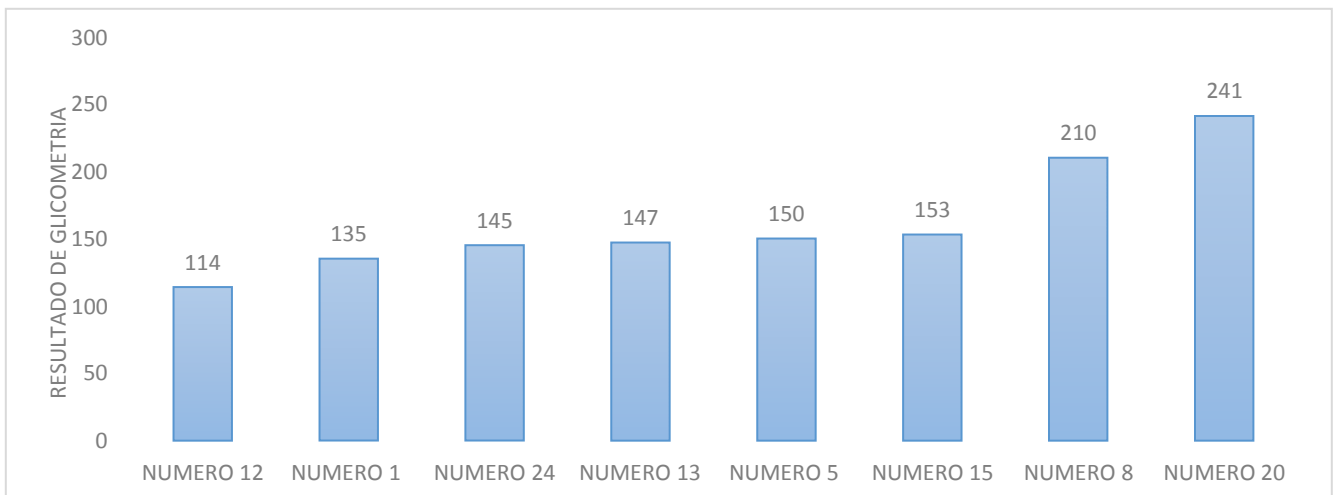


Figura 6. Resultados de las glucometrias tomadas en los pacientes con diabetes

La toma de glucometria se realizó en horas de la tarde por disponibilidad de tiempo de los investigadores y de la población encuestada. El 25% de la población diabética en estudio presento alteración de la glicemia, esto es un resultado favorable, ya que en un estudio realizado en 14 pacientes diabéticos de la unidad básica la libertad de la ciudad de Cúcuta, casi la mitad de los pacientes valorados tiene glicemia >200mg/dl.²³

²³ Arévalo, E. K. V., Moreno, E. N. R., Corredor, Y. C., & Ramírez, M. D. R. A. (2006). Detección de las complicaciones en los pacientes diabéticos que asisten a la Unidad Básica La Libertad, durante los meses de abril a mayo del año 2006. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3(3), 30-36.

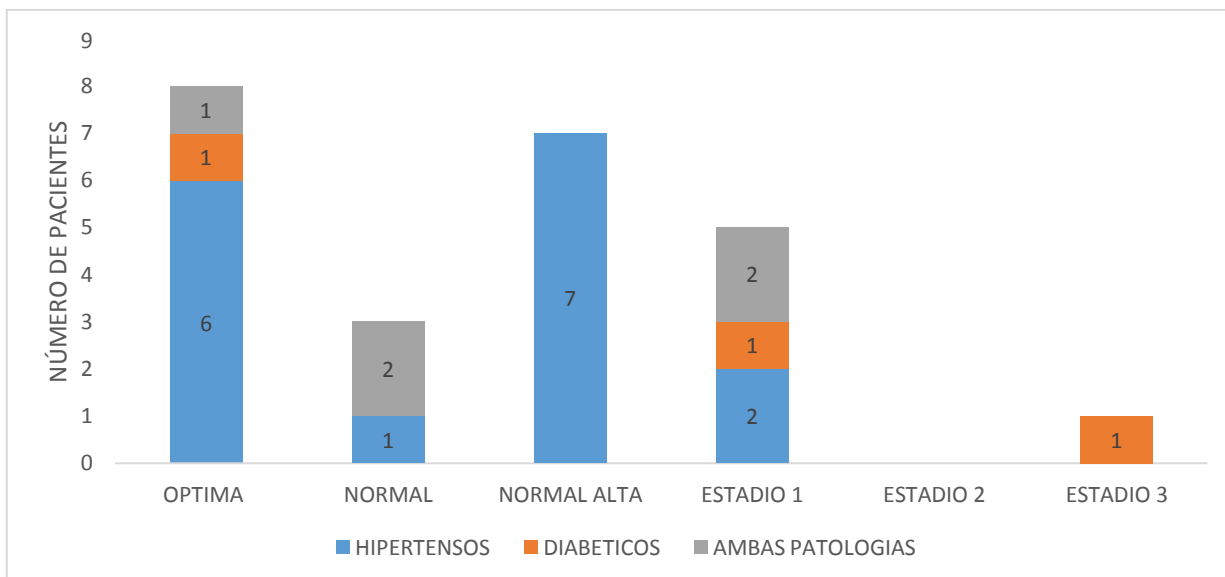
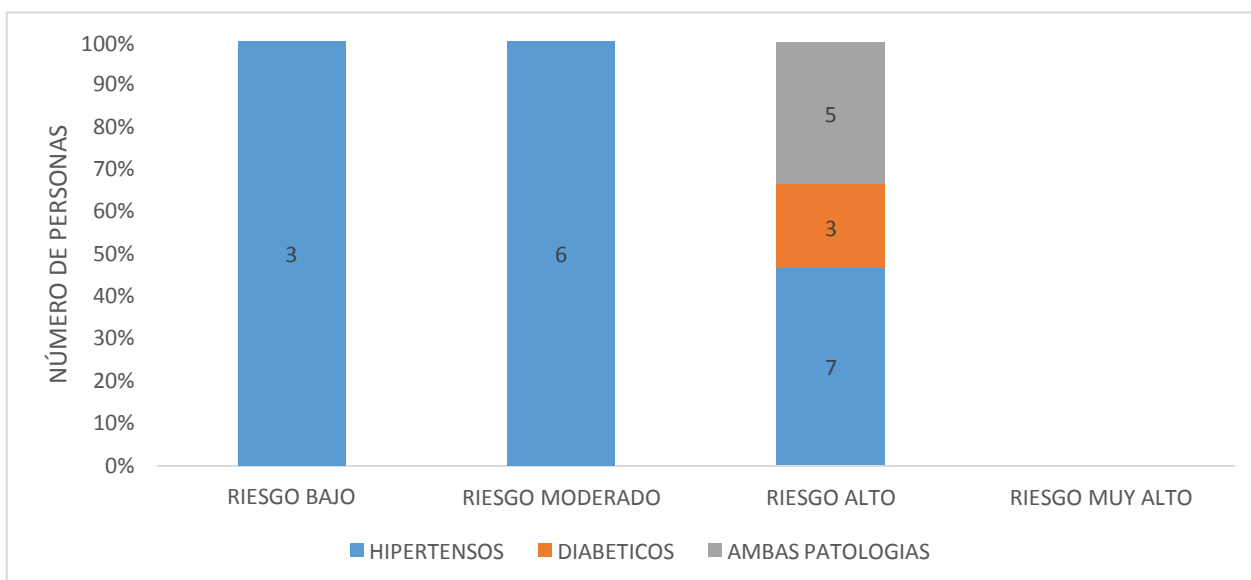


Figura 7. Distribución de la población según la clasificación de presión arterial

La categoría de presión arterial de mayor incidencia que se encontró en los pacientes fue optima (<120 PAS mmHg- <80 PAD mmHg) ya que está presente en el 37% de la muestra. El 29% de la población en estudio se encontró en categoría normal alta siendo en su totalidad hipertensos. El estudio realizado en España por Emilio Márquez-Contreras y colaboradores a un población de 1413 dio como resultado que el 49.9% se encuentra de clasificación estadio 1 de su tensión arterial,²⁴ a diferencia de nuestra investigación.



²⁴ Márquez-Contreras, E., Coca, A., Von Wichmann, M. D. L. F., División, J. A., Llisterri, J. L., Sobrino, J., ... & Shamagian, L. G. (2007). Perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes con hipertensión arterial no controlada. Estudio Control-Project. *Medicina clínica*, 128(3), 86-91.

Figura 8. Distribución de la población según el riesgo cardiovascular por patología.

El riesgo cardiovascular alto es el más representativo en la población en estudio ya que esta presenta en el 62,5% de la muestra. Mientras que el riesgo cardiovascular moderado está presente en el 25% que corresponde al 37.5% de la muestra hipertensa. En el mismo estudio hecho por Emilio Márquez-Contreras más del 50% de la población en estudio para esa investigación presenta riesgo cardiovascular alto o muy alto.

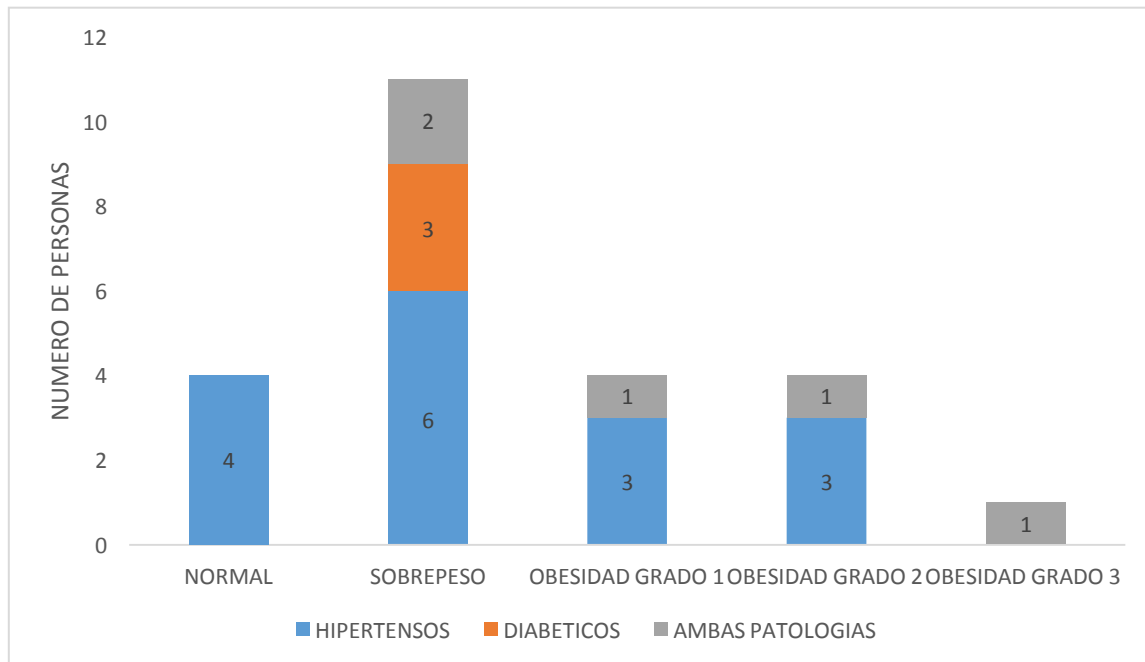


Figura 9. Distribución de la población según el índice de masa corporal

El sobrepeso es el IMC más frecuente en la muestra estudiada con el 46% y dentro de este porcentaje se encuentra toda la población diabética, el resultado de la encuesta nacional de situación nutricional en Colombia arrojó el mismo porcentaje de sobrepeso.²⁵

²⁵ Martínez, R. R., & Díaz, F. A. E. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del observatorio en salud*, 3(4).

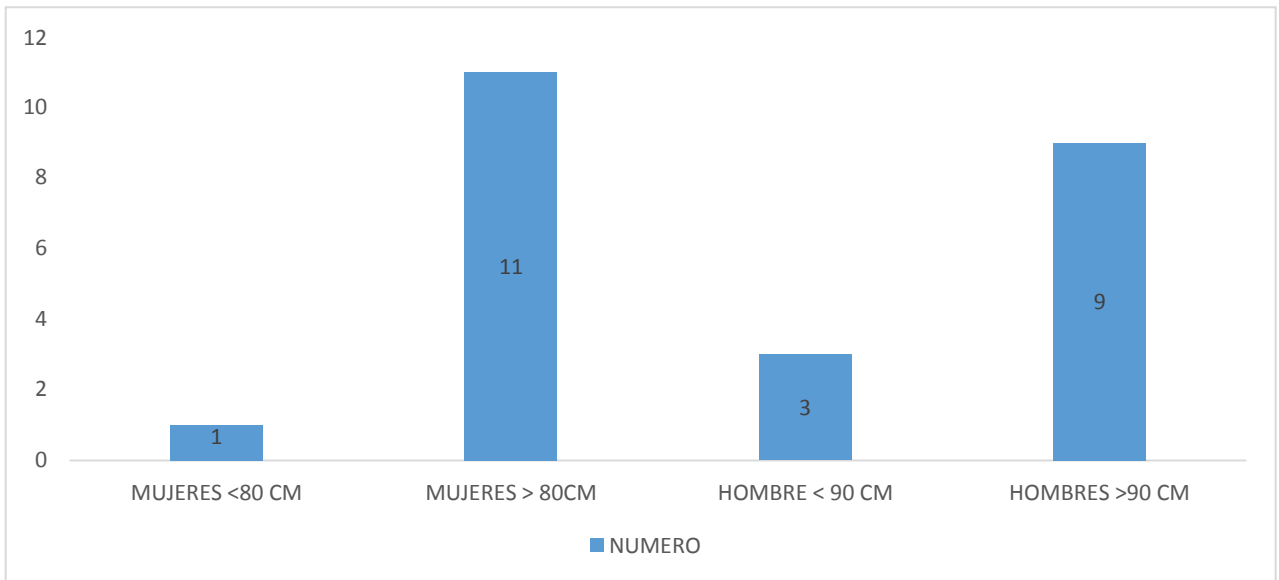


Figura 10. Distribución de perímetro abdominal según el género.

