



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SEDENTARISMO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 2018

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería

AUTORA: Sandra Milena Cadavid Lima

DIRECTORA: Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrería

IBARRA - ECUADOR

2019

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SEDENTARISMO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 2018**”, de autoría de SANDRA MILENA CADAVID LIMA, para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de Mayo de 2019

Lo certifico

(Firma).....

Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrera

C.C: 0400800793

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

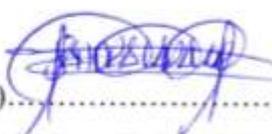
DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003179429		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Cadavid Lima Sandra Milena		
DIRECCIÓN:	Mirador de Azaya calle Quito y Manta 4-46		
EMAIL:	sandrica_891@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062-558-187	TELÉFONO MÓVIL:	0982655703
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SEDENTARISMO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 2018”		
AUTOR (ES):	Cadavid Lima Sandra Milena		
FECHA:	2019/05/23		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	Mgr. Laura Isabel Mafla Herrería		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 27 días del mes de mayo de 2019.

LA AUTORA

(Firma).....


Sandra Milena Cadavid Lima

C.I.: 1003179429

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 23 de Mayo de 2019

CADAVID LIMA SANDRA MILENA "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SEDENTARISMO EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, 2018." / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 23 de Mayo de 2019

DIRECTORA: Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrera

El principal objetivo de la presente investigación fue, analizar el rendimiento académico de los estudiantes de enfermería con el fin de establecer una correlación promedial en estudiantes a tiempo completo y aquellos con responsabilidad laboral. Entre los objetivos específicos se encuentran: caracterizar socio demográficamente al grupo de estudio, correlacionar el rendimiento académico con responsabilidad laboral y estudio a tiempo completo, según corresponda, identificar las condiciones laborales y académicas de la población en estudio y socializar a los estudiantes los resultados obtenidos permitiendo la concienciación del rol de los jóvenes en la sociedad.

Fecha: Ibarra, 23 de Mayo de 2019



Mgtr. Laura Isabel Mafla Herrera

Directora



Sandra Milena Cadavid Lima

Autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por acompañarme en mi camino siempre y por darme las fuerzas necesarias para salir adelante y cumplir cada uno de mis objetivos.

A la Universidad Técnica del Norte y la Facultad Ciencias de la Salud por permitirme realizar esta investigación y así poder culminar mi carrera profesional.

A mi hija Angie por esperarme siempre con mucha paciencia y amor; la razón de mi vida, y por la que cada esfuerzo vale la pena.

A mis padres Eliza y Rafael por su lucha constante por sacarnos adelante a mí y mis hermanos por demostrarme que con trabajo y esfuerzo se puede conseguir grandes logros.

A mis hermanos Jenny, Cristina y Juan Carlos por darme un aliento de ánimo cuando más lo necesitaba.

A mi directora de tesis Mgtr. Laura Mafla por su paciencia, apoyo, entrega y colaboración a lo largo de esta investigación.

A todas las personas que me aprecian y que de una u otra forma han contribuido en la elaboración de este estudio y sobre todo a las personas que alguna vez dudaron de mi capacidad, dañando mis sentimientos con sus palabras y actos crueles. Porque fue precisamente ahí donde tome el impulso para ser mejor y seguir avanzando siempre.

Sandra

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada con mucho amor y cariño principalmente para mi hija Angie Cifuentes, por tenerme tanta paciencia y saber esperarme en cada momento de mi ausencia; y que cuando sea grande se sienta orgullosa de su madre que a pesar de las circunstancias supo lograr lo que se propuso y vea un ejemplo a seguir de todas las cosas buenas que he hecho por ella; también quiero dedicarles a mis sobrinos Mateo, Akemy, Tomas, Ian y Doménica que como mi hija son parte fundamental de mi vida, pues no soy la mejor tía pero puedo brindarles el ejemplo de que aquel que persevera alcanza y que todo lo que bien se hace, al final trae muchos triunfos pues culminar esta etapa es muestra de ello.

Gracias por llegar a mi vida Angie.

Sandra

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN.....	xii
SUMARY.....	xiii
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo general	6
1.4.2. Objetivos específicos:	6
1.5. Preguntas de Investigación	7
CAPÍTULO II	9
2. Marco Teórico	9
2.1. Marco Referencial.....	9
2.1.1. Actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el Cuestionario Mundial sobre la Actividad Física, México, 2018.	9
2.1.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la clínica de medicina familiar casa blanca del ISSTE, México, 2015.....	9

2.1.3. El estrés y otros factores de riesgo entre profesionales militares de enfermería, Brasil, 2016.....	10
2.1.4. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014.....	11
2.1.5. Diagnóstico del nivel de actividad física y el sedentarismo en Sangolquí: estudio por rango etario, Ecuador, 2017	11
2.2. Marco Contextual	12
2.2.1 Descripción del Área de Estudio.....	12
2.2.2. Sus límites son	13
2.2.3. Tipo de Población	13
2.3. Marco Conceptual.....	13
2.3.1. Definición del sedentarismo.....	13
2.3.2. Patologías asociadas al sedentarismo.....	15
2.3.3. Actividad física	20
2.3.4. Tratamiento para el sedentarismo	22
2.3.5. Estilos de vida saludable	24
2.3.6. Teoría del autocuidado.....	27
2.4. Marco Legal.....	30
2.4.1. Constitución del Ecuador, 2018	30
2.4.2. Plan Toda una Vida, 2017	31
2.4.3. Ley Orgánica de Salud, 2006.....	31
2.5. Marco Ético.....	32
2.5.1. Código de Ética de Enfermería del Ecuador, 2013	32
2.5.2. Privacidad y confidencialidad	33
2.5.3. Consentimiento Informado	33
2.5.4. Principios de la bioética	34
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología de la Investigación	35
3.1. Diseño de Investigación.....	35
3.2. Tipo de Investigación.....	35
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	35
3.4. Población	36

3.4.1. Población.....	36
3.4.2. Muestra.....	36
3.4.3. Criterios de Inclusión.....	36
3.4.5. Criterios de Exclusión.....	36
3.5. Operacionalización de variables.....	37
3.6. Métodos de recolección de información.....	45
3.6.1. Encuesta.....	45
3.7. Análisis de datos.....	45
CAPÍTULO IV.....	47
4.1. Resultados de la investigación y análisis.....	47
CAPÍTULO V.....	67
5. Conclusiones y recomendaciones.....	67
5.1. Conclusiones.....	67
5.2. Recomendaciones.....	68
Bibliografía.....	69
ANEXOS.....	76
Anexo 1. Registro de peso y talla.....	76
Anexo 2. Registro de presión arterial.....	82
Anexo 3. Galería fotográfica.....	85
Anexo 4. Consentimiento Informado Para Participantes De Investigación.....	89
Anexo 5. Encuesta.....	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización sociodemográficas.....	47
Tabla 2. Enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas al sedentarismo en los profesionales de enfermería	49
Tabla 3. Enfermedades crónicas por servicios	50
Tabla 4. Enfermedades crónicas por actividad física.....	53
Tabla 5. El sedentarismo en el profesional de enfermería	55
Tabla 6. Consumo de alimentos en los Horarios establecido y fuera de los mismos	56
Tabla 7. Cantidad consumida de frutas y verduras	57
Tabla 8. Profesionales que consumen alimentos preparados en la casa y otros en el restaurante.	58
Tabla 9. Alimentos consumidos con más frecuencia.....	59
Tabla 10. Carga laboral diaria.....	60
Tabla 11. Agotamiento emocional por trabajo.....	61
Tabla 12. Energía para trabajar	62
Tabla 13. Trabajo, relación entre compañeros, tabaquismo y alcoholismo.	63
Tabla 14. Actividad física por tiempo.....	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Índice de masa corporal por servicios.....	52
-------------------------------------------------------	----

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SEDENTARISMO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL. 2018.

Autora: Sandra Milena Cadavid Lima

Correo: sandrica_891@hotmail.com

El sedentarismo es la escasa actividad física realizada por una persona, la cual con esta condición puede llevar a contraer enfermedades como sobrepeso u obesidad y otras enfermedades no transmisibles. Objetivo: determinar las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas al sedentarismo y otros factores de riesgo en los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital San Vicente de Paúl, se realizó un estudio observacional descriptivo con enfoque cuantitativo, para lo cual se ha utilizado un consentimiento informado, se trabajó con encuestas individuales a 65 profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, 33 profesionales no realizan actividad física. Los resultados fueron: el 40% de las profesionales de enfermería presentan enfermedades crónicas no trasmisibles; 17% Hipertensión, seguido del 12% Obesidad, el 9% Diabetes, el 2% Insuficiencia Cardiaca y el 60% que aparentemente no presentan ninguna enfermedad, otros factores de riesgo: el 20% realiza actividades laborales, el 15,4% realizan actividad física en tiempos libres, el 24,6% presentan estrés laboral; con respecto a los profesionales de enfermería. Finalmente se concluye que el sedentarismo es un factor de riesgo para las enfermedades crónico no trasmisibles.

Palabras clave: Sedentarismo, Enfermería, Factores de Riesgo

SUMMARY

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH SEDENTARY LIFESTYLE IN THE NURSING PROFESSIONAL WHO WORKS AT THE SAN VICENTE DE PAÚL HOSPITAL. 2018

Autora: Sandra Milena Cadavid Lima

Correo: sandrica_891@hotmail.com

Sedentary is the activity known as involving much sitting and little exercise, which may cause some diseases like overweight or obesity and some others non-communicable diseases. The main objective To determine chronic noncommunicable diseases related to sedentary lifestyle and other risk factors in nursing professionals working in the Hospital San Vicente de Paúl, a descriptive observational study with a quantitative approach was carried out, for which an informed consent was used. worked with individual surveys to 65 nursing professionals of the Hospital San Vicente de Paúl, 33 professionals do not perform physical activity. The results were: 40% of nursing professionals have non-communicable chronic diseases; 17% Hypertension, followed by 12% Obesity, 9% Diabetes, 2% Heart Failure and 60% that apparently do not present any disease, other risk factors: 20% perform work activities, 15.4% perform activity physical activity in free time, 24.6% present work stress; with respect to nursing professionals. Also the poor eating habits and the use of passive transportation have reduced the practice of exercise.

Key words: Sedentary, Nurse, Risk factor's.

TEMA:

Factores de riesgo asociados al sedentarismo en el profesional de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl. 2018

CAPÍTULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

El sedentarismo, como su término lo identifica viene de la palabra latino Sedere, que significa acción de tomar asiento, de permanecer sentado, se ha utilizado para describir la transición de una sociedad nómada a una de actividad productiva , el sedentarismo es un proceso de carácter degenerativo que afecta al individuo en su salud ya sea de forma física como psicológica, tiene como riesgos el aumento del estrés, enfermedades crónico degenerativas y los trastornos que se pueden crear como la baja autoestima por la presencia de excesiva grasa en el cuerpo (1).

Incorporando al problema del sedentarismo los factores de riesgo que conllevan, estos factores se dividen según el autor Alfaya Góngora, en dos categorías señalados muy puntualmente como Factores de riesgo modificable como la calificación expresa es decir que se pueden modificar a fin de retrasar o evitar la aparición de grandes complicaciones las mismas que son causantes de enfermedades como la Obesidad, Hipertensión arterial entre otras, los Factores no modificables como la edad, el género, la etnia (2).

La mortalidad global por las enfermedades no transmisibles (ENT) es alta y creciente; más del 40% fueron muertes prematuras y el 82% ocurrieron en países bajos y medianos ingresos. A nivel mundial la prevalencia de la obesidad aumento de 3,2% en 1975 a 10,8% en 2014 en los hombres, y del 6,4% al 14,9% en mujeres, si la tendencia actual continúa en 2030 casi la mitad de la población adulta del mundo tendrá sobrepeso u obesidad. En Estados Unidos de Norteamérica la prevalencia de la adulta supera el 30% (3).

Latinoamérica es la región del mundo con el mayor porcentaje de población con una actividad física insuficiente para mantenerse saludable, al alcanzar el 39 %, así lo señala la Organización Mundial de la Salud, según la investigación, publicada en la revista científica “Lancet”, Latinoamérica supera a la mayor parte de países occidentales de altos ingresos, donde se hace menos actividad física que en los de ingresos bajos, se trata de la primera investigación que ofrece estimaciones sobre la insuficiencia de actividad física considerado uno de los factores principales de las enfermedades no transmisibles (4).

En 2017, un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), se informa que en Ecuador el 62,8% en adultos (de 19 a 65 años) tienen sobrepeso y obesidad debido al sedentarismo; el problema radica en que las personas con sobrepeso tienen riesgo de desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, enfermedades cardiovasculares y otros tipos de cáncer. De acuerdo a las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), estas son algunas de las principales causas de muerte en Ecuador (5).

Siendo el sedentarismo un problema de salud que afecta a la mayoría de la población y con mayor énfasis a los profesionales de enfermería; que por sus diferentes actividades laborales dejan de lado la actividad física, pese a que son conocedoras de los factores de riesgo que implica el sedentarismo tales como el sobrepeso, la obesidad entre otras enfermedades, las enfermeras tienen menor tiempo por las jornadas de trabajo que se convierte en una dificultad para realizar actividad física, con los antecedentes mencionados se convierte en mayor el interés en el estudio investigativo el mismo que será conocer cuáles son los riesgos de la escasa actividad física y los demás factores asociados al sedentarismo que están teniendo los profesionales enfermeros y enfermeras que laboran en el Hospital San Vicente de Paúl.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al sedentarismo a los que están expuestos los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital San Vicente de Paúl?

1.3. Justificación

El sedentarismo es un problema que se ha relacionado con los cambios profundos que ha ido teniendo la sociedad, la tecnología, la industrialización el transporte y el desarrollo en general de las actividades diarias que realizamos, la escasa actividad física se convierte en uno de los factores que conllevan al sedentarismo y con él, la presencia de varias enfermedades conocidas como Enfermedades Crónico no transmisibles, en todos estos grandes cambios los profesionales de la salud no son la excepción.

Los factores de riesgo, desencadenante de enfermedades tales como la diabetes mellitus, las enfermedades coronarias y la obesidad, han despertado en mi persona el interés de investigar esta problemática, conocedora que ciertas actividades de carácter laboral conducen al sedentarismo, la inadecuada alimentación y la falta de tiempo para realizar actividad física en su contexto general, en el lugar de investigación como en el Hospital San Vicente de Paúl no es la excepción los profesionales de enfermería de los servicios existentes.

El aporte científico de la investigación es promocionar la salud y cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad de vida mediante actividad física y hábitos saludables a los profesionales de enfermería y de esta manera reducir el riesgo al que están expuestos; por lo que se justifica esta investigación, y así mejorar la calidad de vida de las enfermeras y enfermeros del Hospital Sam Vicente de Paúl.

El aporte social de la investigación es hacer que se tome conciencia sobre los riesgos del sedentarismo en forma general y de forma particular los profesional de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl, tomando en consideración la recomendación de la Organización Mundial de la salud, la actividad física eficaz que es superior o igual a ciento cincuenta minutos, durante tres días a la semana o actividad física vigorosa; para personas mayores de 50 años, actividad física suave, menos de ciento cincuenta

minutos, tres días a la semana y que se motiven a cambiar su estilo de vida a un estilo de vida saludable.

Los beneficiarios directos del presente estudio de investigación, son los 65 profesionales de enfermería que autorizaron a través del consentimiento informado su participación voluntaria y los beneficiarios indirectos del estudio, son los profesionales que no se encontraban al momento de la aplicación de la entrevista y los que por alguna razón no aceptaron ser parte de la investigación.

Los resultados de la investigación contribuirán en el desarrollo de estrategias que permitan prevenir el sedentarismo y los riesgos que este conlleva y mejorar la salud de los profesionales de enfermería que laboran en la Institución ya mencionada.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas al sedentarismo y otros factores de riesgo en los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital San Vicente de Paúl.

1.4.2. Objetivos específicos:

- Caracterizar socio demográficamente al profesional de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl.
- Identificar las enfermedades crónicas no trasmisibles relacionadas al sedentarismo en el profesional de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl.
- Establecer el sedentarismo y otros factores de riesgo de enfermedades crónicas no trasmisibles del profesional de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl.
- Diseñar una guía de prevención para disminuir el sedentarismo en los profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl.

1.5. Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características socio demográficas de los profesionales de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl?
- ¿Cuáles son las enfermedades crónicas no transmisibles que están relacionadas al sedentarismo en los profesionales de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl?
- ¿Cómo establecer el sedentarismo y otros factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles del profesional de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl?
- ¿Por qué diseñar una guía de prevención para disminuir el sedentarismo en los profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el Cuestionario Mundial sobre la Actividad Física, México, 2018.

En general las actividades del personal de salud son sedentarias, aumentando a factores genéticos subyacentes y a la influencia del medio ambiente, la alta prevalencia de obesidad se debe a la falta de actividad física necesaria para mantener el equilibrio con el gasto calórico energético. Tuvo como objetivo describir las características personales, sociodemográficas, antropométricas, marcadores biológicos, actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería por categoría laboral y sexo. Este fue un estudio de diseño transversal comparativo, en una muestra probabilística de 124 personal de enfermería.

Del total del personal de enfermería que participó en el estudio ($n = 124$), el 84.3% fueron mujeres. En promedio, existe una desviación estándar al peso ideal de más de 10 kg. Los hombres consumen más cigarrillos (1.18 ± 1.976) y bebidas alcohólicas (3.52 ± 7.29) que las mujeres, con un valor de $p < 0.0001$ (6).

2.1.2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la clínica de medicina familiar casa blanca del ISSSTE, México, 2015

La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo debido a su magnitud y trascendencia, ya que conlleva a grandes problemas asociados e implica una gran comorbilidad, como diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad

en el personal de salud de la clínica de medicina familiar Casa Blanca del ISSSTE. Este fue un estudio prospectivo, transversal, descriptivo, donde se aplicó un instrumento a un total de 68 trabajadores de la clínica de medicina familiar de casa blanca del ISSSTE Tabasco en el periodo comprendido del mes de mayo a noviembre del año 2014.

El grupo de edad que predominó al realizar este estudio fue el comprendido entre los 40-49 años (29%), mayormente de sexo femenino (62%) con estudios de licenciatura (54%). Tienen prevalencia de sobrepeso y obesidad ambas del 38%, el 24% tienen peso normal. Al sexo femenino afecta más el sobrepeso (43%) y el masculino predomina la obesidad grado I. Las edades que más afecta el sobrepeso es de los 20 a los 59 años y los de 60 años y más predomina la obesidad grado I (7).

2.1.3. El estrés y otros factores de riesgo entre profesionales militares de enfermería, Brasil, 2016.

Los factores de riesgo para la hipertensión que los profesionales de enfermería militares identifican en su estilo de vida; clasificar a los niveles de presión arterial de los profesionales. Este fue un estudio cuantitativo, basado en una investigación descriptiva.

El estudio incluyó 40 militares profesionales en enfermería. Se identificaron los siguientes factores de riesgo para la hipertensión en la población de estudio: el uso de los anticonceptivos hormonales (8,0%), el tabaco (7,0%), alcohol (2,0 %), inactividad física (21,0 %), estrés (25,0 %), la ingesta excesiva de sal (11,0 %), la obesidad (8,0%) y alta en calorías y dieta rica en proteínas de alto (18,0 %). Clasificación de la presión arterial de los sujetos reveló que 70,0 % mostró valores de la presión que se consideran normales u óptima, los valores de 12,5 % y 17,5 % hipertensión limítrofe considerado demostró. Conclusión: El estudio indica la necesidad de cambios en el estilo de vida de profesionales, debido a que los factores de riesgo asociados a los niveles de presión arterial pueden contribuir a la aparición de la hipertensión en la población estudiada (8).

2.1.4. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de referencia Ibagué, Colombia, 2014

El primero en hacer referencia al término burnout fue Freudenberg en 1974, quien lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida, que no produce la suficiente gratificación o esfuerzo”. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout (SB) en el personal de enfermería de un hospital de referencia de una ciudad colombiana y su relación con variables demográficas. Se llevó a cabo un estudio de corte transversal en una muestra aleatoria y representativa de 174 enfermeras(os), estratificada según si la enfermera era profesional o auxiliar, en un hospital de referencia de la ciudad de Ibagué, Colombia.

La prevalencia de Burnout fue del 20.1% (IC 95%: 13,9 26,4) y además el 52,3% están a riesgo de padecerlo. Los profesionales de enfermería que tenían una vinculación temporal o de supernumerario, aquellos que laboraban en servicios administrativos, oncología, esterilización, los hombres y quienes afirmaron tener más de un contacto, fueron quienes presentaron indicadores de la proporción de Burnout mayores del 20,1%. Se concluyó que con respecto a otros estudios, este revela que la prevalencia del síndrome de Burnout en el hospital de referencia es mayor (9).

2.1.5. Diagnóstico del nivel de actividad física y el sedentarismo en Sangolquí: estudio por rango etario, Ecuador, 2017

La actividad física es el movimiento corporal que hace trabajar al sistema musculoesquelético; el movimiento sistemático implica calidad de vida y el sedentarismo. Tuvo como objetivo determinar el nivel de actividad física en general y el sedentarismo en particular en el uso del tiempo libre de la población de Sangolquí, teniendo presente dos rangos etarios fundamentales. Esta fue una investigación de tipo empírica, basándose en métodos exploratorios como la técnica de encuesta, para lo cual se aplicó dos tipos de cuestionarios, realizado a personas de la comunidad de Sangolquí en el año 2017 Quito.

A medida que aumenta el rango etario disminuye el nivel de frecuencia de actividad física, tanto en hombres ($p=0,0253$) como en mujeres ($p=0,0049$), presentando las mujeres mayores actividades sociales y de descanso. En hombres se valora un incremento no significativo en actividades físicas al aumentar la edad ($p=0,0706$). Al incrementarse la edad se demuestra una disminución de la actividad física y cambios en las preferencias para el uso del tiempo libre. Los practicantes de senderismo aumentan porcentualmente a mayor edad, valorando su condición física de mejor manera (10).

2.2. Marco Contextual

2.2.1 Descripción del Área de Estudio

El Hospital San Vicente de Paúl logró la acreditación internacional de calidad de sus servicios por parte de la organización canadiense Acreditación Canadá International (ACI), se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura. Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia, principalmente, y parte de las provincias de Esmeraldas, Carchi y Pichincha, es un hospital de referencia y contra referencia; actualmente, atiende una demanda de la población Colombiana y Venezolana que se asentado en nuestro país; el Área de Consulta Externa presta servicios de salud de segundo nivel en las cuatro especialidades básicas como son:

- Emergencia
- Centro Quirúrgico
- Unidad de Cuidados Intensivos
- Ginecología
- Centro Obstétrico
- Cirugía
- Traumatología
- Medicina Interna
- Pediatría



Fuente: Sitio web Hospital San Vicente de Paúl

2.2.2. Sus límites son

Al Norte: Carchi

Al Sur: Pichincha

Al Este: Sucumbíos

Al Oeste: Esmeraldas

2.2.3. Tipo de Población

La provincia de Imbabura cuenta con 6 cantones en los cuales, la población está entre indígenas, mestizos y afro ecuatorianos.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Definición del sedentarismo

Estilo de vida sedentario o inactivo; estar mucho tiempo sentado o acostado, haciendo poco o nada de ejercicio. El sedentarismo es uno de los principales factores de muerte prematura, causante de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes entre otras.

Cerca de una de cada tres mujeres y uno de cada cuatro hombres en todo el mundo no alcanzan los niveles recomendados de actividad física para mantenerse saludables: Al menos 150 minutos de actividad física vigorosa a la semana (11).

Estado, modo de vida o actitud de un sujeto con nivel de actividad física escaso o casi nulo que conlleva a altas probabilidades de generar según algunos casos una condición física insalubre o poco saludable. El sedentarismo es la poca actividad física realizada por una persona, la cual con esta condición puede llevar a contraer enfermedades como sobre peso u obesidad y otras enfermedades no transmisibles. La OMS catalogó el sedentarismo como uno de los cuatro factores de mayor riesgo de muerte (12).

Existen muchas definiciones de sedentarismo, entre las que se pueden resaltar: como la persona que no realiza al menos 30 minutos de ejercicio en la mayoría de los días de la semana o aquel que no gasta más de 600 equivalentes metabólicos METs/min semanales. De igual forma se considera sedentario, cualquier actividad física que consuma menos de 1,5 equivalentes metabólicos (METs), tales como permanecer sentado, ver televisión, utilizar el computador, leer o dormir. Este comportamiento sedentario se ha identificado como un factor de riesgo independiente de la actividad física, para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles tales como: diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, obesidad, síndrome metabólico y depresión, entre muchas otras, que afectan la calidad de vida de las personas (13).

Las enfermedades crónicas no transmisibles siguen ocupando el primer lugar en la morbilidad y mortalidad general en países desarrollados y en gran parte de países en desarrollo; las enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en los próximos 25 años la mortalidad para estas enfermedades aumentara significativamente (14).

2.3.2. Patologías asociadas al sedentarismo

Diabetes

La diabetes mellitus (DM) es un problema de salud pública a escala mundial que a aumentado de manera alarmante en los últimos años. Las previsiones de DM para las próximas décadas son que uno de cada diez personas adultas contraerá la enfermedad, relacionado con el envejecimiento de la población y el incremento de los factores de riesgo, como la obesidad, la vida sedentaria y el consumo de una dieta poco saludable. Estos son más prevalentes entre la población más desfavorecida económicamente, lo que explicaría las desigualdades en cuanto a incidencia, prevalencia y mortalidad de DM en función de la posición socioeconómica.

La diabetes tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica originada por una alteración del metabolismo que le impide al organismo producir insulina o responder a ella. El resultado es la aparición de altas concentraciones de glucosa en la sangre, con presencia de la misma en la orina (15).

La diabetes mellitus tipo 2 es considerada una de las cuatro enfermedades crónico no transmisibles de mayor prioridad en la actualidad. A nivel mundial, su prevalencia se ha duplicado desde el año 1980, pasando del 4,7% al 8,5% en la población adulta en 2014, siendo este aumento más rápido en los países de bajos y medios ingresos.

En síntesis, en la patología de la diabetes mellitus no insulino dependiente, que la forma de diabetes primaria más frecuente, la obesidad es el factor ambiental más relevante y posible de prevenir y modificar. A su vez, la reducción de peso mediante actividad física moderada mejora notoriamente su condición metabólica, como ha sido reiteradamente demostrado. Por ello, es de mayor importancia el tratamiento y en lo posible la prevención de la obesidad, para a su vez prevenir el desarrollo de la diabetes (16).