El 45,8% de la población en estudio presentaron un perímetro abdominal por encima de 80cm y corresponden al género femenino, mientras el 37,5% tienen un perímetro abdominal superior a 90 cm y corresponde al género masculino, en similitud con la investigación realizada en la clínica de hipertensión de la fundación Santafé de Bogotá donde el perímetro abdominal en hombres es >95,3 cm y el de mujeres >88,2cm.²⁶

²⁶ LIBRES, C. D. A. T. (2006). Prevalencia del síndrome metabólico entre los pacientes que asisten al servicio Clínica de Hipertensión de la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Revista Colombiana de Cardiología*, 12(7), 0120-5633.

RIESGO INHERENTE AL OCIO

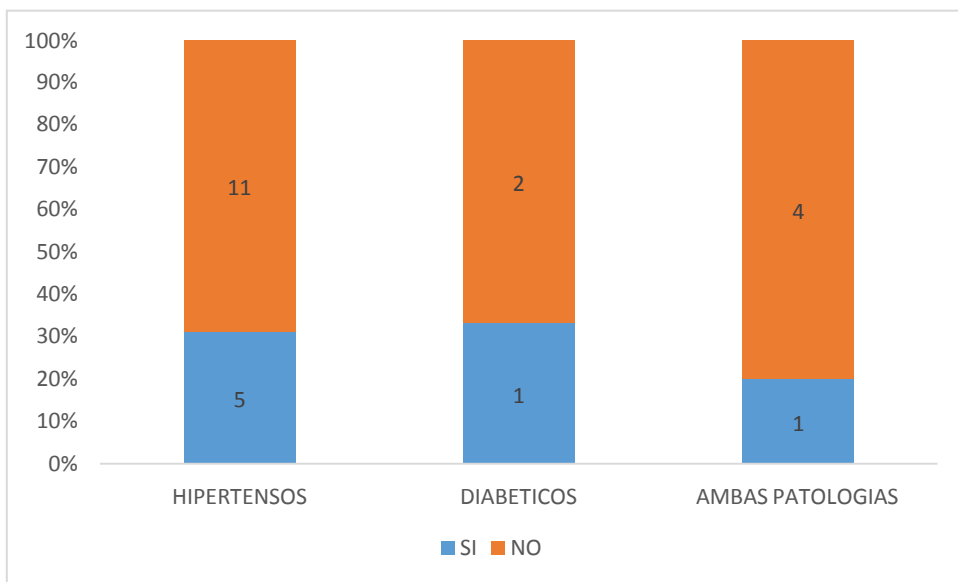


Figura 11. Realización de ejercicio en el pasado

El 71% de la población en estudio no realizó ejercicio con regularidad en alguna etapa de su vida. La población hipertensa en estudio es la que menos realizó ejercicio con el 46% de la muestra. Estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte relación entre la inactividad física y la presencia de factores de riesgo cardiovasculares, como hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes, dislipidemia y obesidad.²⁷

²⁷ Gómez, R., Monteiro, H., Cossio-Bolaños, M. A., Fama-Cortez, D., & Zanesco, A. (2010). El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 27(3), 379-386.

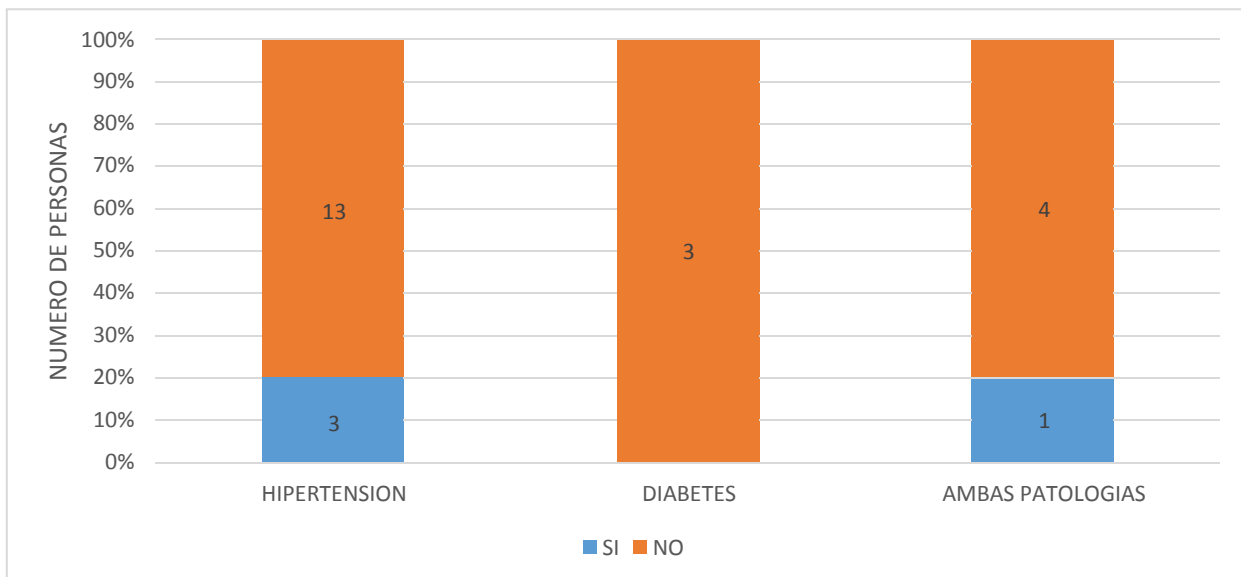


Figura 12. Realización de actividad física.

El sedentarismo es una conducta representativa en el 83% de la muestra. El 100% de la población diabética en estudio es sedentaria; esta característica es similar a la encontrada en otros estudios que indican una fuerte asociación entre la presentación de diabetes y el sedentarismo en poblaciones de pacientes de Perú²⁸ y Cartagena²⁹.

²⁸ García, F., Solís, J., Calderón, J., Luque, E., Neyra, L., Manrique, H., ... & Freundt, J. (2007). Prevalencia de diabetes mellitus y factores de riesgo relacionados en una población urbana. *Rev Soc Peru Med Interna*, 20(3), 90-94.

²⁹ Alayón, A. N., & Sedán, C. A. (2006). Prevalencia de desórdenes del metabolismo de los glúcidos y perfil del diabético en Cartagena de Indias (Colombia), 2005. *Salud Uninorte*, 22(1).

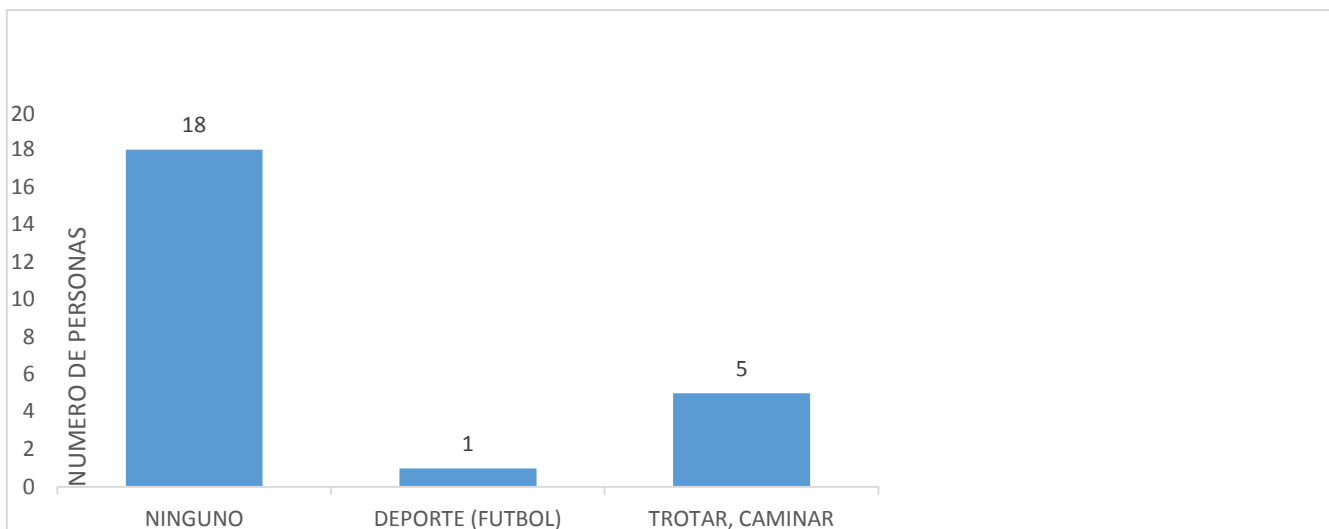


Figura 13. Distribución de la población según actividad física realizada

El 75% de la muestra no realiza ningún tipo de actividad recreativa. Mientras que actividades como trotar o caminar el 21%, esta población sedentaria no tendrá beneficios que la actividad física tiene en la salud y la calidad vida, constituyéndose como el factor protector por excelencia.³⁰

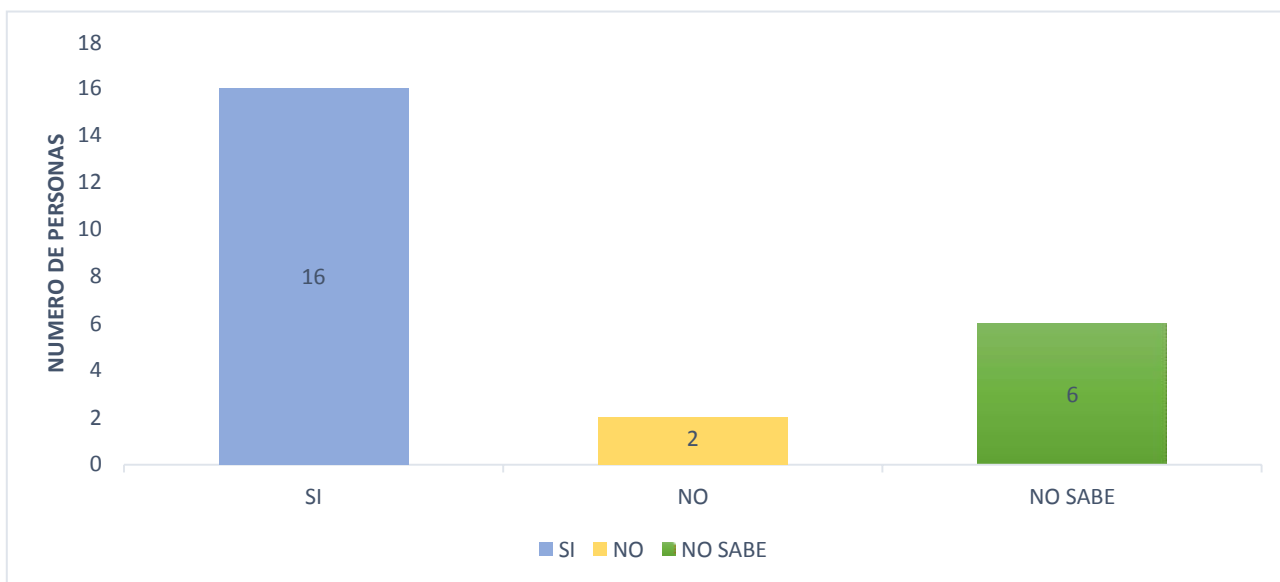


Figura 14. Conocimiento de actividades dirigidas al adulto mayor

³⁰ Salinas, J., Bello, M., Flores, A., Carbullanca, L., & Torres, M. (2005). Actividad física integral con adultos y adultos mayores en Chile: resultados de un programa piloto. *Revista chilena de nutrición*, 32(3), 215-224.

Se evidencia que el 66,6% de la población en estudio tienen conocimiento de la realización de actividades dirigidas al adulto mayor, mientras que los que no saben el 25%, sin embargo tener el conocimiento se ha convertido en un medio de educación pasiva y no participativa.³¹

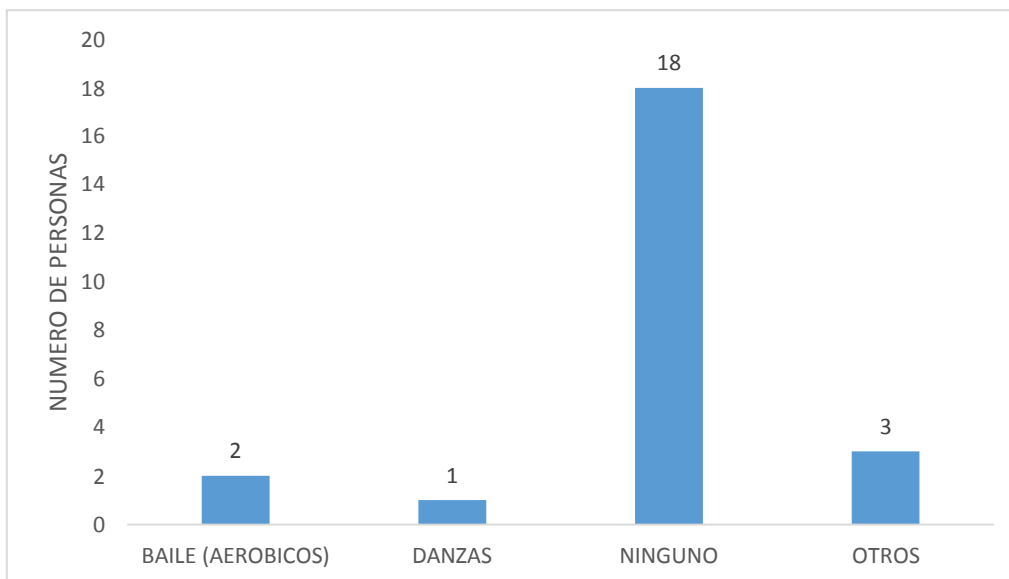


Figura 15. Distribución de la población según las actividades recreativas realizadas

Se encontró que el 75% de la población en estudio no realizó ningún tipo de actividad recreativa durante su vida.