Existen muchos factores relacionados con el desarrollo de DM2, algunos no modificables como la edad, sexo, historia familiar de DM2, religión de origen, a los

que se suman los modificables, relacionados con el estilo de vida como peso corporal, inactividad física, tabaquismo y consumo de alcohol; el conocimiento de dichos factores es la clave para su prevención y tratamiento. En consecuencia, se hace necesario identificar cuáles de estos factores tienen mayor implicancia en el desarrollo de DMT2 (17).

La atención primaria (AP) es el nivel asistencial en el cual estas personas deberían encontrar una adecuada respuesta para el control de su situación de salud. El aumento de la cronicidad hace necesario que los profesionales de enfermería de AP asuman un papel protagonista en el seguimiento de estos pacientes, fomentando roles de mayor autonomía y responsabilidad. Distintos estudios han medido el impacto real de la enfermera de AP como proveedora principal de cuidados a pacientes crónicos con resultados favorables respecto a satisfacción del paciente y coste económico (18).

Asociación entre actividad física y riesgo de diabetes

Múltiples estudios epidemiológicos observacionales habrían puesto de manifiesto una asociación directa entre los estilos de vida sedentarios y la incidencia de diabetes mellitus e intolerancia a hidratos de carbono. En la cohorte de las enfermeras se comprobó que la mayoría de los casos de diabetes tipo II (91%) podrían ser evitables a través de la modificación de determinados estilos de vida, que incluye la realización de ejercicio físico de forma regular (19).

Obesidad

La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo debido a su magnitud y trascendencia, ya que conlleva a grandes problemas asociados e implica una gran comorbilidad, como diabetes, hipertensión y enfermedad cardiovascular, ejes importantes del síndrome metabólico que disminuyen la calidad de vida de la población. Se considera la pandemia del siglo XXI. La primera encuesta de nutrición en 1988 reveló la existencia de elevadas prevalencias de desnutrición aguda y crónica, pero para 1999 el Instituto Nacional de Salud Pública realiza la

segunda encuesta que revelo la disminución de la desnutrición e incremento de obesidad en las mujeres adultas.

En 2006, la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) demostró que el sobrepeso y obesidad continuaban en aumento en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, y en la última encuesta de ENSANUT 2012 se confirmó la prevalencia de las mismas siendo mayor en las mujeres (73%) que en los hombres (69.4%); la obesidad prevalece en el grupo 45 a 65 años de edad en los hombres de 50 a 59 años de edad en las mujeres. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de los adultos es significativamente mayor en los afiliados a instituciones de seguridad social que a los afiliados a instituciones de seguridad social que a los afiliados del seguro Popular o aquellos sin ningún tipo de protección social.

La transición demográfica, epidemiológica y de nutrición han sido sin duda un factor importante en la prevalencia de sobrepeso y obesidad, no solo en México sino en el mundo entero y ambas se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal, que incrementan el riesgo de desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias (mama, endometrio, colon y próstata) enfermedades de la vesícula, depresión, desordenes musculo esqueléticos y síntomas respiratorios, entre otros.

La mayoría de los estudios epidemiológicos poblacionales observan que la mortalidad empieza a aumentar cuando el índice de masa corporal (IMC) superior o igual a 30kg/m² presentan un aumento de aproximadamente entre el 50 y el 100% tanto de la mortalidad total como de la debida a enfermedades cardiovasculares respecto a la población con un índice de masa corporal de 20 a 25kg/m² (20).

Para determinar el estado nutricio de los individuos e identificar padecimientos de obesidad y poder monitorear los riesgos de salud, se emplea el Índice de Masa Corporal (IMC), que resulta de dividir el peso (p) de la persona entre la talla (t) elevada al cuadrado: $IMC = p/t^2$ (21).

Insuficiencia Cardíaca

La insuficiencia cardíaca es una de las enfermedades más frecuentes, costosas, discapacitantes y letales a la que se enfrentan los médicos y cirujanos en la práctica clínica; la insuficiencia cardíaca es la primera causa de hospitalización en la población mayor de 65 años (causa 74000 hospitalizaciones al año). La incidencia de insuficiencia cardíaca aumenta con la edad y suele superar el 1% anual en la población mayor a 65 años. La insuficiencia cardíaca es un trastorno progresivo y letal, aun con un tratamiento adecuado (22).

El diagnóstico, manejo y tratamiento de la insuficiencia cardíaca en la práctica clínica habitual se basa en datos de diferentes estudios epidemiológicos de tipo observacional, en ensayos clínicos y en documentos de consenso entre expertos. Toda esta información se plasma en las guías de diferentes sociedades y países. Sin embargo, los registros realizados en diferentes países muestran que las terapias utilizadas se alejan, en ocasiones sustancialmente, de las indicaciones propuestas en las guías y los resultados en términos de morbimortalidad son muchas veces diferentes y no homogéneos en estos centros (23).

Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es definida como la elevación de la presión arterial sistólica a 140 mm Hg o más, o presión arterial diastólica a 90 mm Hg o más, o ambos valores inclusive. La relación de presión arterial y riesgo de evento cerebro vascular es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. Cuanta más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus y enfermedad renal. La necesidad de disminuir la morbilidad y la mortalidad por evento cerebro vascular ha sido el principal motivo para enfocar el problema del control de la hipertensión arterial desde un punto de vista más integral y no solo centrado en las cifras de presión arterial como el principal variable para decidir la necesidad y el tipo de tratamiento (24).

El estado óptimo de salud de las personas es no tener síntomas. Algunas patologías asociadas a una elevada morbilidad, discapacidades y mortalidad como hipertensión arterial carecen de síntomas floridos, aspecto que atenta contra la adhesión y cumplimiento de las pautas terapéuticas prescritas por algunos profesionales de la salud (25).

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo en términos de mortalidad atribuible, por lo que se considera uno de los mayores problemas de salud pública. A escala mundial se estima que causa 7,5 millones de muertes lo que supone el 12,8% del total de las defunciones. En el contexto del riesgo cardiovascular total, la hipertensión arterial crónica es el principal factor de riesgo modificable. La reducción de la presión arterial sistólica y la presión arterial diastólica a niveles inferiores a 140/90 mm Hg se asocian con una disminución de las complicaciones cardiovasculares (26).

Síndrome de Burnout

Quien define el termino burnout fue Freudenberger en 1974, quien lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida, que no produce la suficiente gratificación o esfuerzo”; quienes definieron el síndrome como una respuesta al estrés crónico formada por tres factores fundamentales: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal. El primer factor refiere el sentimiento de agotamiento que evidencia desinterés por trabajo, el segundo caracterizado por el rechazo a los pacientes y el tercero que se percibe como la actitud negativa hacia uno mismo y el trabajo, pérdida de interés por este, irritabilidad, baja productividad y autoestima (27).

La Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional de trabajo, insisten en la adopción de nuevos enfoques en materia de prevención de riesgos profesionales, especialmente psicosociales, donde la sobrecarga laboral, conduce a un nuevo proceso relacionado con la salud mental, llamado el síndrome de burnout, denominado

también, quemarse por el trabajo, síndrome de estrés asistencial estar quemado profesionalmente, entre muchas otras.

El síndrome burnout se manifiesta por una sintomatología variada, en el ámbito cognitivo (baja realización personal, impotencia para el desempeño profesional, etc.), somático (fatiga, cefalea, dolores musculares, insomnio, hipertensión, etc.), emocional (expresiones de hostilidad, irritabilidad, odio, aburrimiento, ansiedad, depresión) y conducta (cinismo, rigidez, agresividad, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos, etc.) (28).

El síndrome de fatiga de trabajo, de “burnout” o de quemarse, es considerado una de las principales causas de la enfermedad laboral y ausentismo. La prevención de riesgos psicosociales en el trabajo, posibles causantes de estrés laboral crónico que ocasiona el síndrome de quemarse por el trabajo ha despertado gran interés en países europeos; por lo que se analizan factores predisponentes, los cambios en la estructura económica de las empresas y las respuestas de los trabajadores ante el estrés laboral crónico (29).

2.3.3. Actividad física

Los beneficios para la salud se asocian con la práctica de actividad o ejercicio físico regular han sido ampliamente divulgados, en alguna medida, por lo que son suficientemente conocidos por la población en general. Sin embargo, los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero. Tanto es así que la inactividad constituye uno de los grandes factores de riesgo, que explican las elevadas cifras de enfermedades no transmisibles, en estudios epidemiológicos actuales. Otros beneficios de la actividad física y ejercicio para la salud tanto en hombres como en mujeres son irrefutables. La evidencia de un estilo de vida activo ha crecido exponencialmente y se considera que la actividad física y el ejercicio regular son medidas preventivas primarias y secundarias eficaces para más de 25 condiciones crónicas médicas, incluidas la enfermedad cardiovascular y la mortalidad prematura (30).

A pesar del preocupante aumento de la prevalencia del sedentarismo, parece que no se termina de ser consciente de la urgente necesidad de desarrollar políticas poblacionales y estrategias efectivas encaminadas a la promoción de la actividad física y a la prevención de los estilos de vida sedentarios. Un notable avance es la reciente estrategia, pero todavía no se dispone de la perspectiva temporal necesaria para poder valorar su impacto. En la lucha contra el hábito del tabaquismo se han desarrollado importantes esfuerzos e inversiones a nivel nacional e internacional que han comprometido a muy diferentes estamentos y han servido para actuar sinérgicamente desde diversos frentes. Sin embargo, un esfuerzo intersectorial de similar magnitud es aún una asignatura pendiente respecto al sedentarismo (31).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su estrategia “Salud para todos en el año 2010”, incluye entre sus objetivos la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todos los grupos de edad, así como el incremento de la proporción de adultos que realizan actividad física moderada diaria, de modo que la realicen al menos durante 150 minutos.

- Incrementar la actividad física moderada diariamente.
- Incrementar la forma física cardio respiratoria.
- Reducir estilos de vida sedentarios.
- Incrementar la fuerza, resistencia y la flexibilidad muscular.
- Mejora en la dieta y la actividad física en las personas con exceso de peso (32).

En las últimas décadas, numerosos estudios, apoyados en una abundante y rigurosa investigación epidemiológica, confirman que la práctica regular de actividad física supone una protección frente a determinadas enfermedades como los accidentes cardiovasculares, hipertensión y cardiopatía isquémica y que es determinante para la prevención y control de diversos problemas de salud como sobrepeso, osteoporosis, diabetes y trastornos depresivos. También diversos estudios relacionan los niveles de actividad física baja con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama, de colon y pulmón y la realización de una actividad física regular con menor riesgo de demencia y aumento de la longevidad.

En la actualidad, nadie tiene dudas de que la actividad física y el ejercicio regular, inciden de forma positiva en la salud y que es un hábito que ayuda a mantener un estilo de vida saludable, y por lo tanto a aumentar la calidad de vida. Pero a pesar de estas evidencias, la actividad física es una práctica poco arraigada en la población y la prevalencia de estilos de vida sedentario, en países desarrollados, va en aumento, llegando a constituir un verdadero problema para la salud pública (33).

2.3.4. Tratamiento para el sedentarismo

- Se debe evitar la inactividad, porque en sí misma es nociva para la salud. Cualquier actividad, por mínima que sea, producirá beneficios en la salud.
- La evidencia científica existente en la actualidad indica que es a partir de 150 minutos (2 horas y media) de actividad aeróbica moderada (entre 3 y 6 metros de intensidad) a la semana cuando empieza los efectos beneficiosos para la salud. Los mismos beneficios se consiguen si se realizan al menos 75 minutos semanales de actividad física aeróbica intensa (más de 6 metros de intensidad).
- Repartir el tiempo semanal en fracciones de 30 min 5 días a la semana en la actividad aeróbica moderada, o de 25 min 3 días a la semana en la aeróbica intensa.
- El tiempo diario se puede dividir en fracciones no menores de 10 minutos. Tiene la misma repercusión para la salud realizar 30 minutos seguidos que 3 bloques de 10 minutos o 2 bloques de 15 minutos. También se puede realizar múltiples combinaciones de actividad intensa y moderada, pero sobre la base de los tiempos recomendados anteriormente; no existe una evidencia científica para cada combinación.
- Si se realiza actividad física más allá de los tiempos recomendados, tanto de forma moderada como intensa, o en combinación, el efecto beneficioso para la salud también aumenta.

- Es recomendable que los adultos realicen también, y de forma complementaria a lo recomendado anteriormente, ejercicios de fuerza muscular (ejercicios contra resistencia), abarcando todos los grupos musculares posibles. Se recomienda 8-10 ejercicios, con 8-12 repeticiones cada uno, 2 o más días no consecutivos por semana.
- Para mejorar o mantener un rango de movimiento articular normal se recomienda realizar ejercicios de flexibilidad por lo menos 2 o 3 días a la semana, incluyendo estiramientos. Cada estiramiento debe durar 10-30 segundos, notando tensión o molestia leve, y realizando de 2 a 4 estiramientos para cada ejercicio, completando un total de 60 segundos (34).

Tipos de actividad física

El tipo de actividad física se puede definir con distintos criterios: según el tipo de contracción muscular (dinámica-isotónica o estática-isométrica) o el tipo de metabolismo utilizado para la obtención de energía (aeróbico o anaeróbico), pero desde el punto de vista de salud el que más nos interesa es el tipo de actividad física según su intensidad. Es decir tiene el mismo efecto sobre la salud gastar 1000 kcal caminando (actividad física moderada) que gastar 1000 kcal corriendo (actividad física intensa) (35).

Actividad física moderada

La actividad física aeróbica que puede ser en base a dos modalidades. De intensidad moderada, que significa un esfuerzo 5 a 6 en una escala de 1 a 10, al menos 30 minutos al día, ente 5 a 7 días de la semana. De alta intensidad, que implica un esfuerzo 7 a 8 en la escala de 1 a 10, al menos 20 minutos al día, 3 veces por semana.

Ejemplos de ejercicio moderado:

- Caminar a paso rápido

- Bailar
- Jardinería
- Tareas domésticas, entre otros

Actividad física vigorosa

Ejercicios de Resistencia o con pesas: deben ser realizados en series (1 a 3) que implican 8 a 12 repeticiones. Cada ejercicio debe trabajar un grupo muscular previamente definido. Para un trabajo integral y compensado se requiere entre 8 a 10 tipos de ejercicio diferentes. Pueden ser de intensidad moderada o vigorosa.

Flexibilidad: las actividades de al menos 10 minutos con el mayor número de grupos de músculos y tendones, de 10 a 30 segundos en 3 a 4 repeticiones de cada movimiento estático, todos los días en que se realicen actividades aeróbicas y de fuerza. Se debe realizar por lo menos dos días a la semana a una intensidad de 5 a 6 (en una escala de 0-10) (36).

Ejercicios vigorosos:

- Ascender a paso rápido o trepar por una ladera
- Desplazamientos rápidos en bicicleta
- Aerobic
- Natación rápida
- Deportes y juegos competitivos (p. ej., juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto)
- Trabajo intenso con pala o excavación de zanjas
- Desplazamiento de cargas pesadas (> 20 kg).

2.3.5. Estilos de vida saludable

El estilo de vida es el conjunto de comportamientos que practica habitualmente una persona en forma consciente y voluntaria, de tal manera que se desarrolla durante la

vida de cada individuo. Entre los elementos que constituyen el estilo de vida se han considerado las conductas y preferencias relacionadas con el tipo, horario y cantidad de actividad física; el tiempo de sueño; el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; las actividades de cuidado de la salud; el uso de artefactos de protección específica (uso del cinturón de seguridad, el uso de casco cuando se utiliza bicicleta y motocicleta); el tiempo y la intensidad de la jornada laboral; el tiempo y duración de las actividades recreativas; las actividades interpersonales; las prácticas sexuales; entre otros componentes que hacen las personas más o menos propensas a la enfermedad o a mantener su estado de salud (37).

La calidad de vida no es un concepto único, se relaciona con la satisfacción con la vida, las condiciones de vida y el valor que le damos a las mismas, siendo completamente una percepción subjetiva. Además que la calidad de vida se define como un estado de bienestar general que comprende percepciones objetivas y evaluaciones subjetivas de bienestar material, físico, emocional y social, junto con el desarrollo de actividades y personal, todas estas definidas por los valores personales (38).

El impacto del tabaquismo, la alimentación rica en grasas y otros factores de riesgo propios de las enfermedades crónicas se combinan en la época actual, haciendo que las enfermedades cardiovasculares sean una de las principales causas de muerte en la mayoría de los países. En el anciano se reporta mayor morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles, y dentro de ellas la cardiopatía isquémica ocupa el primer lugar; siendo nombrada por algunos autores como un problema de salud epidémico en muchas personas (39).

Alimentación saludable

Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos

alimentarios. Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasa azúcares libres y sal/sodio; por otra parte, muchas personas no consumen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales.

Una alimentación saludable debe cumplir con ciertas características:

- **Completa:** que incluya en las comidas principales del día, los diferentes grupos de alimentos (lácteos, carnes, huevos, frutas y verduras, cereales y legumbres, etc.)
- **Equilibrada:** que cada comida principal contenga todos los nutrientes (carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales) en cantidades necesarias para cubrir los requerimientos diarios para cada grupo etáreo.
- **Higiénica:** que los alimentos tengan buena calidad y se preparen en un ambiente limpio e higiénico.
- **Suficiente:** tanto en cantidad como calidad, para cubrir las necesidades nutricionales de los consumidores.
- **Variada:** es importante que las personas aprendan a comer una gran variedad de alimentos (40).

La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar de los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable siguen siendo los mismos (41).

Una dieta incluye lo siguiente:

- Frutas, verduras, legumbres (tales como lentejas y alubias), frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, mijo, avena, trigo o arroz moreno no procesado).

- Al menos 400g (cinco porciones) de frutas y hortalizas al día 2 veces, excepto papas, batatas, mandioca y otros tubérculos feculentos.
- Menos del 10% de la ingesta calórica total de azúcares libres, que equivale a 50gramos (o unas 12 cucharaditas rasas) en el caso de una persona con un peso corporal saludable que consuma aproximadamente 2000 calorías al día, aunque para obtener beneficios de salud adicionales lo ideal sería un consumo inferior al 5% de la ingesta calórica total. Los azúcares libres son todos aquellos que los fabricantes, cocineros o consumidores añaden a los alimentos o las bebidas, así como los azúcares naturalmente presentes en la miel, los jarabes y los zumos y concentrados de frutas.
- Menos del 30% de la ingesta calórica diaria procedente de grasas. Las grasas no saturadas (presentes en pescados aguacates, frutos secos y en los aceites de girasol, soja canola y oliva) son preferibles a las grasas saturadas (presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, la mantequilla clarificada y la manteca de cerdo), y las grasas trans de tres tipos, en particular las producidas industrialmente (presentes en pizzas congeladas, tartas, galletas, pasteles, obleas, aceites de cocina y pastas untables) y grasas trans rumiantes (presentes en la carne y los productos lácteos tales como: vacas, ovejas, cabras y camellos). Se sugirió reducir la ingesta de grasas saturadas a menos del 10% de la ingesta total de calorías, y la de grasas trans a menos del 1%. En particular, las grasas trans producidas industrialmente no forman parte de una dieta saludable y se debería evitar.

Menos de 5 gramos (aproximadamente una cucharadita) al día. La sal que debería ser yodada.

2.3.6. Teoría del autocuidado

Dorothea E. Orem: Teoría del déficit de autocuidado

La teoría que enmarca este estudio es la teoría del autocuidado, desarrollada por Dorotea Orem, la cual orienta como una actividad que debiera estar presente en la vida de todo ser humano y con mayor énfasis a las profesionales enfermeras que siendo conocedoras de los riesgos a los que están expuesta causantes del sedentarismo, no realizan actividad física, buscando controlar aquellos factores que interfieran en su desarrollo.

- **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.
- **Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:
 - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " 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". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar (42).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución del Ecuador, 2018

- *Agua y alimentación*

Art. 12.- El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida.

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales.

El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

- *Salud*

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

2.4.2. Plan Toda una Vida, 2017

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población

El mejoramiento de la calidad de vida es un proceso multidimensional y complejo, determinado por aspectos decisivos relacionados con la calidad ambiental, los derechos a la salud, educación, alimentación, vivienda, ocio, recreación y deporte, participación social y política, trabajo, seguridad social, relaciones personales y familiares. Las condiciones de los entornos en los que se desarrollan el trabajo, la convivencia, el estudio y el descanso, y la calidad de los servicios e instituciones públicas, tienen incidencia directa en la calidad de vida, entendida como la justa y equitativa (re)distribución de la riqueza social.

2.4.3. Ley Orgánica de Salud, 2006

Del derecho a la salud y su protección

Art. 1.- *La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.*

Art. 2.- *Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional.*

Art. 3.- *La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho*

humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables

- ***De la alimentación y nutrición***

Art. 16.- *El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios.*

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código de Ética de Enfermería del Ecuador, 2013

- ***De los Deberes de las Enfermeras para con las Personas***

Artículo segundo. - *Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.*

Artículo tercero. - *Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.*

Artículo cuarto. - Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo octavo. - Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

2.5.2. Privacidad y confidencialidad

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal

2.5.3. Consentimiento Informado

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado

y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

2.5.4. Principios de la bioética

La bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida. No se limita al ámbito médico, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general.

Principio de Autonomía: Tiene un carácter imperativo y debe respetarse como una norma que tiene como objeto respetar con autonomía la salud del paciente.

Principio de Beneficencia: Promueve el mejor interés del paciente, pero sin tener en cuenta la opinión de éste.

Principio de la No Maleficencia: El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

“no perjudicar innecesariamente a otros”.

Principio de la Justicia: Relacionado directamente con la equidad, y la planificación, exigiendo de tal manera, tratar a todas las personas por igual sin discriminación de raza, etnia edad, condición económica.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de Investigación

La metodología que se utilizó en el estudio fue una investigación cuantitativa:

- **Cuantitativa:** Es un diseño de investigación basado en una investigación empírico-analítica. Basa sus estudios en números estadísticos para dar respuesta a causas efectos concretos. Tiene como objetivo obtener respuestas de la población a preguntas específicas (43).

3.2. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo descriptiva y transversal:

Descriptiva: Establece una descripción lo más concreta posible de un fenómeno, situación o elemento concreto, sin buscar ni causas ni consecuencias de este.

Transversal: La investigación se centra en analizar cuál es el nivel de una o diversas variables en un momento determinado.

3.3. Localización y ubicación del estudio

El presente estudio se realizó en el 2018 con datos de 65 profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra – Ecuador.

3.4. Población

3.4.1. Población

Se trabajó en una población finita real con características comunes de 65 profesionales de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl aceptaron ser parte de la investigación.

3.4.2. Muestra

Se realiza un muestreo no probabilístico.

3.4.3. Criterios de Inclusión

- Los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital San Vicente de Paúl, los que se encontraron en el momento de la aplicación de la encuesta y que aceptaron a través de su participación libre y voluntaria ser parte de la investigación.
- Consentimiento informado.

3.4.5. Criterios de Exclusión

- Profesionales de enfermería que no se encontraron al momento de la aplicación de la encuesta y otros que no aceptaron ser parte de la investigación.

3.5. Operacionalización de variables

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente al profesional de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Caracterización sociodemográfica	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles (44).	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 20 – 39 años • 40 – 64 años • > 65 años
		Nivel de Educación	Tercer Nivel Cuarto Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciada • Magister • Doctorado
		Género	Mujer Hombre	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
		Estado civil		<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Divorciada • Viuda • Unión libre

		Auto identificación		<ul style="list-style-type: none"> • Afro Ecuatoriano • Mestizo • Blanco • Indígena
		Servicio al que pertenece		<ul style="list-style-type: none"> • Emergencia • Centro Quirúrgico • Terapia Intensiva • Ginecología • Centro Obstétrico • Cirugía • Traumatología • Medicina Interna • Pediatría

Objetivo 2: Identificar las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas al sedentarismo en el profesional de enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl.

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Factores de riesgo asociados al sedentarismo	Es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud (45).	Sedentarismo Enfermedades crónicas degenerativas	Pregunta 1 ¿Se considera usted una persona sedentaria? Pregunta 2 ¿Padece usted de algún tipo de enfermedad crónica degenerativa?	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza algún tipo de actividad física. • No realiza actividad física • Diabetes • Hipertensión • Obesidad • Insuficiencia cardiaca • Ninguna

		Horarios de trabajo	<p>Pregunta 3</p> <p>¿Cuál es su carga laboral diariamente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 8 horas • 12 horas • Turnos establecidos del servicio
		Alimentación	<p>Pregunta 4</p> <p>¿Sus comidas son en horarios establecidos y en horarios respectivos?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desayuno 06H00 - 08H00 • Almuerzo 12H00 - 14H00 • Entre comidas 10H00 - 11H00 • Cena 19H00 - 20H00 • En todos los horarios respectivos
			<p>Pregunta 5</p> <p>¿Consume usted una cantidad adecuada de:</p> <p>frutas: (manzana, banano, naranja, uvas, piña, papaya); verduras: (brócoli, lechuga, pepinillo, hojas verdes y más) diariamente?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días • Una vez a la semana • Tres veces a la semana • Ninguna en la semana

		Estrés	<p>Pregunta 6</p> <p>¿Los alimentos que usted consume los realiza en los lugares como: casa, restaurante, calle y cuantas veces?</p> <p>Pregunta 7</p> <p>¿Qué tipo de alimentos consume con más frecuencia?</p> <p>Pregunta 8</p> <p>¿Se siente usted emocionalmente agotada/o por su trabajo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los días de la semana en la casa. • Todos los días de la semana en el restaurante. • Tres días a la semana en casa. • Tres días a la en restaurante. • Solo el fin de semana en el restaurante. • Comida chatarra • Comida de restaurante • Comida de casa • Comida saludable • Si • No
--	--	--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		Tabaquismo	<p>Pregunta 9 ¿Se siente con mucha energía en su trabajo?</p> <p>Pregunta 10 ¿Siente que trabajar en contacto directo con la gente le cansa?</p> <p>Pregunta 11 ¿La relación con sus compañeros de trabajo es saludable?</p> <p>Pregunta 12 ¿Actualmente fuma algún tipo de tabaco (cigarrillo, pipa o puro)?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Empieza agotada física y mentalmente a realizar sus actividades laborales • Después del tiempo laboral se siente agotada física y mentalmente • Siempre tiene ánimos de trabajar • Si • No • Muy buena • Buena • Conflictiva • 1 o 2 veces al día • 3 a 5 veces al día • Más de 5 veces al día
--	--	------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		Alcoholismo	Pregunta 13 ¿Actualmente consume algún tipo de bebida alcohólica (vino, aguardiente, whisky, etc.)?	<ul style="list-style-type: none"> • No fuma • Una o dos veces a la semana • Tres veces a la semana • Una vez al mes • Solo en fiestas de compromiso • Rara vez • No toma
		Índice de Masa Corporal	Peso, Talla. Según Índice de Masa Corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Peso bajo • Peso normal • Sobrepeso • Obesidad tipo I • Obesidad tipo II • Obesidad tipo III
		Presión arterial	Presión sistólica Presión diastólica	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Elevada • Hipertensión: <ul style="list-style-type: none"> ○ Estadio 1 ○ Estadio 2

3.6. Métodos de recolección de información

3.6.1. Encuesta

Se aplicó como método de recolección de la información la encuesta.