³¹ Achury-Saldaña, D. M., Rodríguez, S. M., Achury-Beltrán, L. F., Padilla-Velasco, M. P., Leuro-Umaña, J. M., Martínez, M. A., ... & Camargo-Becerra, L. E. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*, 13(3), 363-372.

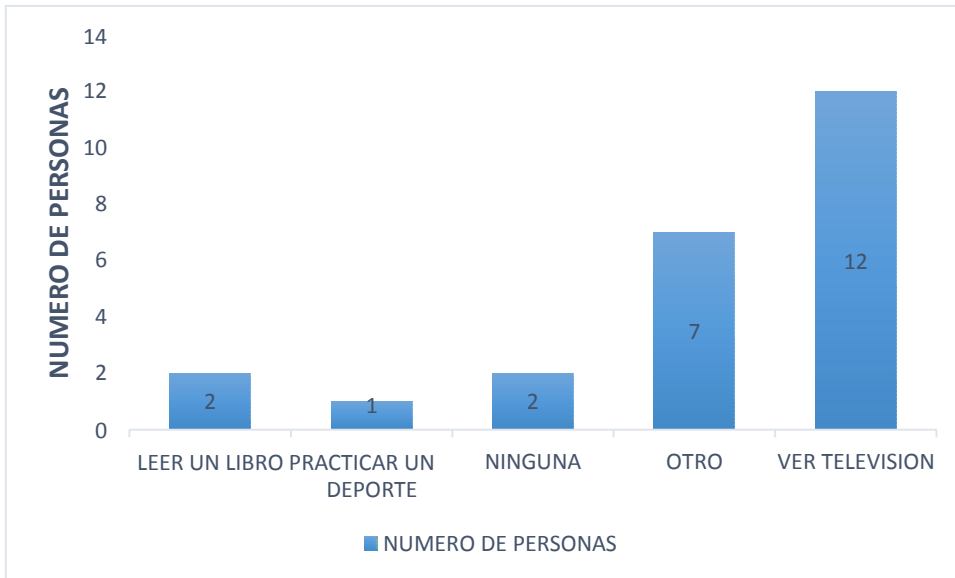


Figura 16. Distribución de personas según las actividades de tiempo libre

Ver televisión es la actividad más realizada, ya que está presente en el 50% de la muestra.

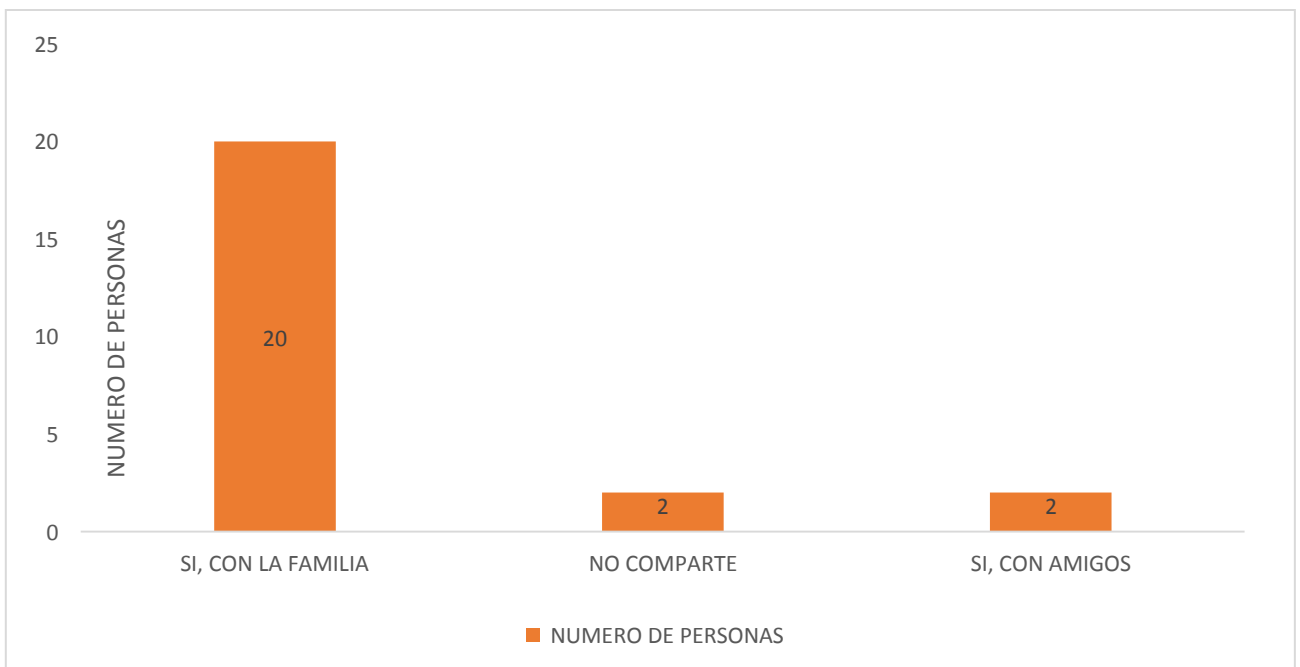


Figura 17. Personas con las que comparte el tiempo libre

El 83,3% de la población comparte el tiempo libre con la familia, mientras el 8,3 % de la muestra no comparte con nadie su tiempo libre.

MODELO DE CONSUMO

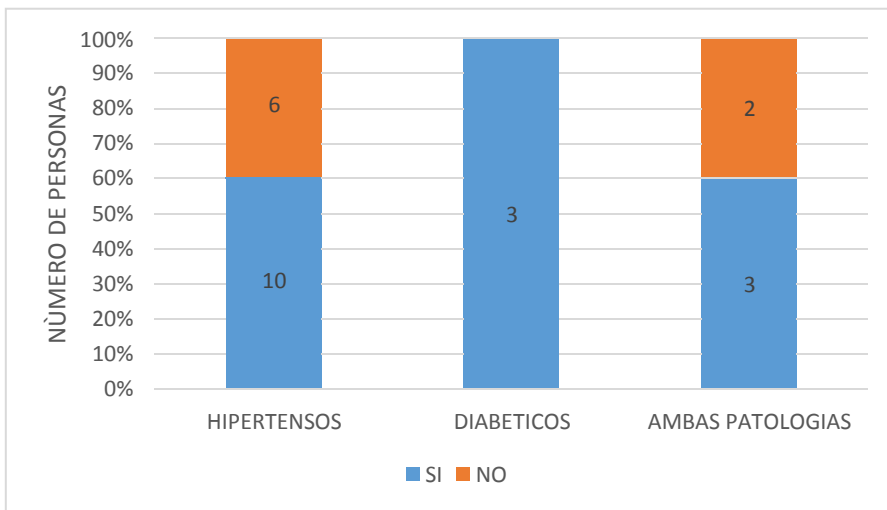


Figura 18. Distribución de la población según consumo de 4 a 8 vasos de agua al día por patología.

El 66,6% de la muestra toma entre 4 y 8 vasos de agua el día, mientras que los que no consumen esta cantidad es el 33,3%. El 100% de la población diabética en estudio consume esta cantidad de agua, y este consumo está establecido en el acuerdo 084 de 2010 elaborado por Laureano Alexi García Perea concejal de Bogotá refiere que el consumo mínimo de agua es de 6 a 7 vaso diarios para mantener la temperatura y la humedad.³²

³² GARCIA, L, (2010) PROYECTO DE ACUERDO 084, CONSEJO DE BOGOTA, COLOMBIA.

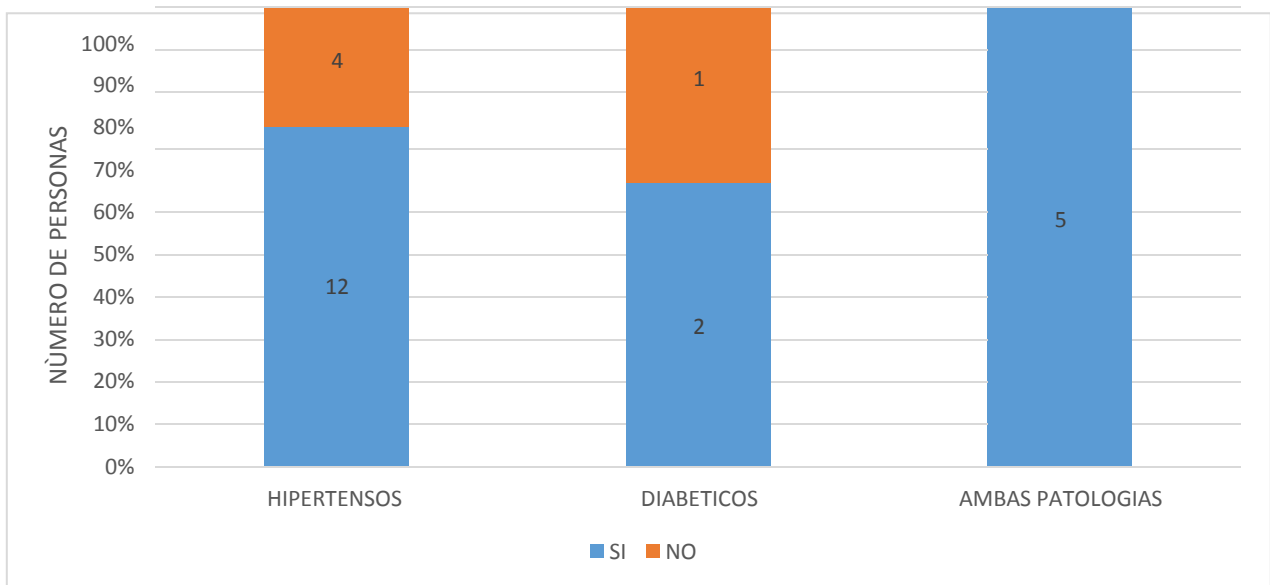


Figura 19. Distribución de personas si tienen un horario establecido para sus comidas

Tener un horario para las comidas es un hábito en el 79,1% de la muestra, mientras que los que no los tienen es el 20,8%. El 100% de la población con ambas patologías tienen establecido un horario para alimentarse. En la investigación realizada por la Dra. María Matilde Socarrás Suárez en el Hospital Universitario “General Calixto García” de Cuba concluyen que la alimentación de un paciente diabético tiene que ser fraccionada en 6 comidas al día.³³

³³ Socarrás Suárez, M. M., Bolet Astoviza, M., & Licea Puig, M. (2002). Diabetes mellitus:

tratamiento dietético. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 21(2), 102-108.

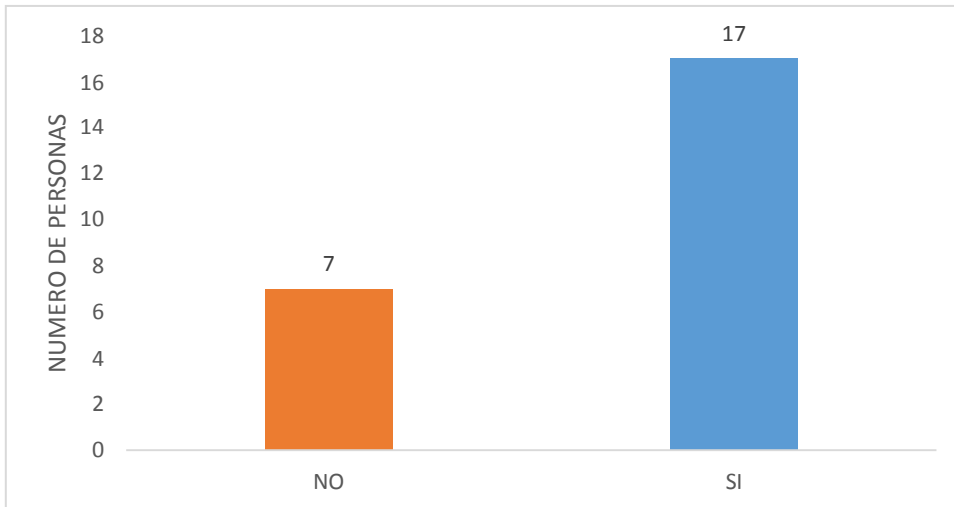


Figura 20. Distribución de la población según el consumo de pan y cereales

El 71% de la muestra incluye panes y cereales en su alimentaciones diaria, mientras el 29% no lo incluye.