Instrumento: Se tomó como referencia para la construcción del cuestionario el instrumento validado y establecido por la Organización Mundial de la Salud, traducido en inglés y español, para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas; denominado STEPS, software de base de datos, que consta de 106 preguntas dividido en 4 secciones, las mismas que para la investigación solo se tomaron las siguientes secciones; Sección 1: información demográfica; Sección 2: medición de comportamiento; Consumo de tabaco, consumo de alcohol, dieta, actividad física, antecedentes de tensión arterial elevada, antecedentes de diabetes; Sección 3: medidas físicas; Estatura y peso, tensión arterial (46).

El cuestionario para mi investigación consta de 16 preguntas abiertas y cerradas.

3.7. Análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento de investigación, se procedió a la tabulación de la información en una base de datos elaborada en el programa SPSS, para luego realizar la evidencia de resultados mediante tablas y gráficos que permitan detallar los resultados y facilitar de esa forma el análisis.

CAPÍTULO IV

4.1. Resultados de la investigación y análisis

Resultados de la investigación tomo en cuenta algunos factores de riesgo asociados al sedentarismo en el Profesional de Enfermería que labora en el Hospital San Vicente de Paúl, 2018 en la provincia de Imbabura, obteniéndose los siguientes resultados.

Tabla 1.

Caracterización sociodemográficas

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Edad	20 a 39 años	27	41,6%
	40 a 64 años	38	58,4%
Sexo	Femenino	62	95,4%
	Masculino	3	4,6%
Estado Civil	Casada	36	55,4%
	Divorciada	10	15,4%
	Soltera	7	10,8%
	Unión Libre	8	12,3%
	Viuda	4	4%
Nivel de Instrucción	Tercer Nivel	57	85,1%
	Cuarto Nivel	8	11,9%
Etnia	Mestiza	57	87,7%
	Afrodescendiente	8	12,3%
Servicio al que pertenece	Centro Obstétrico	15	23,1%
	Cirugía	6	9,2%
	Emergencia	18	27,7%
	Ginecología	3	4,6%
	Medicina Interna	13	20,0%
	Pediatra	3	4,6%
	Quirófano	4	6,2%
	Terapia Intensiva	2	3,1%
	Traumatología	1	1,5%

De la caracterización sociodemográfica de los profesionales de salud que trabajan en el Hospital San Vicente de Paúl la edad esta entre 40 a 64 años de edad 58,4% son adultos; seguido de edades comprendidas entre 20 a 39 años de edad con el 41,6% de adultos jóvenes, en cuanto al sexo se evidencia que la profesión de enfermería sigue siendo una profesión femenina con el 95,4% y el masculino con el 4,6% , en cuanto al estado civil en su mayoría 55,4% son casadas, su nivel de educación; la mayoría el 85,1% tiene título de tercer nivel seguido del 11,9% tiene cuarto nivel, se encuentran distribuidos en los diferentes servicios en el de emergencia el 27,7%, centro obstétrico 23,1%, en medicina interna el 20% y en los demás servicios porcentajes casi similares 6, 4, 3 %.

Sustentando los resultados encontrados con el estudio realizado por María Guadalupe Aldrete Rodríguez en el año 2015 sobre: factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud, laboraban 21 servicios de la unidad de atención, el 88% eran de sexo femenino, con un rango de edad de 28 a los 65 años encontrando una similitud que la mayoría de las profesionales de enfermería son de sexo femenino (47).

Tabla 2.

Enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas al sedentarismo en los profesionales de enfermería

Enfermedades Crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	6	9%
Obesidad	8	12%
Insuficiencia Cardíaca	1	2%
Hipertensión	11	17%
Ninguna	39	60%
Total	65	100%

En cuanto a las enfermedades crónicas degenerativas el porcentaje mayor es de 17% de profesionales que presentan Hipertensión, seguido del 12% que presentan Obesidad, el 9% Diabetes, el 2% Insuficiencia Cardíaca y el 60% que aparentemente no presentan ninguna enfermedad diagnosticada dentro de las enfermedades crónicas degenerativas.

Estudios como el de Rincón Peña “valoración del riesgo cardiovascular global y prevalencia de síndrome metabólico en trabajadores de la salud del hospital universitario Ramón González Valencia”, el 54% de los profesionales en estudio son hipertensos, encontrando una similitud con los profesionales de enfermería que tienen hipertensión arterial (48).

En un estudio realizado por Dupuy Fidel en el año 2018 señala que; las enfermedades no transmisibles afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las enfermedades no transmisibles se producen entre los 30 y 69 años de edad. Más del 85% de estas muertes prematuras ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las enfermedades no transmisibles, como las dietas no saludables, la inactividad física, la exposición al humo de tabaco o el uso nocivo de alcohol (49).

Tabla 3.*Enfermedades crónicas por servicios*

Servicio	Diabetes		Obesidad		Insuficiencia cardíaca		Hipertensión		Síndrome de burnout		Ninguna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Centro Obstétrico	2	3,1%	1	1,5%	0	0%	4	6,2%	0	0%	5	7,7%
Cirugía	0	0%	2	3,1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Emergencia	1	1,5%	2	3,1%	0	0%	3	4,6%	4	6,2%	8	12,3%
Ginecología	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1,5%	3	4,6%
Medicina Interna	2	3,1%	2	3,1%	0	0%	0	0%	7	10,8%	0	3,1%
Pediatra	0	0%	1	1,5%	0	0%	0	0%	2	3,1%	5	7,7%
Quirófano	0	0%	0	0%	0	0%	4	6,2%	1	1,5%	0	0%
Terapia Intensiva	1	1,5%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Traumatología	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1,5%	2	3,1%
Total	6	9,2%	8	12,3%	1	1%	11	17%	16	24,6%	23	36,5%

N: 65

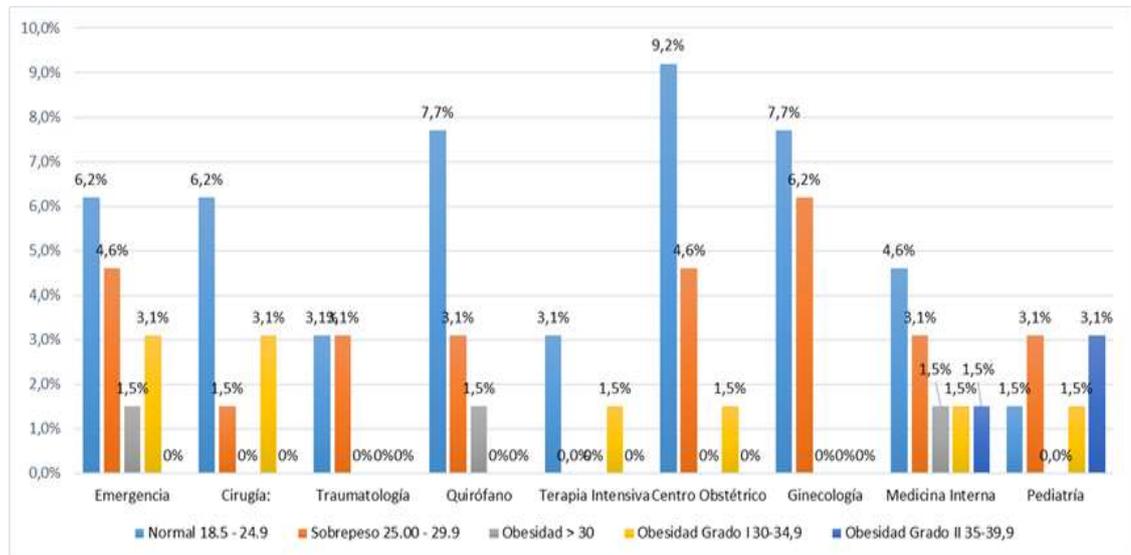
En las variables que se relacionan enfermedades crónicas por servicios, el 24,6% de las profesionales presentan estrés laboral, con mayor porcentaje el servicio de emergencia; el 17% tienen hipertensión arterial, con similares porcentajes en el servicio de centro obstétrico y quirófano; el 12,3% están con obesidad con iguales porcentajes en cirugía, emergencia y medicina interna; 9,2% tienen diabetes con similares valores en centro obstétrico y medicina interna; el 1% presenta insuficiencia cardíaca en el servicio de terapia intensiva y el 36,5% de las enfermeras que aparentemente no presentan ninguna enfermedad.

En un estudio realizado por Edison Rivas, en el año 2018 sobre: Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales; de 26% a 50% se presenta con un nivel leve, de 51 a 75% se presenta con un nivel moderado y de 76% a 100% con un nivel fuerte o profundo; por lo que la dimensión cansancio emocional con una media de 2.27 (56%), encontrando una similitud con los profesionales que padecen el síndrome de burnout (50).

En un estudio realizado por Jose Pricen, 2017 señala que el diagnóstico de la hipertensión se hace en base a la toma de las cifras superiores o iguales a 140 mm de Hg de Presión Arterial Sistólica (PAS) y cifras superiores o iguales a 90 mm Hg de Presión Arterial Diastólica (PAD). Este límite inferior es aceptado, de manera generalizada, como el punto de partida del cual se incrementa, de manera significativa, la morbilidad y mortalidad relacionadas con esta enfermedad (51).

Gráfico 1.

Índice de masa corporal por servicios



N: 65

Al relacionar las variables del lugar donde se desarrollan sus actividades en los siguientes servicios con el índice de masa corporal encontramos que en el servicio de ginecología el 6,2% de las profesionales tienen sobrepeso, en los servicios de emergencia y centro obstétrico presenta el 4,6% tienen sobrepeso, seguido del 3,1% de iguales valores en los servicios de pediatría, medicina interna, quirófano y traumatología; encontramos obesidad grado I con similares valores 3,1% en emergencia, cirugía y con valores de 1,5% en los servicios de terapia intensiva, centro obstétrico, medicina interna y pediatría; y obesidad grado II en el servicio de pediatría con el 3,1%; y en el servicio de medicina interna 1,5%.

En un estudio realizado por Grisel Barrios en el año 2013 sobre: el estado de salud del personal de enfermería a cargo del programa preventivo “5 pasos por tu salud”, en la muestra 30,60% presenta sobrepeso y 52,17% algún tipo de obesidad. Del total, 86,93% son mujeres y de ellas 40,63% tiene sobrepeso y 57,5% obesidad, a diferencia de los varones con 14,29% y 7,14% respectivamente, encontrando una similitud con las profesionales que tienen sobrepeso y obesidad (52).

Tabla 4.*Enfermedades crónicas por actividad física*

Enfermedades crónicas degenerativas	Subir escalones		Realizar sus actividades de pie		Movilizar y trasladar pacientes		Caminar		Bicicleta		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Obesidad	2	3,1%	3	4,6%	2	3,1%	1	1,5%	0	0%	8	12,3%
Diabetes	1	1,5%	2	3,1%	2	3,1%	1	1,5%	0	0%	6	9,2%
Hipertensión arterial	2	3,1%	4	6,2%	3	4,6%	1	1,5%	1	1,5%	11	16,9%
Insuficiencia cardiaca	0	0%	0	0%	1	1,5%	0	0%	0	0%	1	1,5%
Síndrome de burnout	2	3,1%	7	10,8%	6	9,2%	1	1,5%	0	0%	16	24,6%
Ninguna	4	6,2%	6	9,2%	3	4,6%	2	3,1%	8	12,3%	23	35,3%

N: 65

En las variables que se relacionan sobre: enfermedades crónicas por actividades laborales y actividad física; las profesionales con alto porcentaje que tienen estrés del 24,6% el 23,1% realiza actividades laborales y el 1,5% realiza actividad física; del 16,9% de las enfermeras que tienen hipertensión el 13,9% realiza actividades laborales y el 3% realiza actividades físicas, del 12,3% de las profesionales que tienen obesidad el 10,8% realizan actividades laborales y el 1,5% realiza actividad física; del 9,2% de las enfermeras que tienen diabetes, el 7,7% realizan actividades laborales y el 1,5% realiza actividad física; el 1,5% que tiene insuficiencia cardíaca, realiza en mismo porcentaje actividad laboral; y del 35,3% de las profesionales que aparentemente no tienen ninguna enfermedad crónica el 20% realizan actividades laborales y el 15,4% realizan actividades físicas.

En un estudio realizado por Consuelo Villafuente en el año 2018, sobre: Actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el cuestionario mundial sobre la actividad física (GPAQ), se muestra que los hombres tienen actividad física intensa en el trabajo (9.41 ± 38.80), y las mujeres de forma moderada (194.39 ± 705.14). Actividad física en el tiempo libre, en los hombres es intensa (743.52 ± 1668.47) mientras que en las mujeres es moderada (101.86 ± 256.80), encontrando una similitud con las profesionales que no realizan actividad física (53).

Tabla 5.*El sedentarismo en el profesional de enfermería*

Realiza actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Realiza algún tipo de actividad física	32	49%
No realiza actividad física	33	51%
Total	65	100%

Los resultados demuestran que los profesionales de enfermería son sedentarios del 100%, el 51% no realizan actividad física, el 49% realiza algún tipo de actividad física. En un estudio realizado por María del Pilar Escobar en el año 2017 sobre: cambios en el autocuidado de estudiantes colombianos de enfermería, durante la formación profesional; las practicas interrumpidas con frecuencia y abandonadas, fueron la actividad física en el 76,2% de los participantes y la recreación, y tiempo de ocio por el 65,s, fueron la actividad física en el 76,2% de los participantes y la recreación, y tiempo de ocio por el 65,2%; encontrando una similitud con la investigación que la mayoría de profesionales de la salud no realizan actividad física (54).

Otros factores de riesgo asociados al sedentarismo:

Tabla 6.

Consumo de alimentos en los Horarios establecido y fuera de los mismos

Consumo de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Desayuno 06H00 - 08H00	7	11%
Almuerzo 12H00 - 14H00	9	14%
Entre comidas 10H00 - 11H00	3	5%
Cena 19H00 - 20H00	10	15%
Todos los horarios establecidos	36	55%
Total	65	100%

Los resultados de la investigación acerca de alimentación en horarios establecidos y respectivos, la mayoría de las profesionales en estudio se alimentan en todos los horarios respectivos y establecidos con 55%, seguido de las profesionales que se alimentan en horarios de cena de 19H00 a 20H00 con 15%, las profesionales que se alimentan en horarios de almuerzo de 12H00 a 14H00 con 14%, las profesionales que se alimentan en horarios de desayuno de 06H00 a 8H00 con 11% y en menor cantidad las profesionales que se alimentan en horarios de entre comidas 10H00 a 11H00 con 5%.

En un estudio realizado por Freddy Rodriguez en el año 2017 señala que; es muy importante tener horarios de alimentación establecidos e idealmente se busca que entre una comida y otra no pasen más de 4 horas. Esto incluye en que la persona va a tener una fuente de energía gracias a su alimentación y la idea es que toda esta alimentación se distribuya en pequeñas comidas que vayan acelerando el metabolismo de las personas (55).

Tabla 7.

Cantidad consumida de frutas y verduras

Frutas y verduras	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días	22	34%
Una vez a la semana	14	22%
Tres veces a la semana	27	41%
Ninguna vez en la semana	2	3%
Total	65	100%

Los resultados de la investigación acerca del consumo adecuado de frutas y verduras, la mayoría de las profesionales en estudio consumen tres veces a la semana con 41%, seguido de las profesionales que consumen todos los días con 34%, las profesionales que consumen una vez a la semana con 22% y en valores menores las profesionales que no consumen ninguna vez en la semana con 3%.

En un estudio realizado por Roció Cruz en el año 2017 señala que; llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos. Comer al menos 400 gramos, o cinco porciones de frutas y verduras al día reducen el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles y ayuda a garantizar una ingesta diaria suficiente de fibra dietética que va a contribuir en la digestión de cada persona (56).

Tabla 8.

Profesionales que consumen alimentos preparados en la casa y otros en el restaurante.

Alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Todos los días de la semana en la casa	20	31%
Todos los días de la semana en el restaurante	13	20%
Tres días a la semana en casa	12	19%
Tres días de la semana en el restaurante	10	15%
Solo el fin de semana en el restaurante	10	15%
Total	65	100%

Según los resultados las profesionales consumen los alimentos en restaurantes más que las comidas en casa, contribuyendo a otro factor de riesgo para la salud por la forma como se preparan los alimentos en los restaurantes; la mayoría de las profesionales consumen sus alimentos todos los días de la semana en la casa con 31%, seguidos de las profesionales que consumen tres días de la semana en el restaurante con 15%, las profesionales que se alimenta todos los días de la semana en el restaurante con 20%, las profesionales que consumen los alimentos tres días de la semana en la casa con el 19% y en valores menores las profesionales que solo fin de semana se alimentan en el restaurante con 15% .

En un estudio realizado por Rinat Ratner año 2017 sobre: propuesta de un nuevo índice de calidad global de la alimentación; el 55,3% necesitaba cambios de alimentación y un 35,4% tenía alimentación poco saludable, encontrando una similitud con las profesionales que se alimentan en restaurantes con alimentos poco saludables (57).

En un estudio realizado por Miguel Malo en el año 2017 señala que; una dieta saludable ayuda a protegernos de la malnutrición en todas sus formas, así como de las enfermedades no transmisibles, entre ellas la diabetes, las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimenticios que pueda tener cada individuo en cada una de sus etapas (58).

Tabla 9.

Alimentos consumidos con más frecuencia

Tipos de alimentos	Frecuencia	Porcentaje
Comida chatarra	2	3%
Comida de restaurante	31	48%
Comida de casa	18	28%
Comida saludable	14	21%
Total	65	100%

Los resultados de la investigación acerca de que tipos de alimentos consume con más frecuencia, la mayoría de las profesionales consumen alimentos preparados en restaurantes con 48%, seguido de las profesionales que consumen alimentos preparados en casa con 28%, las profesionales que consumen alimentos saludables con 21% y en valores menores las profesionales que se alimentan de comida chatarra con 3%.

En un estudio realizado por Fanny Peterman en el año 2018 señala que; la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad (59).

Tabla 10.

Carga laboral diaria

Horas de trabajo	Frecuencia	Porcentaje
8 Horas	9	14%
12 Horas	15	23%
Turnos establecidos del servicio	41	63%
Total	65	100%

Los resultados de la investigación acerca de la carga laboral diaria, muestran que la mayoría de las profesionales en estudio trabajan en turnos establecidos por el servicio con 63%, seguido de las profesionales que trabajan en horarios de doce horas de carga laboral con 23% y en valores menores las profesionales que trabajan en horarios de ocho horas de carga laboral diaria con 14%.

En un estudio realizado por María Aldrete en el año 2015 sobre: factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud el 41.4% trabajan en el turno matutino encontrando una similitud en la mayoría de profesionales de enfermería que laboran en turnos establecidos por el servicio (60).

Tabla 11.

Agotamiento emocional por trabajo

Agotamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	25%
No	49	75%
Total	65	100%

Los resultados de la investigación acerca de si se siente emocionalmente agotado/a por el trabajo, la mayoría de las profesionales en estudio no se sienten agotadas con 75%, seguido de las profesionales que si se sienten agotadas por el trabajo con 25%.

En un estudio realizado por Pedro Monte en el año 2003 señala que; a lo largo de los años el síndrome de quemarse por el trabajo ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales de las organizaciones de servicios (médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc.) que trabajan en contacto directo con los usuarios de tales organizaciones (pacientes, alumnos, presos, indigentes, etc.) (61).

Tabla 12.

Energía para trabajar

Presencia o ausencia de energía	Frecuencia	Porcentaje
Empieza agotada física y mentalmente a realizar sus actividades laborales	3	5%
Después del tiempo laboral se siente agotada física y mentalmente	23	35%
Siempre tiene ánimos de trabajar	39	60%
Total	65	100%

Los resultados de la investigación acerca de si se siente con energía para trabajo, la mayoría de las profesionales en estudio que siempre tienen ánimos para trabajar con 60%, seguido de las profesionales que después del tiempo laboral se sienten agotadas física y mentalmente con 35% y en valores menores las profesionales que empiezan agotadas física y mentalmente a realizar sus actividades laborales con 5%.

En un estudio realizado por Donato Gherardi en el año 2016 señala que; en el ambiente hospitalario, diferentes y complementarios factores de estrés han sido evidenciados en el trabajo de enfermería. De acuerdo al número reducido de profesionales; el exceso de actividades; la dificultad para la delimitación de papeles entre los profesionales que componen el equipo (enfermeros, técnicos y auxiliares); la complejidad de las relaciones interpersonales; la responsabilidad para con los clientes; las restricciones organizativas propias del sistema hospitalario; el estancamiento y la desvalorización de salarios; el mantenimiento de múltiples empleos; el cumplimiento de largas y agotadoras jornadas de trabajo (62).

Tabla 13.*Trabajo, relación entre compañeros, tabaquismo y alcoholismo.*

Variables		Frecuencia	Porcentaje
Siente que trabajar en contacto directo con la gente le cansa	No	65	100,0%
	Buena	64	98,5%
La relación con sus compañeros de trabajo es saludable	Muy buena	1	1,5%
	1 o 2 veces al día	20	30,8%
Actualmente fuma algún tipo de tabaco y cuantos veces	3 a 5 veces al día	12	18,4%
	Ninguna	33	50,8%
	Ninguna	32	49,2%
Actualmente consume algún tipo de bebida alcohólica y cuantas veces	Rara vez	29	44,6%
	Solo en fiestas de compromiso	4	6,2%

En las variables que se relacionan con los factores de riesgo relacionados con el trabajo, relación con los compañeros, hábitos nocivos de tabaco y alcohol el 100% tiene buena actitud de trabajo en contacto con la gente, el 98,5% considera tener una buena relación con sus compañeros, en cuanto a consumo de tabaco el 50,8% no fuma, el 30,8% fuma 1,2 cigarrillos diarios; el 18,4% fuma de 3 a 5 cigarrillos al día; en cuanto al consumo de alcohol el 49,2% no consume; el 44,6% rara vez y el 6,2% consume bebidas alcohólicas en fiestas de compromiso social.

En un estudio realizado por Helen Marín en el año 2017 sobre: motivación y satisfacción laboral del personal de una organización de salud del sector privado; el puntaje promedio más alto es “la relación con mis compañeros es cordial” que obtuvo el 4,38%, encontrando una similitud con las profesionales de enfermería que tienen buena relación entre compañeros de trabajo (63).

En un estudio realizado por Guillermo Cañadas en el año 2016 sobre: síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizaban jornada física complementaria

en servicios de cuidados críticos y urgencias el 61% de las enfermeras no presentan niveles de estrés emocional frente a los pacientes que atienden diariamente encontrando una similitud en las profesionales de enfermería que sienten que trabajar en contacto directo con la gente le cansa (64).

En un estudio realizado por Martha Lopera en el año 2016 señala que; las enfermeras tienen múltiples interacciones: con las auxiliares, las colegas, los pacientes y su familia, los médicos, el personal de aseo, los camilleros y los vigilantes. Estas relaciones se convierten en carga cuando se vuelven complicadas como en el caso del personal que llega de otras partes y desconoce el funcionamiento del servicio; cuando los médicos y especialistas son distantes y en algunos casos ni siquiera hay interacción. La carga se siente también en los momentos de conflicto, cuando otras personas se enojan con las enfermeras, como el personal de las unidades de apoyo los médicos y la familia (65).

Tabla 14.*Actividad física por tiempo*

Variables		30 minutos		50 minutos		150 minutos		No realiza actividad física	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actividad física	Bicicleta	5	7,7%	0	0%	0	0%	19	29,9%
	Caminar	2	3,1%	1	1,5%	1	1,5%	4	6,2%
	Ninguna actividad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Actividad laboral	Subir escalones	2	3%	1	1,5%	3	5%	0	0%
	Realiza sus actividades de pie	0	0%	1	1,5%	1	1,5%	2	3,1%
	Moviliza y traslada pacientes	10	15,4%	5	7,7%	1	1,5%	7	10,8%
	Ninguna actividad	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

N: 65

En las variables que se relacionan actividad física y actividad laboral por tiempo de actividad física; 10,8% de los profesionales de enfermería realiza actividad física en tiempos libres, 30 minutos y en porcentajes similares el 1,5% las enfermeras que realizan 50 y 150 minutos de actividad física en tiempos libres, seguido de las profesionales que realizan actividades laborales el 24,6% moviliza y traslada pacientes, el 3% realiza sus actividades de pie y el 50,7% las profesionales que no realiza ningún tipo de actividad física.

En un estudio realizado por Consuelo Villafuentes en el año 2018 sobre: actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el cuestionario mundial sobre la actividad física (GPAQ) señala que en general las actividades del personal de salud son sedentarias, aunado a factores genéticos subyacentes y a la influencia del medio ambiente, la alta prevalencia de obesidad se debe a la falta de actividad física necesaria para mantener el equilibrio con el gasto calórico energético, encontrando una similitud con las profesionales enfermeras que son sedentarias (66).

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Se concluye que los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital San Vicente de Paúl, en su mayoría son mujeres, con edad comprendida entre 40 a 64 años, con tercer nivel de instrucción; de las cuales se auto identifican como mestizas y son de estado civil casadas. Sus actividades laborales las realizan en los diferentes servicios hospitalarios, con mayor presencia en emergencia, centro obstétrico y medicina interna.
- En lo que respecta a enfermedades crónicas no transmisibles se encontró que el 40% de profesionales enfermeras tienen patologías como: Hipertensión Arterial, Obesidad, Diabetes, Insuficiencia Cardíaca, que se encuentran relacionadas directamente con el sedentarismo como factor de riesgo.
- Como otros factores de riesgo asociados para las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentran el consumo de alimentos fuera de la casa, la carga horaria, el consumo de tabaco, alcohol, sobrepeso, inactividad física, sexo femenino, edad, comportamiento sedentario.