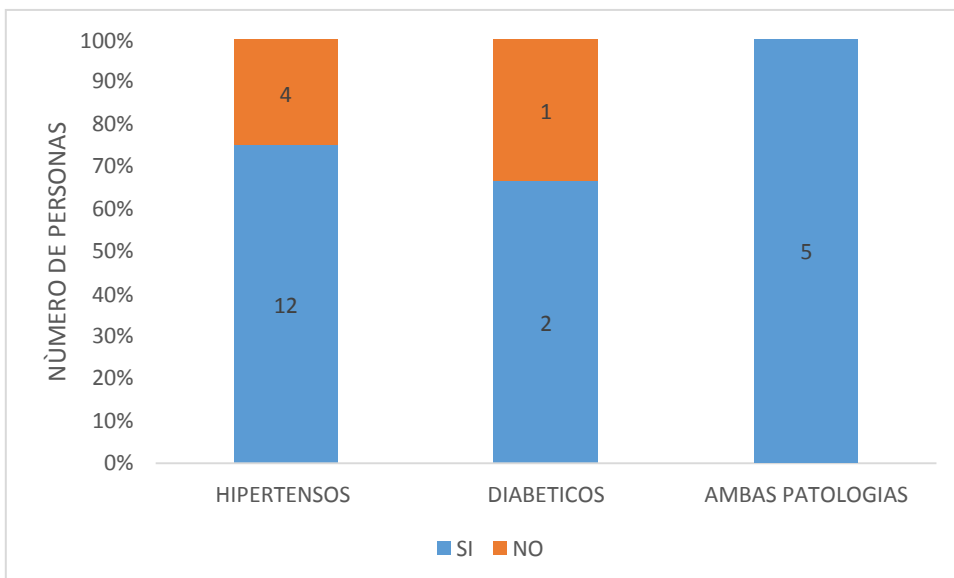


Figura 21. Distribución de la población según si desayuna antes de iniciar sus actividades diarias

El 79% de la muestra desayuna antes de iniciar sus actividades diarias, mientras que el 21% no desayuna.

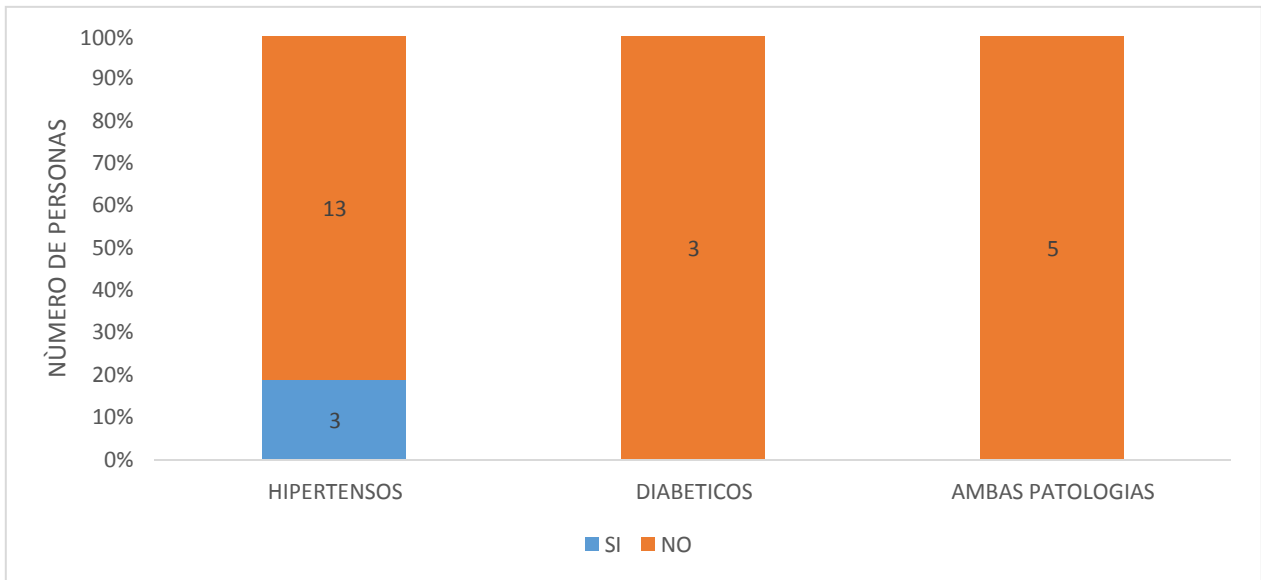


Figura 22. Distribución de personas según el consumo de alimentos con altos contenidos de sal.

El consumo de alimentos con altos en sal en la población es del 13%. Mientras que el 87% no consume. Según la OMS el exceso de consumo de sal aumenta el riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares, la OMS recomienda reducción el consumo a menos de 2g de sal diario.

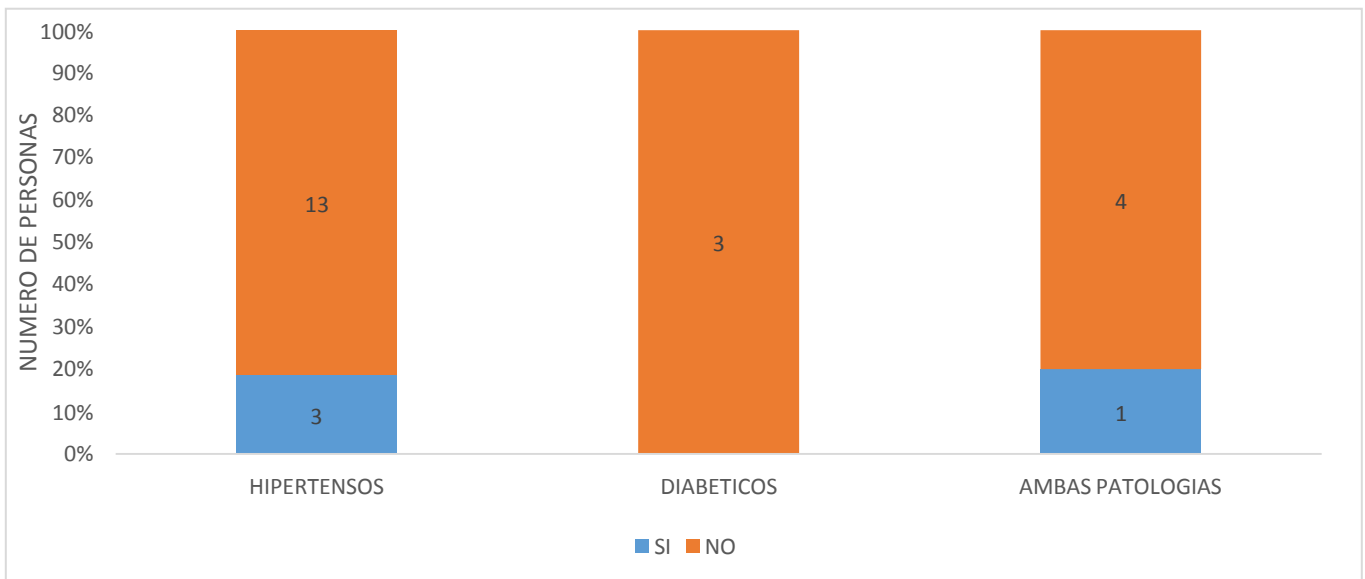


Figura 23. Distribución de personas según la adición extra de sal a los alimentos

El 83% de la muestra no adicionan sal extra a sus comidas. Mientras que el 17% de la población en estudio si adiciona sal extra.

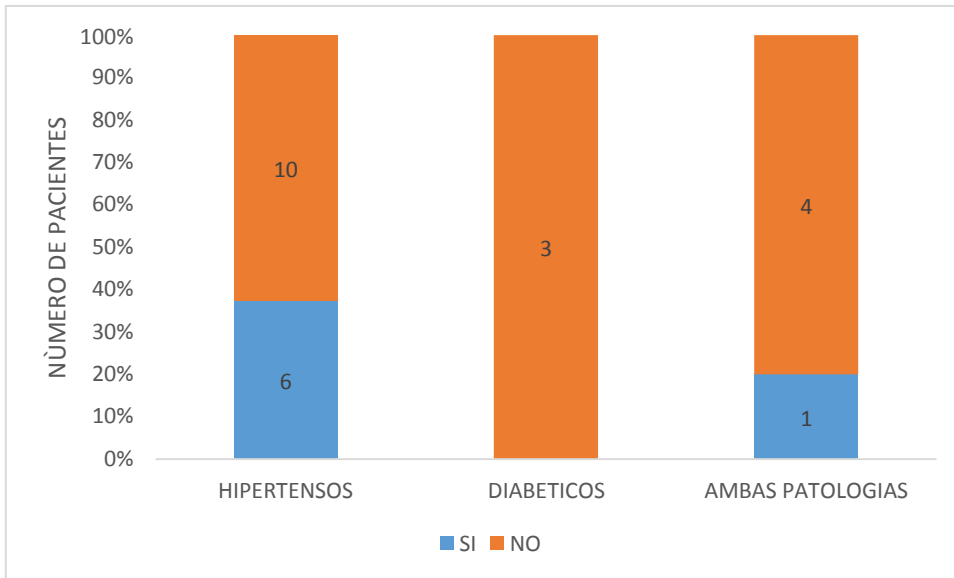


Figura 24. Distribución de personas según el consumo de bebidas con alto contenido de azúcar

El 71% de la población estudio no consumen bebidas con alto contenido de azúcar. Mientras que el 29% de la muestra si consumen alimentos de este tipo. Según la OMS el consumo de azúcar en promedio debe ser de 50g, en Europa el promedio de consumo de azúcar es de 100 gramos.

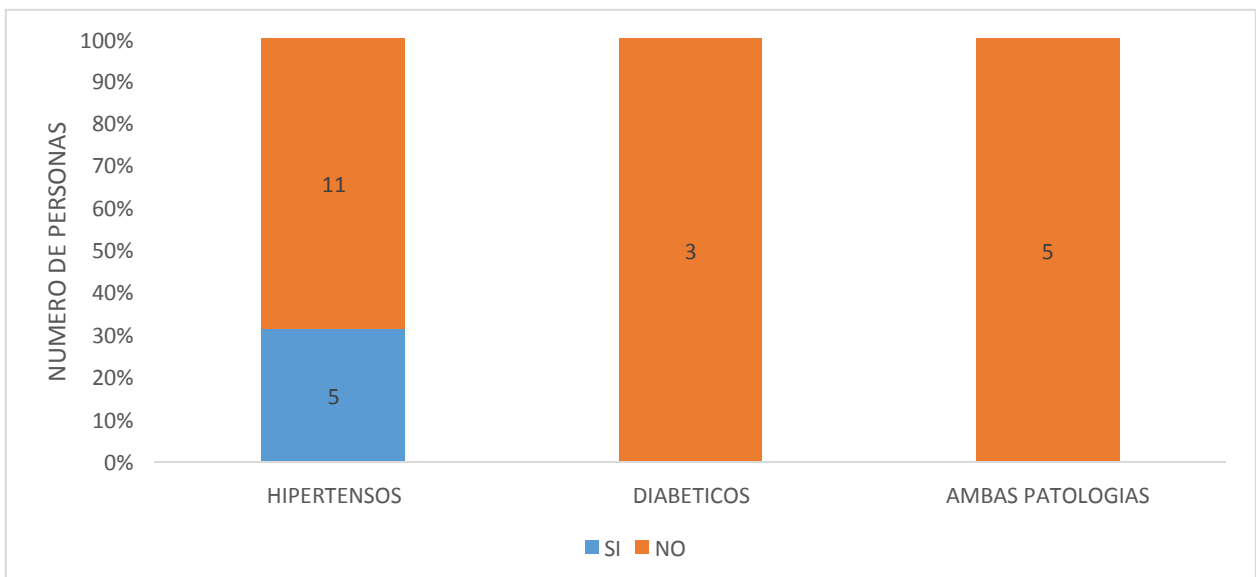


Figura 25. Distribución de personas según la adición de azúcar a las bebidas

El 79% de la población en estudio no adiciona azúcar a sus bebidas. Mientras que el 21% de la muestra no adiciona.

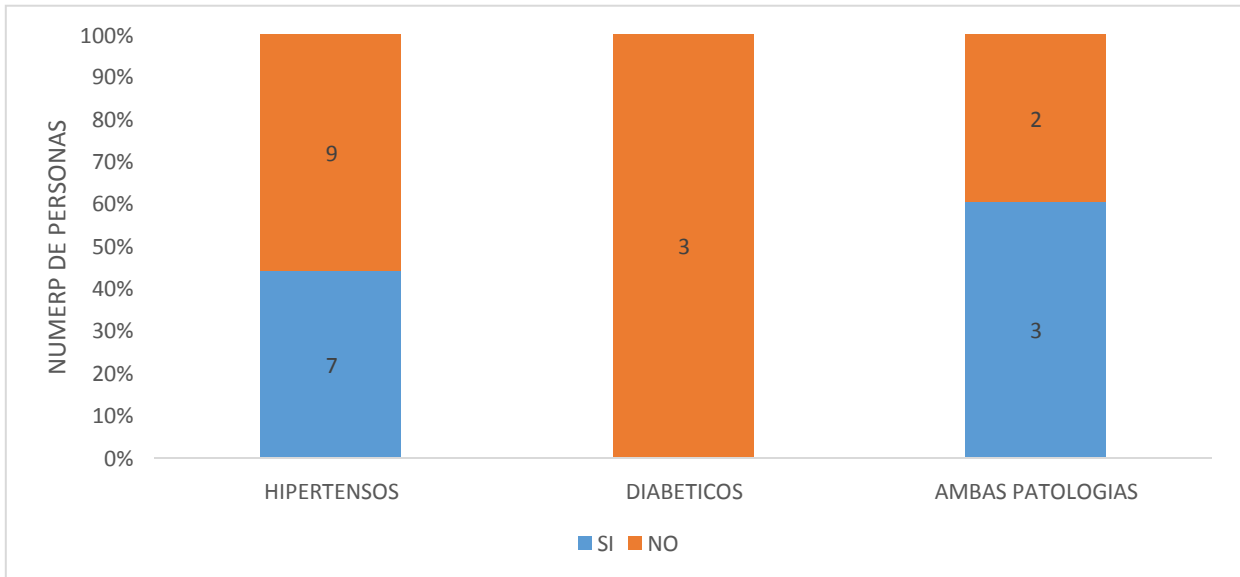


Figura 26. Distribución de personas según el consumo de alimentos con alto contenido de grasa

La población en estudio no consume alimentos altos en grasa ya que representa el 58% de la muestra. Mientras que el 42% si consumen alimentos con alto contenido de grasas. Sin embargo, encontrar estos resultados no son adecuados, ya que hay un porcentaje alto en los que si consumen este tipo de alimentos y favorece la aparición de eventos cardiovasculares según el estudio de ortega en una población madrileña.³⁴

³⁴ Sáez, T., Suárez, C., Blanco, F., & Gabriel, R. (1998). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la población anciana española. *Revista Española de Cardiología*, 51(11), 864-873.

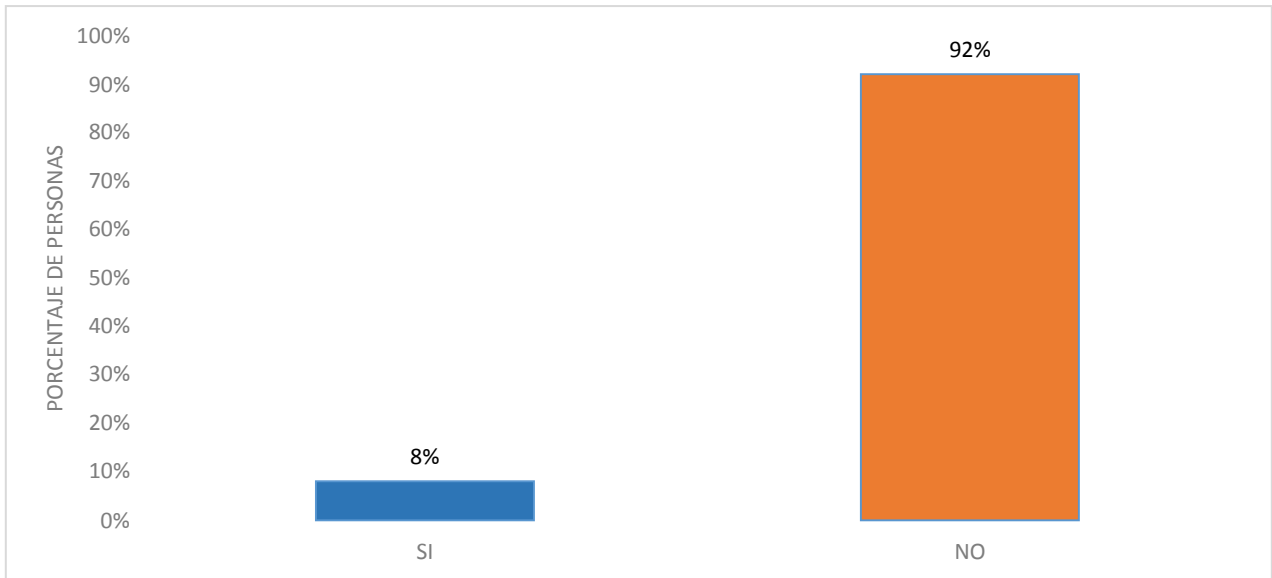


Figura 27. Distribución porcentual de personas según el consumo de comidas rápidas

El 92% de la población en estudio no consumen comidas rápidas. Mientras que el 8% de la muestra si consumen este tipo de alimentos.

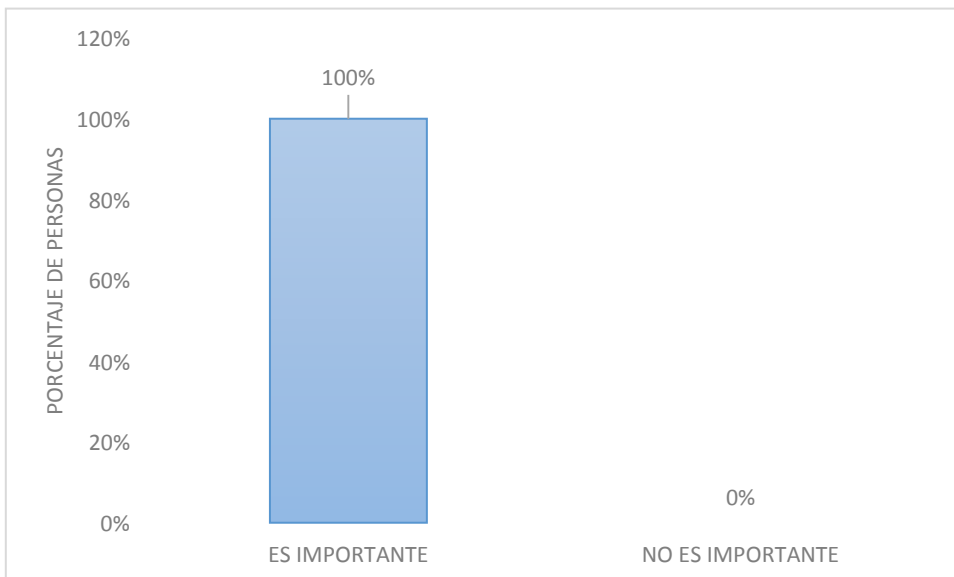


Figura 28. Distribución porcentual la importancia que le dan a su alimentación

El total de la población en estudio considera importante cuidar su alimentación ya que representa el 100% de la muestra.

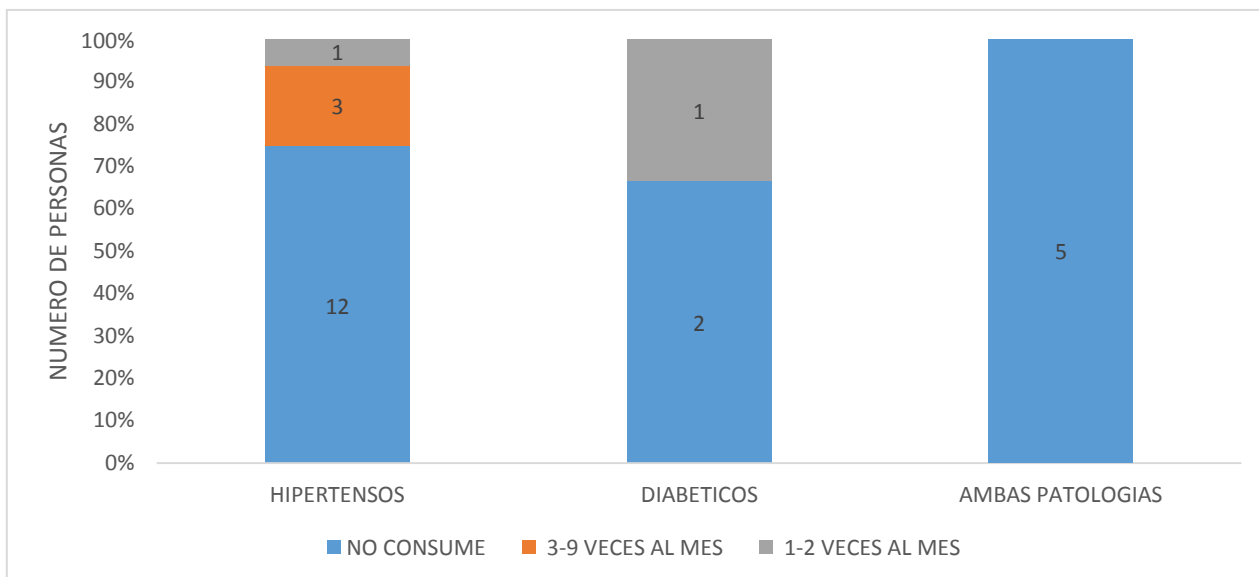


Figura 29. Distribución de personas según el consumo de alcohol

El 79 % de la muestra no consume licor, mientras el 21% restante lo consume entre una y dos veces al mes (8%) o entre una y nueve veces por mes (13%).

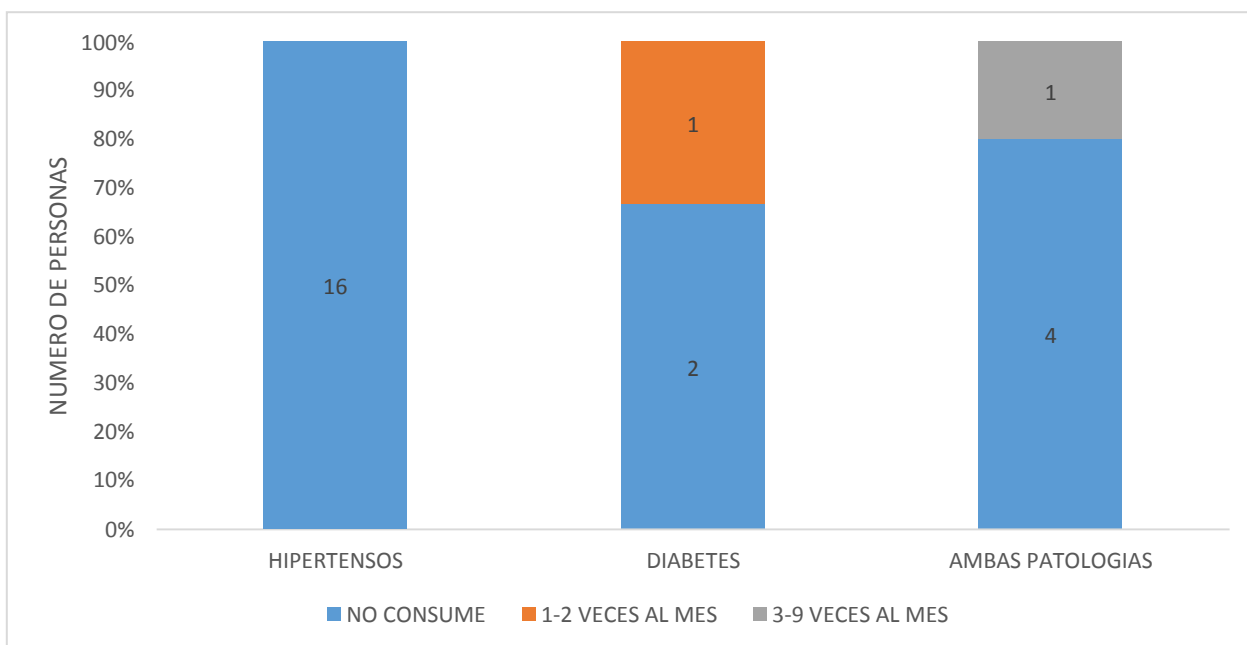


Figura 30. Distribución de la población según el consumo de tabaco

El 92 % de la población en estudio no consume tabaco, mientras el consumo entre 1 - 2 veces al mes y 3- 9 veces al mes es de 4 % cada uno. En la encuesta nacional de salud 2017 demostró que la población Colombia el 60% fuma actualmente.

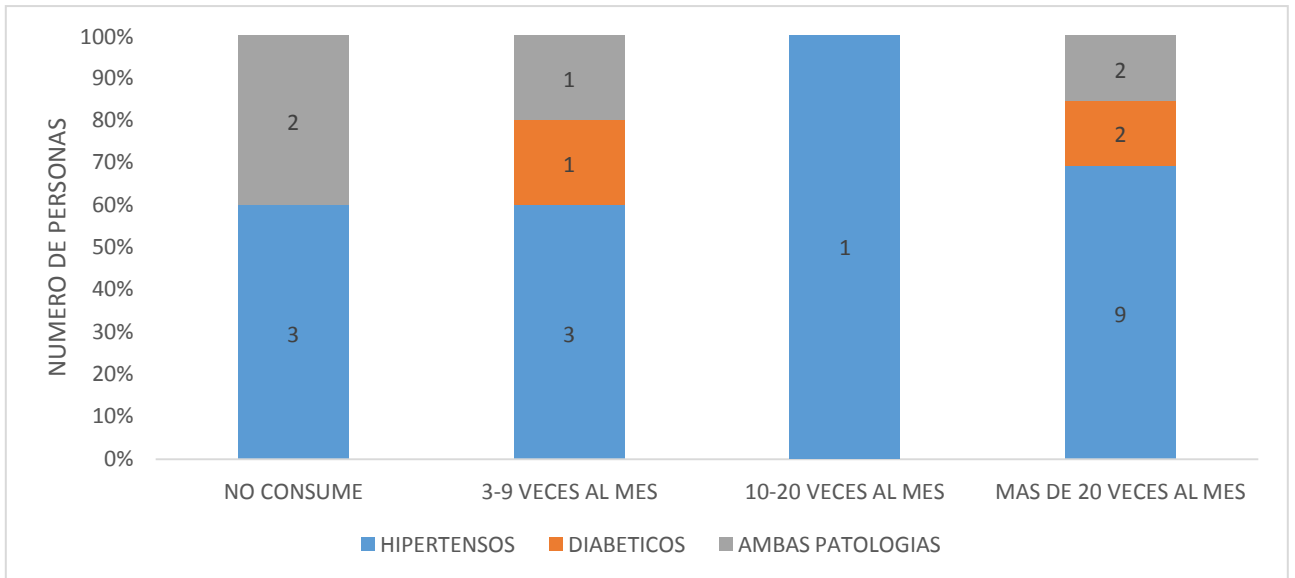


Figura 31. Distribución de personas según el consumo de café

El consumo de café más de 20 veces al mes representa el 54% de la muestras mientras el consumo de café entre 3-9 veces al mes y el no consumir representan el 21% cada uno. Este hábito de consumo frecuente está relacionado con ECV.³⁵