5.2. Recomendaciones

- A los representantes de la institución, a través de la unidad de salud ocupacional se realice el seguimiento y control adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles de las profesionales de enfermería, con la finalidad de evitar complicaciones y mejorar su calidad de vida.
- A las autoridades del hospital incorporar estrategias para organizar adecuadamente sus tareas laborales, proveer de materiales e insumos para el desarrollo de sus tareas, así como desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades para el personal de salud, que pueda disminuir el estrés laboral, y adoptar hábitos de vida saludable.
- Disminuir los factores de riesgo mediante; reducción de peso, moderación en el consumo de alcohol, dieta saludable, restricción del consumo de sal y realizar actividad física moderada o vigorosa, 150 minutos en la semana divididos en tres días.

Bibliografía

1. Bravo Carrasco VP, Espinoza Bustos JR. Sedentarismo en la Actividad de Conducción. Ciencia y Trabajo. 2017 abril; vol.19(58).
2. Góngora A, Gallardo Vigil M. Estilos de vida y sedentarismo. EDUCACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA, SALUD Y EMPRESA. 2018 Junio.
3. Morales J, Matta H, Fuentes Rivera J. Exceso de peso y riesgo cardiometabólico en docentes de la Universidad de Lima: oportunidad para construir entornos saludables. Educacion Médica. 2017 Agosto.
4. Pérez Cordova S. OMS: actividad física en Latinoamérica no alcanza para una buena salud. La Red 21. 2018 Septiembre.
5. Altamirano Cordero LC, Vásquez M, Cordero G. Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca - Ecuador. Avances en biomedicina. 2017 Enero.
6. Actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el Cuestionario Mundial sobre Actividad Física (GPAQ). Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018 Junio .
7. Nanguce López , Ceballo León P. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la clínica de medicina familiar casa blanca del ISSSTE. Salud Pública. 2015 Mayo; 14(2).
8. Lima da Silva L, Pereira Lima R. El estrés y otros factores de riesgo entre profesionales militares de enfermería. Pesquisa cuidado fundamental online. 2016 Marzo.
9. Romero , Muñoz H. Síndrome de burnout en personal de enfermería de un hospital de referencia Ingué, Colombia, 2014. Electrónica trimestral de enfermería. 2014 Enero;(41).
10. Sotomayor Mosquera PR, Sosa Bolaños DI. Diagnóstico del nivel de actividad física y el sedentarismo en Sangolquí: estudio por rango etario. Cubana de investigaciones biométricas. 2017 Septiembre; 36(3).

11. Ramírez Jiménez V, Linares Girela D, Benarroch Benarroch A. Educación para la salud, prevención y gestión de recursos. Educación, actividad física, salud y empresa. 2018 Mayo.
12. Vidarte Claros J, Vélez Álvarez C, Parra Sánchez J. Niveles de sedentarismo en población de 18 a 60 años. Manizales, Colombia. Salud Pública. 2012 Junio; 14(3).
13. Moreno Bayona J. Niveles de sedentarismo en estudiantes universitarios de pregrado en Colombia. Cubana salud pública. 2018 Julio.
14. Santana López S, Perdomo Hernández dC, Oramas Marrero A. Factores de riesgo cardiovasculares y turno de trabajo en una población laboral. Cubana de salud y trabajo. 2016 Abril.
15. Leiva AM, Martínez MA, Peterman F. Factores asociados al desarrollo de diabetes mellitus tipo 2 en Chile. Nutrición hospitalaria. 2017 Octubre.
16. Maíz A. Consecuencias patológicas de la obesidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. Ciencias médicas. 1997; 26(1).
17. Aparco JP, Bautista Olórtegui WB, Astete Robilliard L. Evaluación del estado nutricional, patrones de consumo alimentario y de actividad física en escolares del Cercado de Lima. Peruana de medicina experimental y salud pública. 2016 Diciembre; 33(4).
18. Parro Moreno A, Pérez I, Abaira V. Control de la diabetes mellitus en una población adulta según las características del personal de enfermería de atención primaria de la comunidad de Madrid. Española de Salud Pública. 2017 Marzo.
19. Arruza J, Gil del Montes. Repercusiones de la duración de la actividad físico deportiva sobre el bienestar psicológico. Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 2008 Mayo; 8(30).
20. Nánguice López M, Ceballo León P. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud de la clínica de medicina familiar casa blanca de ISSSTE. Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2015 Agosto; 14(2).

21. Torres F, Rojas A. Obesidad y salud pública en México: transformación del patrón hegemónico de oferta-demanda de alimentos. *Problemas de desarrollo*. 2018 Febrero.
22. Banegas J, Rodríguez F, Guallar Castellón P. Situación epidemiológica de la insuficiencia cardíaca en España. *Revista española de cardiología*. 2006 Junio; 6.
23. Llorens Soriano P, Escoda , Miró Andreu Ó. Características clínicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes con insuficiencia cardíaca aguda atendidos en servicios de urgencias españoles. *Sociedad española de medicina de urgencias y emergencias*. 2015 Febrero; 27(1).
24. Pérez Caballero M, León Álvarez J, Dueñas Herrera A. Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Revista cubana de medicina*. 2017 Diciembre; 56(4).
25. Marín GH, Rivadulla P, Risso P. Hipertensión arterial: estrategias para incrementar la continuidad de los tratamientos y reducir las internaciones asociadas a la enfermedad. *Facultad de ciencias médicas*. 2016 Diciembre; 6(4).
26. Zubeldia Laurica L, Quilles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J. Prevalencia de hipertensión arterial y sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. *Esoañola de salud pública*. 2017 Marzo.
27. Atena Arteaga R, Junes Gonzalez W, Navarrete Saravia A. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de salud. *Médica panacea*. 2014 Agosto.
28. Morales L, Hidalgo Murillo F. Síndrome de Burnout. *Nacionales en Costa Rica*. 2015 Marzo; 32(1).
29. Gil Monte P. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*. 2003 Septiembre; 19(2).
30. Gilbert A, Sánchez Cañas PM, Otañez Reyes AS. Actividades físico-recreativas y fútbol recreativo: efectos. *Cubana de investigaciones biomédicas*. 2017 Diciembre.
31. Varo JJ, Martínez Gonzalez MÁ. Los retos actuales de la investigación en actividad física y sedentarismo. *Española de cardiología*. 2007 Marzo; 60(3).

32. Gómez López M, Ruiz F, García Montes E. Razones que influyen en la inactividad físico-deportiva en la Educación. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación. 1996 Mayo;(14).
33. Dégano I, Elosua R, Marrugat J. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Española de cardiología. 2013 Junio; 66(6).
34. Crespo Salgado JJ, Delgado Martín J, Blanco Iglesias O. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física y atención primaria. Atención primaria. 2015 Marzo; 47(3).
35. Elosua R. Actividad física. Un eficiente y olvidado elemento de la prevención cardiovascular, desde la infancia hasta la vejez. Revista española de cardiología. 2005 Agosto; 58(8).
36. Matsudo S. Actividad física pasaporte para la salud. Médica clínica. 2012.
37. Córdoba AD, Carmona González M, Terán Varela E. Relación del estilo de vida y estado de nutrición en estudiantes universitarios: estudio descriptivo de corte transversal. Biomédica. 2013 Noviembre.
38. Vargas Toloza E, Ordoñez Pabón E, Montalvo Miranda E. Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes postinfarto de miocardio. Ciencia y cuidado. 2008 Diciembre; 5(1).
39. Arocha Pérez JL, Castellón Pérez dIC. Intervención educativa sobre estilos de vida saludables en adultos mayores con factores de riesgo coronario mayores. Convención internacional de salud. 2018.
40. Durán S, Crovetto M, Espinoza V. Caracterización del estado nutricional, hábitos alimentarios y estilos de vida de estudiantes universitarios chilenos: estudio multicéntrico. Médica de Chile. 2017 Noviembre; 145(11).
41. Pérez López IJ, Rivera García E, Delgado Fernández M. Mejora de hábitos de vida saludables en alumnos universitarios mediante. Nutrición hospitalaria. 2017 Noviembre.

42. Prado Solar LA, González Reguera. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Médica electrónica. 2014 Noviembre; 36(6).
43. Canales Cerón M. Metodologías de investigación social. Primera ed. Canales M, editor. Santiago de Chile: LOM Concha y Toro 23, Santiago; 2006.
44. Fernández González L, Calvete E. Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. Intervencion psicosocial. 2017 Abril; 26(1).
45. Rajmil L, Bel J. Intervenciones clínicas en sobrepeso y obesidad: revisión sistemática de la literatura 2009-2014. Anales de la Pediatría. 2017 Abril; 86(4).
46. Salud OMdl. El método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas Ginebra ; 2006.
47. Maria Aldrete CNMCJP. Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Ciencia y trabajo. 2015 Enero; 50(4).
48. Peña , Sveins O. Valoración del riesgo cardiovascular global y prevalencia de síndrome metabólico en trabajadores de la salud del Hospital Universitario Ramón González Valencia. BVS Ecuador. 2004 Diciembre.
49. Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Electrónica de las ciencias médicas en cienfuegos. 2018 Abril.
50. Rivas E, Barraza Macías A. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería y su relación con cuatro variables laborales. Enfermería universitaria. 2018 Junio; 15(2).
51. Prince J, Salabet I. La hipertensión: un problema de salud internacional. Médica electrónica. 2017; 39(4).
52. Barrios Rodríguez G, Contreras Landgrave G. El estado de salud del personal de enfermería a cargo del programa preventivo “5 pasos por tu salud”: estudio transversal descriptivo. Revista biomédica por pares. 2013 Junio.

53. Villafuentes Peña C. Actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el cuestionario mundial sobre la actividad física. Revista de enfermería del instituto mexicano del seguro social. 2018 Septiembre.
54. Escobar Potes dP, Mejía Uribe M. Cambios en el cuidado de estudiantes Colombianos de enfermería, durante la formación profesional. Hacia la promoción de la salud. 2017 Abril; 22(1).
55. Rodriguez Torres F, Páez Granja R. Nuevas perspectivas educativas orientadas a la promoción. Educacion médica superior. 2017 Julio.
56. Cruz Thiriat R, Ramírez Vélez R. Etapas de cambio conductual y estado nutricional relacionado al consumo de frutas y verduras en Bogotá, Colombia: Estudio fuprecol. Chilena de nutrición. 2017 Septiembre; 44(4).
57. Retner R, Hernández P. Propuesta de un nuevo índice de calidad global de la alimentación. Chilena de nutrición. 2017 Marzo.
58. Malo M. Perspectivas en la lucha contra la obesidad como problema de salud pública. Peruana de medicina experimental y salud pública. 2017 Marzo.
59. Peterman F, Durán E. Factores asociados al desarrollo de obesidad en Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Médica de Chile. 2018 Junio.
60. María Aldrete CNRGMC. Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Ciencia y trabajo. 2015 Abril.
61. Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Electronica interacao. 2003 Agosto.
62. Donato G. Estrés laboral y estrategias de afrontamiento entre los profesionales de enfermería hospitalaria. Enfermería global. 2016 Octubre.
63. Marín Samanez S, Placencia Medina MD. Motivación y satisfacción laboral del personal de una organización de salud del sector privado. Horizonte médico. 2017 Diciembre.

64. Cañadas G, García L, Inmaculada E. Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. Española salud pública. 2016 Septiembre.
65. Lopera M. El que hacer cotidiano de la enfermera significa soportar la carga. Cuidarte. 2016 Diciembre.
66. Villafuertes Peña. Actividad física y comportamiento sedentario del personal de enfermería con base en el cuestionario mundial sobre la actividad física (GPAQ). Instituto Mexicano de eguro social. 2018 Junio.