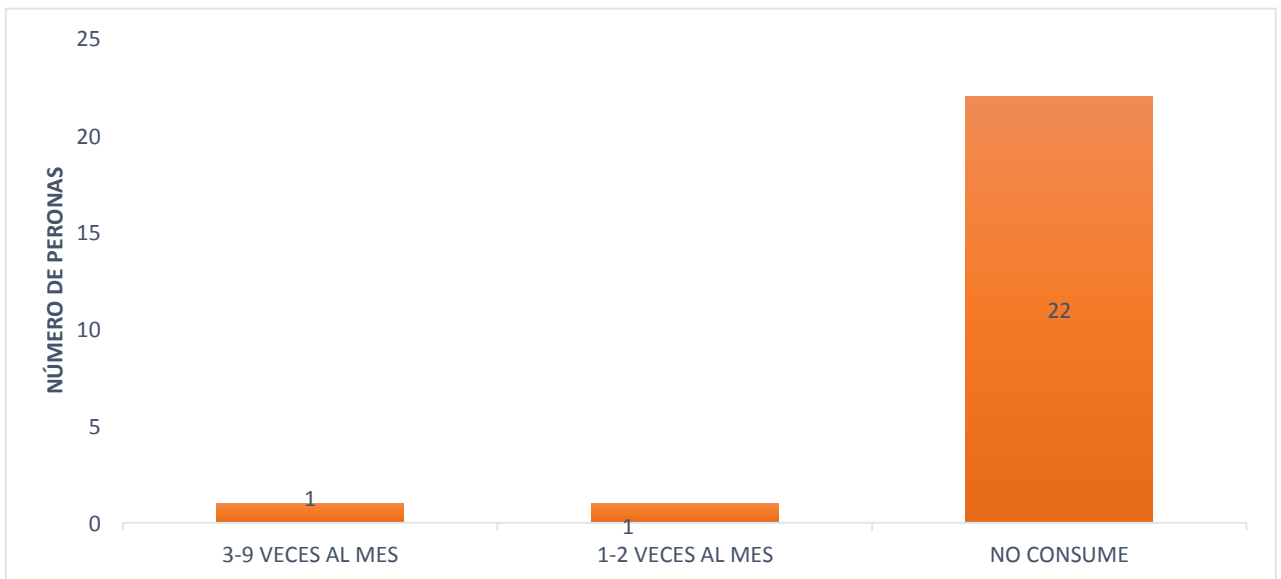


Figura 32. Distribución de personas según el consumo de bebidas energizantes

³⁵ Querales, M., Ruiz, N., Rojas, S., & Espinoza, M. (2011). Nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela. *Rev Salud Pública*, 13(5), 759-771.

El 92% de la población en estudio no consume bebidas energizante, mientras que el consumo entre 3-9 y 1-2 veces al mes el 8%.

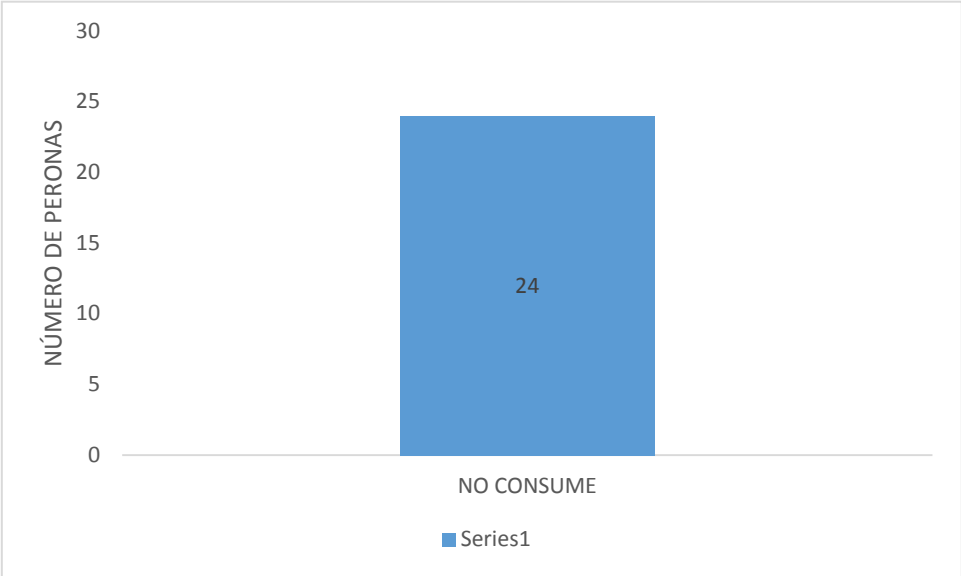


Figura 33. Distribución de personas según el consumo de sustancias psicoactivas
El 100% de la población en estudio no consume Sustancias psicoactivas.

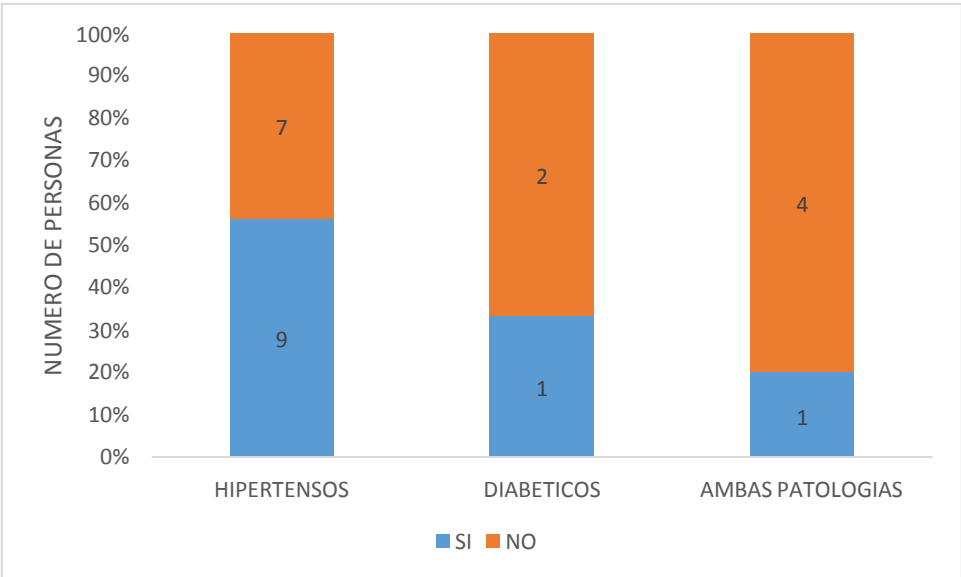


Figura 34. Distribución de personas según el consumo de gaseosa

El 54% de la población en estudio no consume más de 4 gaseosas a la semana, mientras los que si consumen más de 4 gaseosas a la semana el 46%, esta cifra es

elevada a comparación del consumo en una población de la gran Maracaibo que arrojó el 38%.³⁶

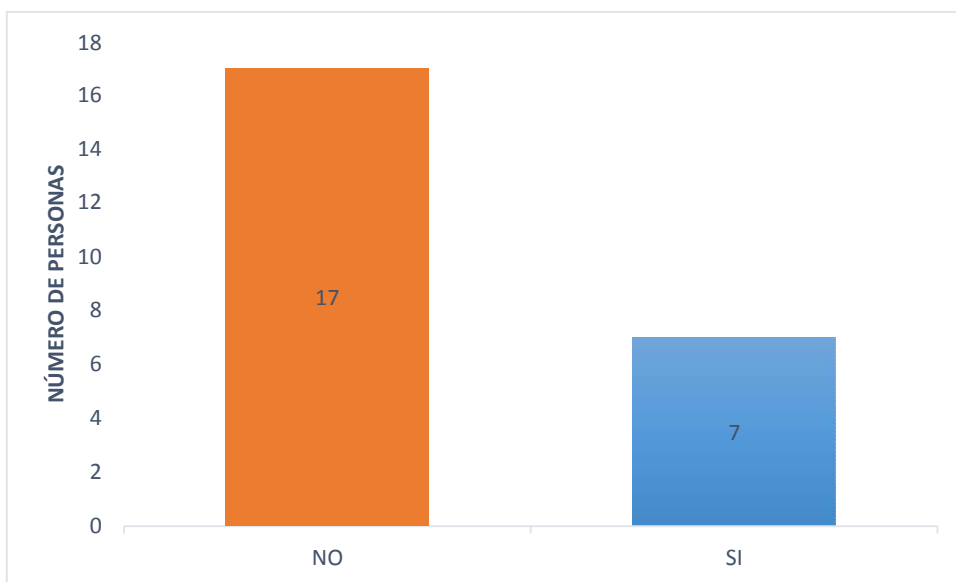


Figura 35. Distribución de personas según el consumo de helados o pasteles

El 71% de la población estudio no consume pasteles o helados, mientras que el 29% si consume.

³⁶ en Salud, O. V. D. R. (2014). Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela. *La Sociedad Venezolana de Cardiología*, 34(2), 128.

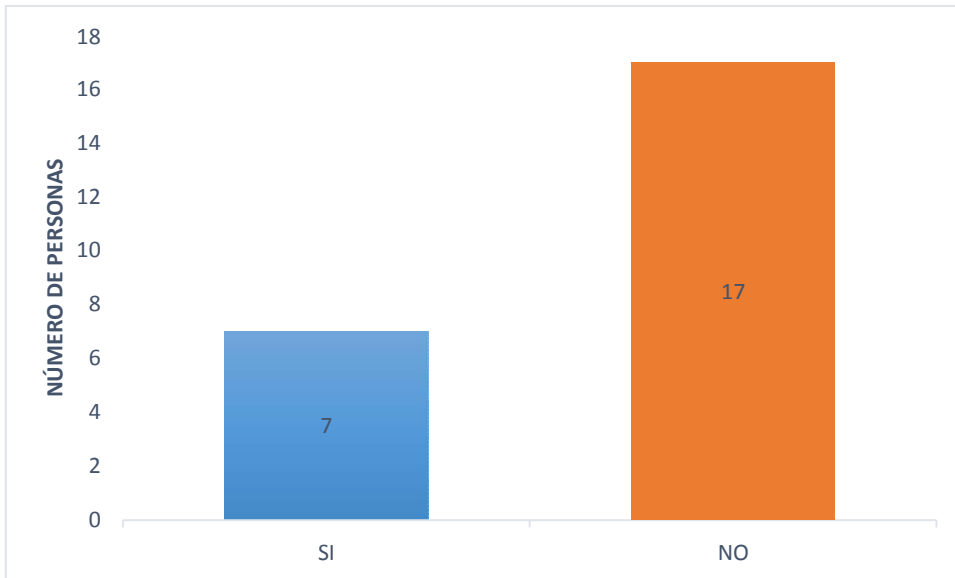


Figura 36. Distribución de personas según ocupación

El 71% de la población en estudio no trabaja, mientras que el 29% si trabaja, esto confirma los resultados de un estudio aplicados en una población diabética en Chile.³⁷

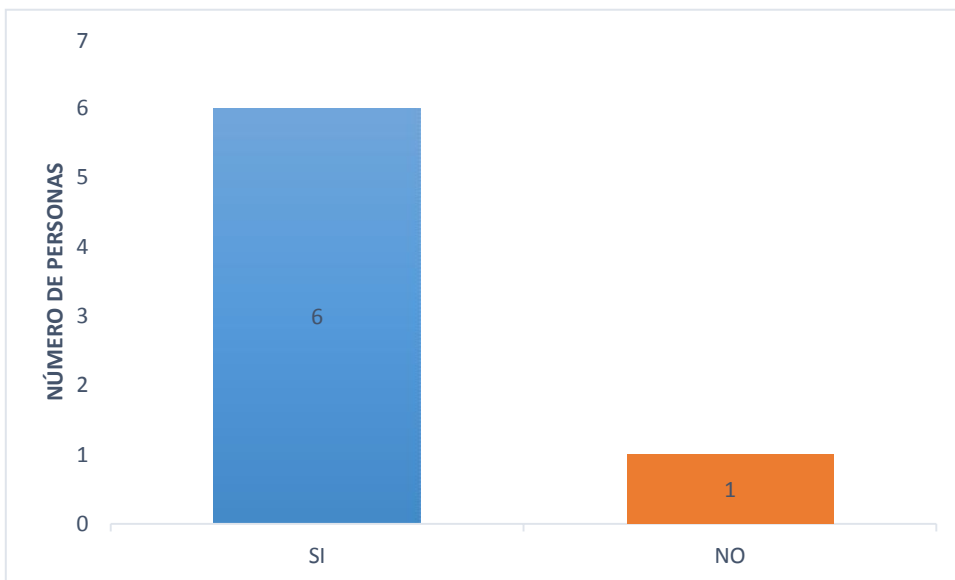


Figura 37. Distribución de personas según el ritmo de trabajo

³⁷ Morales, A., Pozo, C., Quilodrán, J., Moglia, S., & Kaempffer, A. (2006). Perfil sociodemográfico y de riesgo cardiovascular en pacientes diabéticos de un consultorio urbano SSMN, 2004. *Revista Chilena de Salud Pública*, 10(3), p-130.

El 86% de la población que trabaja considera que su ritmo de trabajo es adecuado, mientras el 14% de la muestra no lo considera.

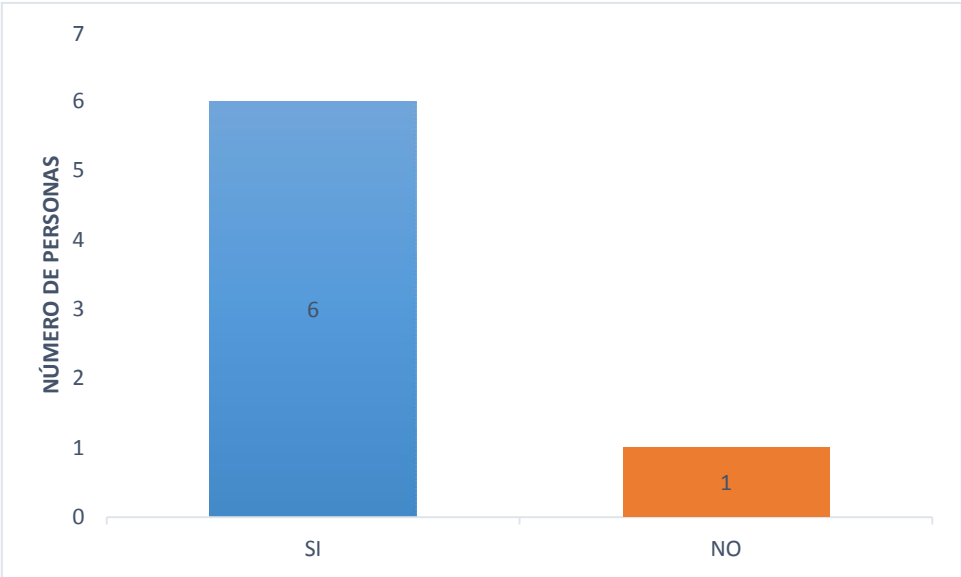


Figura 38. Distribución de personas según el tiempo que tiene para descansar durante la jornada laboral

El 86% de la población en estudio que trabaja refiere que dentro de su jornada de trabajo si tiene tiempo para descansar, mientras que el 14% no descansa.

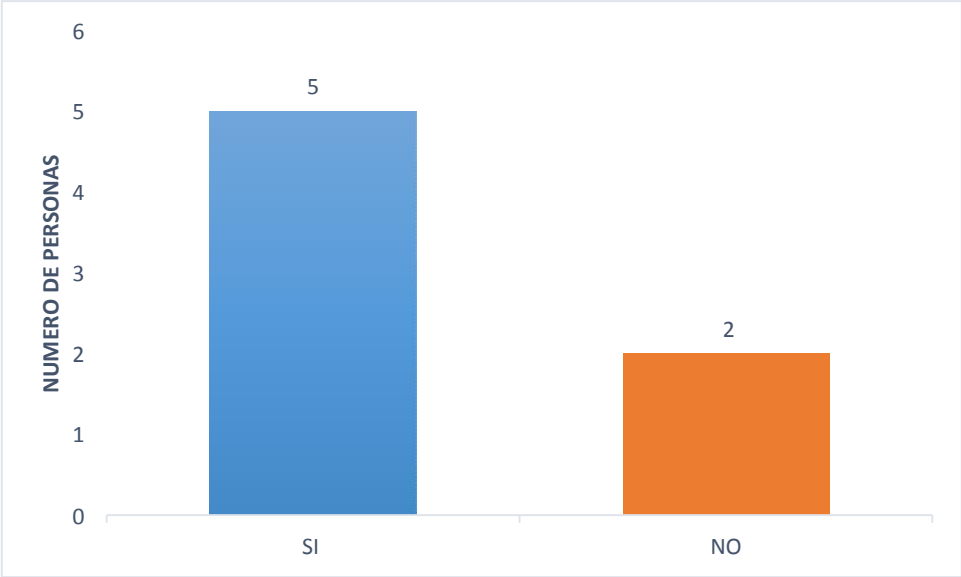


Figura 39. Distribución de personas según la calidad del sueño luego de la jornada laboral

El 71% de la población en estudio que trabaja logra dormir bien luego de su jornada laboral mientras el 29% no lo logra.

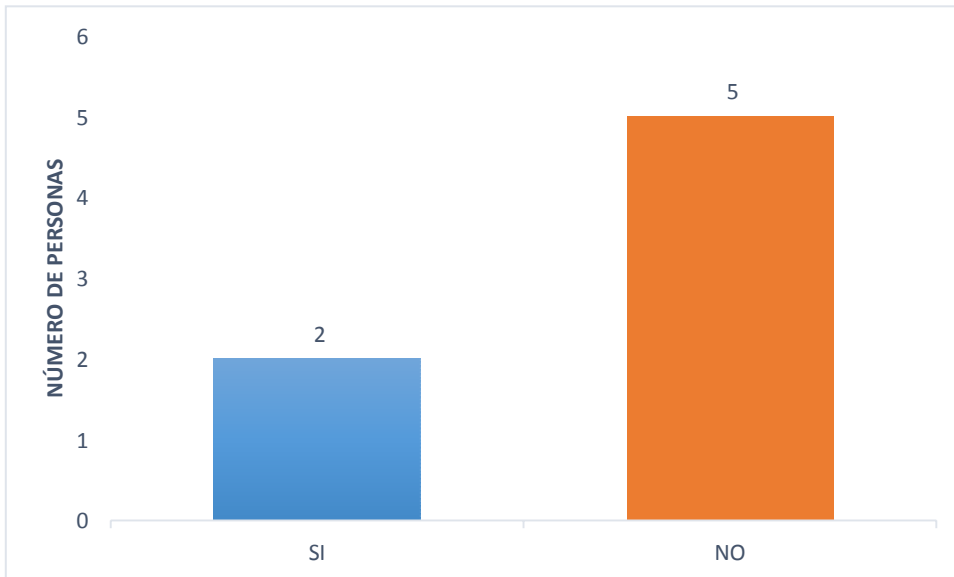


Figura 40. Distribución de personas según el descanso que logran entre jornada laboral y la siguiente

El 71% de la población en estudio que trabaja cree que el descanso entre una jornada y la siguiente no es suficiente mientras el 29% si lo cree, tener jornadas laborales sin tiempo suficiente para el descanso, tiene variaciones en la presión arterial e incide en repercusiones serias para la salud³⁸, fue lo demostrado en un estudio con profesionales en atención primaria.

³⁸ Lozano-Lázaro, M. G., Antequera-Novés, R., Conejo-de la Cruz, M. R., Arias-Senso, M. G., Carrillo-Prieto, E., & Alejandro-Lázaro, G. (2010). Atención continuada, ¿ un factor de riesgo cardiovascular más a considerar?. *Enfermería Clínica*, 20(5), 292-296.

ANTECEDENTES Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD

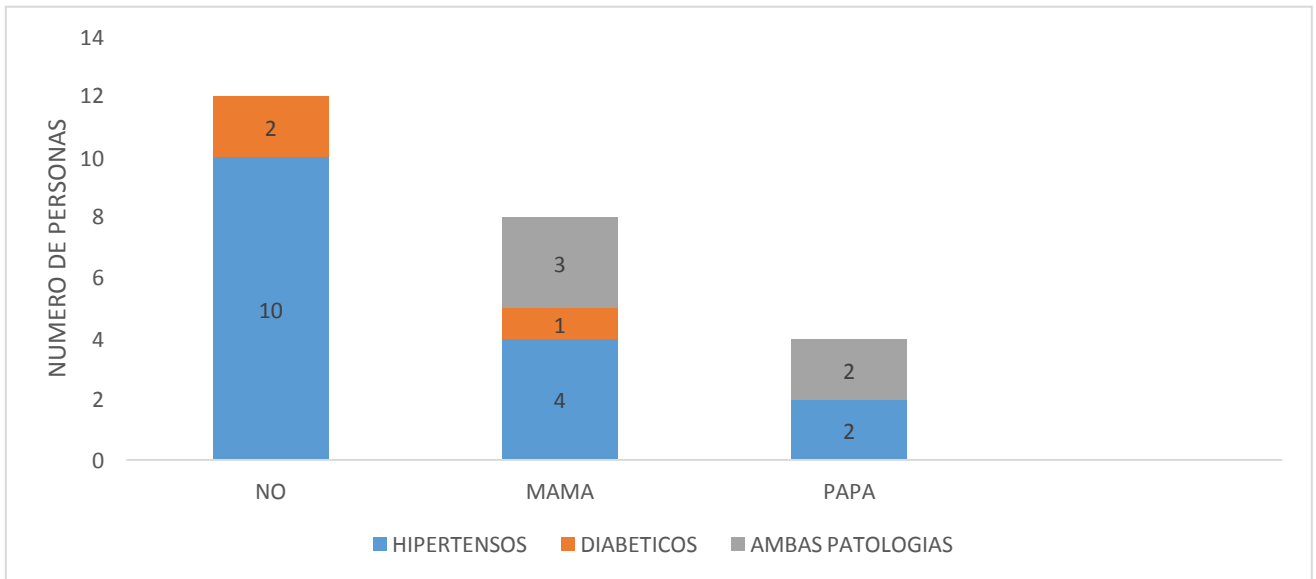


Figura 41. Distribución de personas según los antecedentes familiares

El 50% de la población en estudio no tienen antecedentes familiares de ninguna patología, mientras el 33% si lo tienen el cual es la mama.

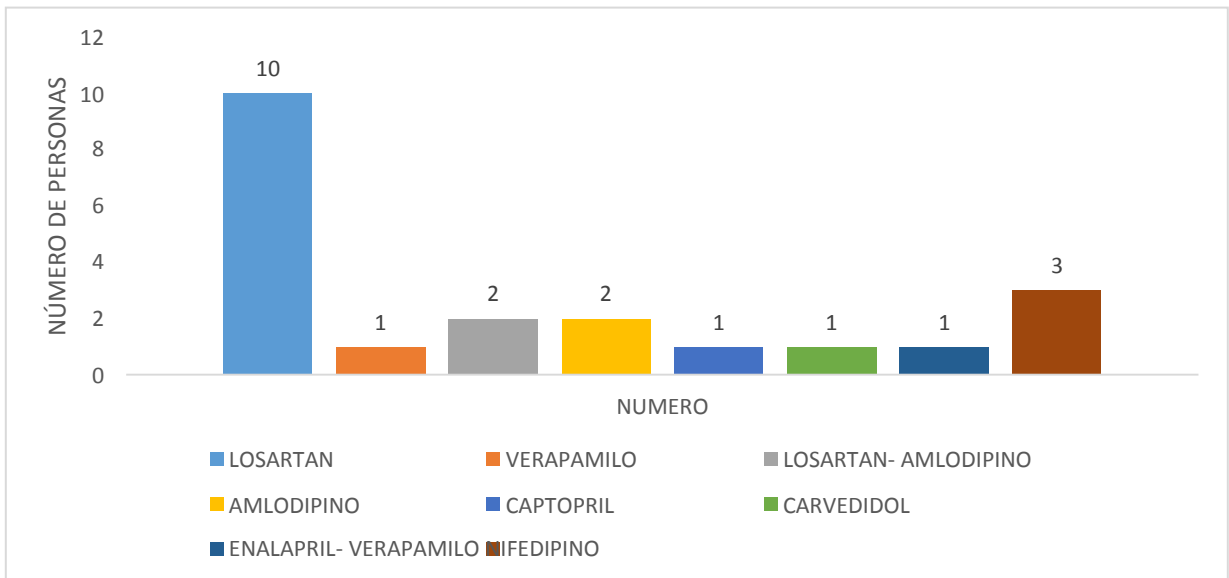


Figura 42. Distribución porcentual según el antihipertensivo que consume

El losartan es el antihipertensivo más usado ya que está presente en el 57% de la población hipertensa, mientras que el amlodipino el 19%. El 14 % de la muestra toma nifedipino.

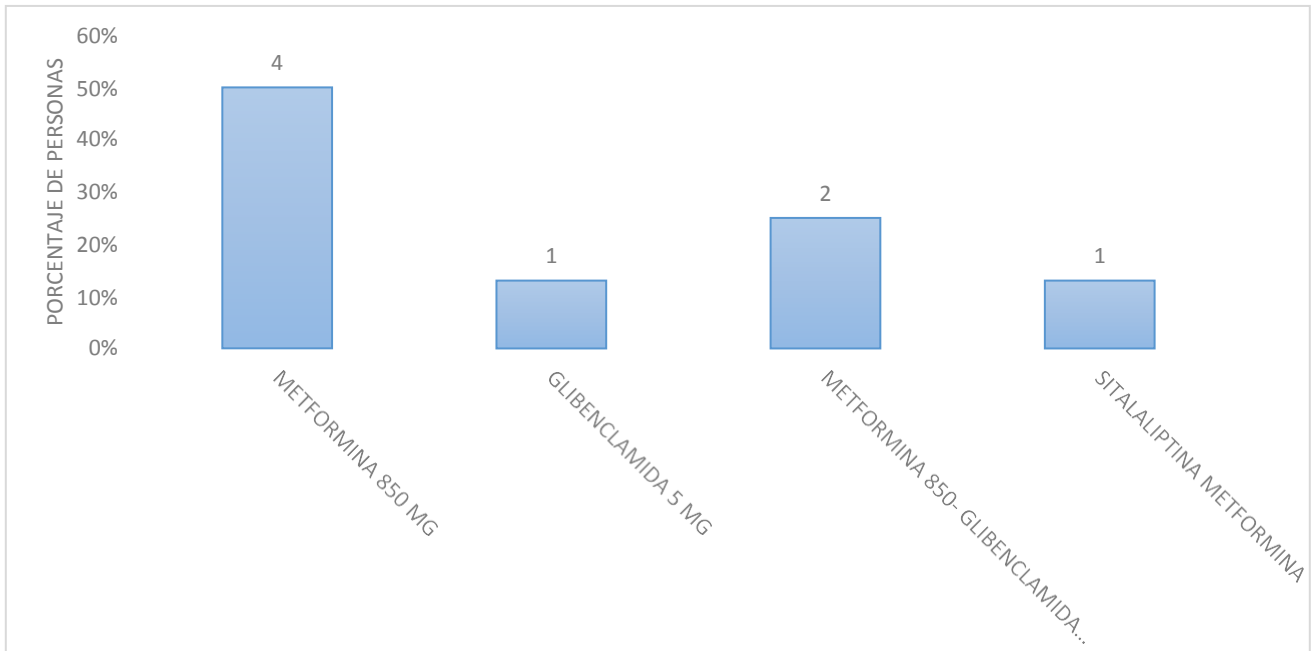


Figura 43. Distribución de personas según el hipoglucemiante que consume

La metformina es el medicamento mas utilizado en los diabéticos ya que esta presente en el 50%, mientras el tratamiento combinado de metformina y glibenclamida el 25%

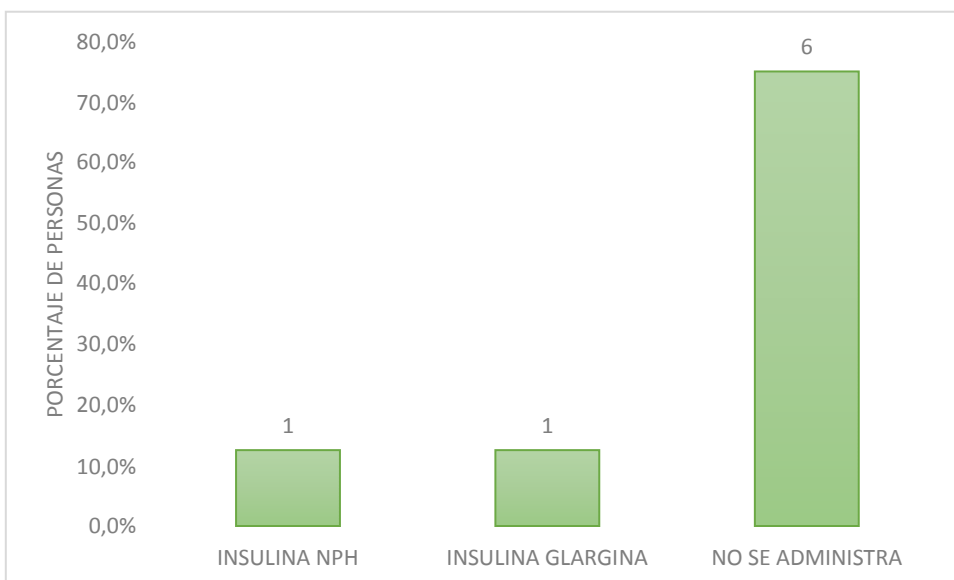


Figura 44. Distribución porcentual de diabéticos según la administración de insulina

El 75% de los diabéticos en estudio no se administra insulina. mientras el 25% se administra insulina NPH y glargina.

11. CONCLUSIONES

- Dentro de la población total del barrio Solaris se encontró 24 personas con enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión y diabetes mellitus, distribuidos en 16 hipertensos, 5 con ambas patologías y 3 diabéticos.
- El género femenino es el que presenta mayor morbilidad en cuanto a hipertensión arterial con 11 mujeres diagnosticadas.
- El género masculino es el que presenta mayor morbilidad con 6 hombres diagnosticados
- El consumo de café dentro de la población del barrio es elevado, encontrando que 19 personas consumen café, siendo las personas hipertensas con mayor incidencia en el consumo.
- Dentro de la población con enfermedades crónicas una problemática de salud es la obesidad y el sobrepeso con lo cual se aumenta la predisposición presentar complicaciones cardio vasculares.

12. RECOMENDACIONES

- Se recomienda control y seguimiento por nutricionista para estas personas diagnosticadas con enfermedades crónicas con el fin de reducir o mantener su IMC y evitar complicaciones.
- Mantener los valores de glucosa en sangre y niveles de tensión óptimos con el fin de mejorar la calidad de vida y el estado de salud.
- Realizar educación por parte del personal de salud sobre las medidas de precaución en la administración de insulina como dosis, de acuerdo a niveles de glucosa, sitios de punción y vía de administración.
- Debido al gran porcentaje de sedentarismo se recomienda realizar cada 15 días jornadas de actividad física.

13. BIBLIOGRAFÍA

- Carga de enfermedad por Enfermedades Crónicas No Transmisibles y Discapacidad en Colombia <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>
- Análisis de Situación de Salud según regiones Colombia <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>
- Huertas Édison, Ramírez Hugo. Caracterización sociodemográfica y de salud a las familias del barrio Solaris de la ciudad de Girardot en el año 2013 y su seguimiento en el primer semestre del 2014.
- Estilos de Vida Saludable, Portal Principal Uniminuto. <http://www.uniminuto.edu/web/uvd/-/estilos-de-vida-saludables>.
- Autocuidado y Promoción de la Salud, Clínica Palermo <http://www.clinicapalermo.com.co/autocuidado-y-promocion-dela-salud/>.
- Estrés Factores Protectores. <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>. <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>.
- República De Colombia, Ministerio De Salud, /Resolución 8430/1993.
- LEY 266 DE 1996 - Ministerio de Educación Nacional.
- LEY 911 DE 2004 - Ministerio de Educación Nacional.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021
- Guía de atención de la diabetes mellitus tipo 2 0412
- GUIA DE ATENCION DE LA DIABETES TIPO II MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL
- GUIA DE DIAGNOSTICO Y MANEJO DIABETES MELLITUS TIPO 1 (2000)
- Guía 13 Guía de atención de la hipertensión arterial 0412
- Guía de práctica clínica Hipertensión arterial primaria (hta) Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia Guía para profesionales de la salud 2013 - Guía No. 18
- Arias Marín Paula Andrea, Monroy Sarmiento Leidy Viviani, descripción de los factores ambientales relacionados con la salud de los habitantes del barrio Solaris de la ciudad de Girardot 2015
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.
- Rodríguez Domínguez, L., Herrera Gómez, V., Torres Prieto, J. M., & Ramírez Peña, R. I. (1997). Factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(5), 474-481.
- Casteñanos Arias, J. A., Nerín La Rosa, R., & Cubero Menéndez, O. (2000). Prevalencia de la hipertensión arterial en una comunidad del municipio Cárdenas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 138-143.
- Arévalo, E. K. V., Moreno, E. N. R., Corredor, Y. C., & Ramírez, M. D. R. A. (2006). Detección de las complicaciones en los pacientes diabéticos que asisten a la Unidad Básica La Libertad, durante los meses de abril a mayo del año 2006. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3(3), 30-36.
- Márquez-Contreras, E., Coca, A., Von Wichmann, M. D. L. F., Divisón, J. A., Llisterri, J. L., Sobrino, J., ... & Shamagian, L. G. (2007). Perfil de riesgo cardiovascular de los pacientes con hipertensión arterial no controlada. *Estudio Control-Project. Medicina clínica*, 128(3), 86-91.
- Martínez, R. R., & Díaz, F. A. E. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del observatorio en salud*, 3(4).

- LIBRES, C. D. A. T. (2006). Prevalencia del síndrome metabólico entre los pacientes que asisten al servicio Clínica de Hipertensión de la Fundación Santa Fe de Bogotá. *Revista Colombiana de Cardiología*, 12(7), 0120-5633.
- Gómez, R., Monteiro, H., Cossio-Bolaños, M. A., Fama-Cortez, D., & Zanesco, A. (2010). El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(3), 379-386.

14. ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA SECCIONAL GIRARDOT
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA
CUESTIONARIO ESTILOS DE VIDA**

OBJETIVO:

Identificar las características de los estilos de vida que se asocian a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y diabetes) en la población adulta del barrio Solaris en la ciudad de Girardot durante el del año 2016, con el fin de establecer estrategias de promoción y prevención de las enfermedades a través del fortalecimiento de los estilos de vida saludables.

Le agradecemos que lea cuidadosamente las siguientes preguntas.

FECHA: _____

DATOS DE IDENTIFICACION

EDAD: _____ SEXO: _____

PRESENTA: HIPERTENSION _____ DIABETES _____

CUANTO TIEMPO LLEVA CON LA ENFERMEDAD _____

OCUPACION ACTUAL: _____

VALORACION FISICA

CIFRA DE ULTIMA GLUCOMETRIA: _____ TA: _____

ESTRATIFICACION DEL RIESGO _____ PESO: _____ TALLA: _____

PERIMETRO ABDOMINAL: _____

Elija una sola opción marcando con una x la respuesta a seleccionar.

1. RIESGO INHERENTE AL OCIO

PREGUNTA	S I	N O
1. ¿En alguna etapa de su vida llego a realizar ejercicio con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Actualmente realiza ejercicio con regularidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Qué tipo de actividad física realiza?

- Deporte (tennis, futbol, voleyball, basketball)
- Natación
- Gimnasio
- Trotar, correr, caminar.
- Otro: _____

4. ¿Se realizan actividades recreativas en el barrio dirigido al grupo de adulto mayor?

Si _____ No _____ No sabe _____ No conoce _____

5. ¿En qué tipo de actividades recreativas ha participado durante su vida?

Danzas _____ Teatro _____ Baile _____ Gimnasia _____ Otra _____
Ninguna _____

6. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

- Ver televisión
- Leer un libro
- Practicar algún deporte
- Salir con amigos
- Otros. Cual _____

7. ¿Comparte con su familia y/o amigo las actividades del tiempo libre?

Si _____ No _____ Con quien _____

2. MODELO DE CONSUMO

PREGUNTA	SI	NO
8. ¿Consume entre 4 y 8 vasos de agua al día?		
9. ¿Tiene un horario definido para las comidas?		
10. ¿En su alimentación incluye panes y cereales?		
11. ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?		
12. ¿Consume alimentos con alto contenido de sal?		
13. ¿Adiciona sal en sus comidas?		
14. ¿Consume bebidas con alto contenido de azúcar?		
15. ¿Adiciona azúcar a sus bebidas?		
16. ¿Consume alimentos altos en grasas (fritos)?		

17. ¿Consume comidas rápidas (hamburguesa, pizza, perro caliente)?		
--	--	--

18. ¿Considera usted que es importante cuidar su alimentación?

Es importante _____ No es importante _____

SUSTANCIAS LICITAS E ILICITAS	NO CONSUME	1-2 veces en el mes	3-9 veces en el mes	10-20 veces en el mes	Más de 20 veces en el mes
19. Alcohol					
20. Tabaco					
21. Café					
22. Bebida energizante					
23. Drogas ilícitas					

PREGUNTA	SI	NO
24. ¿Consume más de 4 gaseosas normales o light a la semana?		
25. ¿Consume helados, dulces y pasteles?		

3. RIESGOS OCUPACIONALES

PREGUNTA	SI	NO
26. ¿Usted trabaja actualmente?		
27. ¿Considera que su ritmo de trabajo es adecuado?		
28. ¿Durante su jornada laboral tiene un espacio para descansar? ¿Cuánto tiempo?:		
29. ¿Al finalizar su jornada laboral logra dormir bien en las noches? Número de horas de descanso:		
30. ¿Cree que la recuperación de la fatiga y/o cansancio entre una jornada de trabajo y la siguiente es suficiente?		

4. ANTECEDENTES Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD

31. ¿Tiene antecedentes familiares con la enfermedad?

SI_NO _____ QUIEN _____

32. ¿Qué tratamiento farmacológico está utilizando actualmente?

PARA LA HIPERTENSION (ANTIPERTENSIVOS):

Enalapril _____ Captopril _____ Losartan _____ Otro _____


PARA LA DIABETES

HIPOGLUCEMIANTES

Glibenclamida _____ Metformina _____ Insulina _____ Otro _____

INSULINAS

Cristalina _____ NPH _____ Glargina _____ Otro _____

	UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD - PROGRAMA DE ENFERMERIA
	CONSENTIMIENTO INFORMADO
<p>OBJETIVO: El siguiente documento tiene como objetivo solicitar su autorización en la aplicación de la encuesta la cual tiene la finalidad de Identificar las características de los estilos de vida que se asocian a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y diabetes) en la población adulta del barrio Solaris en la ciudad de Girardot.</p>	

Yo _____ identificado con cc N° _____ con pleno uso de mi voluntad declaro que he sido informado sobre los objetivos de las encuestas que se me realizaran a continuación y autorizo a los estudiantes de enfermería de la universidad de Cundinamarca para que tomen de mi datos personales, además de obtener las respuestas a las preguntas que se me hagan.

Comprendo además que la información recolectada allí será privada y no se divulgara más que para los fines del trabajo de campo e investigativo que están realizando los estudiantes de enfermería, concuerdo de igual manera con que podre rechazar alguna pregunta y/o poder retirarme del trabajo a implementar en el momento en que así lo desee.

FIRMA

C.C. _____

En caso de tener alguna duda o querer comunicarse con los encargados podrá hacerlo.

Camilo Andrés Contreras / enfermera en formación UDEC 3115203335

Julián David Falla / enfermero en formación UDEC 3144367427

Yurani Alexandra González / enfermera en formación UDEC 3107761969