ANEXOS

Anexo 1. Registro de peso y talla

Servicio	Peso	Talla	IMC	Bajo Peso < 18.5	Normal 18.5 - 24.9	Sobrepeso 25.00 - 29.9	Obesidad grado I: 30 -34,5	Obesidad Grado II 35- 39,9	Obesidad Grado III > 40
Centro Obstétrico: 1	53 kg	1,63 m	20		1				
2	80 kg	1,55 m	33				1		
3	72 kg	1,53 m	30				1		
4	78 kg	1,53 m	33				1		
5	63 kg	1,47 m	21		1				
6	74 kg	1,63 m	28			1			
7	66 kg	1,65 m	24		1				
8	60 kg	1,50 m	27			1			
9	75 kg	1,71 m	26			1			
10	70 kg	1,7 m	24		1				
11	89 kg	1,63 m	33				1		
12	80 kg	1,58 m	32				1		

13	85 kg	1,84 m	25			1			
14	45 kg	1,50 m	20		1				
15	50 kg	1,60 m	20		1				
Total					6	4	5		
Cirurgia:16	55 kg	1,65 m	20		1				
17	80 kg	1,80 m	24		1				
18	73 kg	1,63 m	27			1			
19	83 kg	1,72 m	28			1			
20	70 kg	1,75 m	23		1				
21	45 kg	1,55 m	19		1				
Total					4	2			
Emergencia: 22	86 kg	1,69 m	30				1		
23	64 kg	1,52 m	28			1			
24	60 kg	1,66 m	22		1				
25	60 kg	1,60 m	23		1				
26	45 kg	1,55 m	19		1				
27	60 kg	1,50 m	27			1			
28	65 kg	1,65 m	24		1				
29	55 kg	1,70 m	19		1				

30	60 kg	1,65 m	22		1				
31	75 kg	1,55 m	32				1		
32	55 kg	1,70 m	19		1				
33	60 kg	1,58 m	24		1				
34	63 kg	1,60 m	24		1				
35	83 kg	1,72 m	28			1			
36	73 kg	1,63 m	27			1			
37	50 kg	1,60m	20		1				
38	70 kg	1,50 m	31				1		
39	50 kg	1,60 m	20		1				
Total					11	4	3		
Ginecología: 40	70 kg	1,70 m	24		1				
41	65 kg	1,50 m	29			1			
42	50 kg	1,60 m	20		1				
Total					2	1			
Medicina Interna: 43	62 kg	1,60 m	24		1				
44	68 kg	1,63 m	26			1			
45	64 kg	1,60 m	25			1			

46	55 kg	1,60 m	22		1				
47	65 kg	1,55 m	27			1			
48	45 kg	1,55 m	19		1				
49	60 kg	1,50 m	27			1			
50	65 KG	1,65 m	24		1				
51	56 kg	1,56 m	23		1				
52	80 kg	1,58 m	32				1		
53	75 kg	1,58 m	30				1		
54	80 kg	1,69 m	28			1			
55	87 kg	1,54 m	37					1	
Total					5	5	2	1	
Pediatría: 56	73 kg	1,70 m	25			1			
57	60 kg	1,65 m	22		1				
58	55 kg	1,60 m	22		1				
Total					2	1			
Quirófano: 59	45 kg	1,55 m	19		1				
60	83 kg	1,54 m	35					1	
61	80 kg	1,58 m	32				1		
62	55 kg	1,48 m	25			1			

Total					1	1	1	1	
Terapia									
Intensiva: 63	73 kg	1,64 m	27			1			
64	75 kg	1,80 m	23		1				
Total					1	1			
Traumatología:									
65	85 kg	1,50 m	38					1	
Subtotal								1	
Total					32	19	11	3	
Porcentaje				0%	49,2%	29,2%	16,9%	4,6%	0%

Para la toma de medidas antropométricas se utilizó una balanza de marca Camry digital calibrada respectivamente y un tallímetro específico con el objetivo de que los valores obtenidos sean homogéneos por cada una de las tomas una vez obtenidos los valores de peso y talla se procedió al cálculo de Índice de Masa Corporal, utilizando el libro principales procedimientos de enfermería, como herramienta la tabla de Quetelet la misma que expresa los resultados obtenidos en clasificación de peso bajo, normal, sobrepeso, obesidad, obesidad grado I, obesidad grado II y obesidad grado III.

La medición de la altura y el peso del cuerpo es una actividad que debe realizarse a cada persona que es hospitalizada o requiera cualquier atención de salud, con el fin de evaluar su estado nutricional.

Clasificación del Índice de Masa Corporal

IMC	Categoría
Bajo peso	< 18,5
Peso normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,5
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad grado III	>40

Fuente: Clasificación de la OMS

Anexo 2. Registro de presión arterial

Servicio	Presión Arterial	Normal: <120-<80	Elevada: 120-129 y <80	Hipertensión Estadio 1: 130-139 y 80-89	Hipertensión Estadio 2: ≥ 140 y ≥ 90
Centro Obstétrico:					
1	120/80 mmHg		1		
2	125/93 mmHg		1		
3	132/91 mmHg				1
4	111/86 mmHg		1		
5	116/79 mmHg	1			
6	92/65 mmHg	1			
7	115/68 mmHg	1			
8	79/58 mmHg	1			
9	73/56 mmHg	1			
10	73/58 mmHg	1			
11	102/88 mmHg		1		
12	130/90 mmHg			1	
13	125/83 mmHg		1		
14	117/70 mmHg	1			
15	110/60 mmHg	1			
Total		8	5	1	1
Cirugía: 16	120/80 mmHg		1		
17	90/80 mmHg	1			
18	120/80 mmHg		1		
19	115/68 mmHg	1			
20	121/82 mmHg		1		
21	110/70 mmHg	1			
Total		3	3		
Emergencia: 22	118/73 mmHg	1			
23	111/72 mmHg	1			
24	111/68 mmHg	1			
25	90/60 mmHg	1			
26	110/70 mmHg	1			

27	121/85 mmHg		1		
28	110/68 mmHg	1			
29	100/60 mmHg	1			
30	100/70 mmHg	1			
31	90/68 mmHg	1			
32	100/80mmHg	1			
33	98/63 mmHg	1			
34	110/62 mmHg	1			
35	100/73 mmHg	1			
36	98/76 mmHg	1			
37	122/83 mmHg		1		
38	130/80 mmHg			1	
39	132/85 mmHg			1	
Total		14	2	2	
Ginecología: 40	120/80 mmHg		1		
41	132/82 mmHg			1	
42	130/80 mmHg			1	
Total			1	2	
Medicina Interna:					
43	120/79 mmHg	1			
44	123/83 mmHg		1		
45	106/83 mmHg		1		
46	90/60 mmHg	1			
47	125/82mmHg		1		
48	100/68 mmHg	1			
49	98/62 mmHg	1			
50	125/86 mmHg		1		
51	120/80 mmHg		1		
52	100/71 mmHg	1			
53	140/92 mmHg				1
54	120/85 mmHg		1		
55	115/72 mmHg	1			
Total		6	6		1

Pediatría: 56	107/62 mmHg	1			
57	100/60 mmHg	1			
58	123/83 mmHg		1		
Total		2	1		
Quirófano: 59	90/65 mmHg	1			
60	118/80 mmHg		1		
61	121/76 mmHg		1		
62	112/69 mmHg	1			
Total		2	2		
Terapia Intensiva:					
63	110/73 mmHg	1			
64	120/82 mmHg		1		
Total		1	1		
Traumatología:65	122/85 mmHg		1		
Subtotal			1		
Total		36	22	5	2
Porcentaje		55%	34%	8%	3%

Para el registro de presión arterial se utilizó un tensiómetro digital de marca Panasonic, previamente calibrado con el objetivo de que los valores obtenidos sean homogéneos por cada una de las tomas, una vez obtenidos los valores de presión arterial se procedió al análisis de cada registro tomando como referencia la guía de la sociedad española de cardiología.

Clasificación de la presión arterial

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Elevada	120-129	< 80
Hipertensión estadio 1	130-139	80-89
Hipertensión estadio 2	≥ 140	≥ 90

Fuente: Sociedad Española de hipertensión, 2018.

Anexo 3. Galería fotográfica



Aplicación de encuestas

Servicio: Medicina Interna



Aplicación de encuesta

Servicio: Pediatría



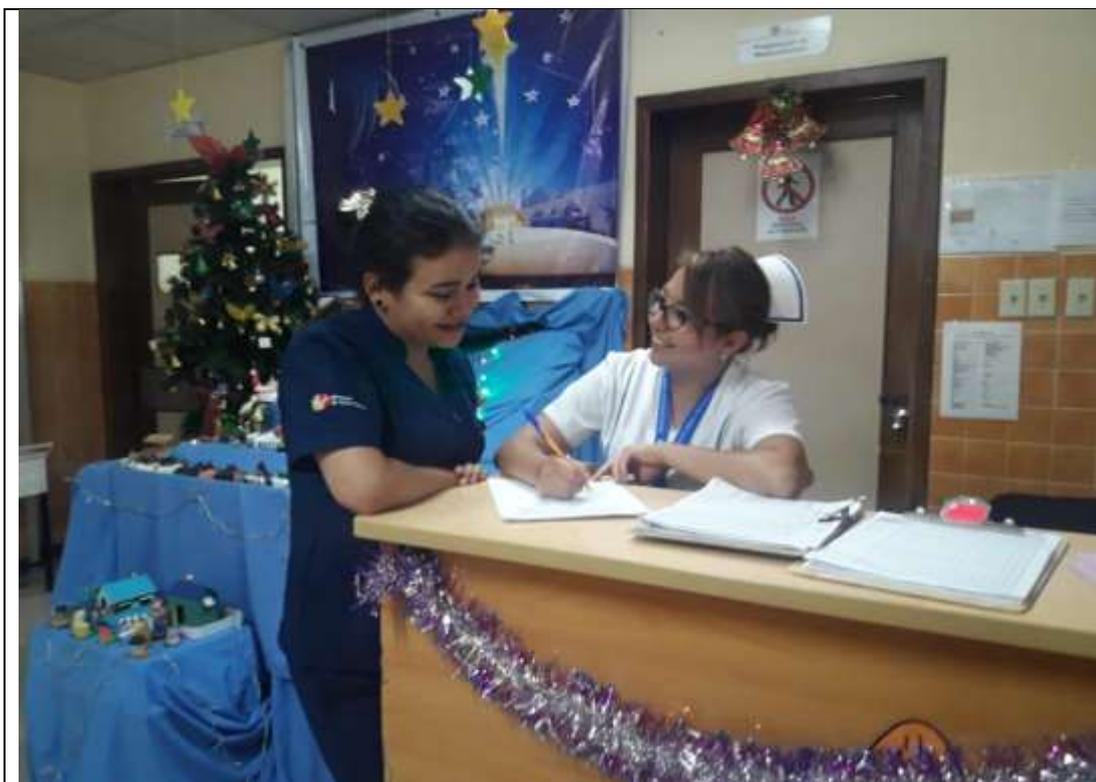
Aplicación de encuesta

Servicio: Traumatología



Medidas antropométricas

Servicio: Cirugía



Aplicación de encuesta
Servicio: Centro Obstétrico



Balanza digital



Tensiómetro digital

Anexo 4. Consentimiento Informado Para Participantes De Investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por SANDRA MILENA CADAVID LIMA, de la Universidad Técnica del Norte. La meta de este estudio es: Determinar los factores de riesgos del sedentarismo a los que están expuestas el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl 2018.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente **15 minutos** de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. **Una vez transcritas las entrevistas, los CD's con las grabaciones se destruirán OJO**

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **SANDRA MILENA CADAVID LIMA**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es **Determinar los factores de riesgos del sedentarismo a los que están expuestas el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl 2018**.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente **15 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Sandra Cadavid al teléfono 0982655703.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Sandra Cadavid al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 5. Encuesta

ENCUESTA

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **SANDRA MILENA CADAVID LIMA**. He sido informado (a) de que el interés de este estudio es **Determinar los factores de riesgos del sedentarismo a los que están expuestas el personal de enfermería del Hospital San Vicente de Paúl 2018**. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de esta investigación.

Indicaciones. Por favor conteste con la mayor transparencia posible, esta encuesta que es confidencial y sus respuestas serán la base principal para la elaboración de este proyecto de investigación. Señale con una X en el paréntesis correspondiente.

a. Edad:

- 20 - 39 ()
- 40 - 64 ()
- 65 y más ()

b. Sexo:

- Femenino ()
- Masculino ()

c. Nivel de Educación:

- Tercer nivel: Licenciada ()
- Cuarto nivel: Magister ()
- Doctorado ()

d. Estado Civil:

- Soltera ()

- Casada ()
- Divorciada ()
- Viuda ()
- Unión libre ()

e. Auto identificación:

- Afro Ecuatoriano ()
- Mestizo ()
- Blanco ()
- Indígena ()

f. Servicio al que pertenece:

- Emergencia ()
- Quirófano ()
- Terapia Intensiva ()
- Ginecología ()
- Centro Obstétrico ()
- Cirugía ()
- Traumatología ()
- Medicina Interna ()
- Pediatría ()

1. ¿Se considera usted una persona sedentaria?

- Realiza algún tipo de actividad física ()
- No realiza actividad física ()

2. ¿Padece de algún tipo de enfermedad crónica degenerativa?

- Diabetes ()
- Obesidad ()
- Insuficiencia Cardíaca ()
- Hipertensión ()
- Ninguna ()

3. ¿Cuál es su carga laboral diariamente?

- 8 horas ()
- 12 horas ()
- Turnos establecidos del servicio ()

4. ¿Sus comidas son en horarios establecidos y en horarios respectivos?

- Desayuno 06H00 - 08H00 ()
- Almuerzo 12H00 - 14H00 ()
- Entre comidas 10H00 - 11H00 ()
- Cena 19H00 - 20H00 ()
- En todos los horarios establecidos y respectivos ()

5. ¿Consume usted una cantidad adecuada de: frutas: (manzana, banano, naranja, uvas, piña, papaya); verduras: (brócoli, lechuga, pepinillo, hojas verdes y más) diariamente?

- Todos los días ()
- Una vez a la semana ()
- Tres veces a la semana ()
- Ninguna en la semana ()

6. ¿Los alimentos que usted consume los realiza en los lugares como: casa, restaurante?

- Todos los días de la semana en la casa ()
- Todos los días de la semana en el restaurante ()
- Tres días a la semana en casa ()
- Tres días de la semana en el restaurante ()
- Solo el fin de semana en el restaurante ()

7. ¿Qué tipo de alimentos consume con más frecuencia?

- Comida chatarra ()
- Comida de restaurante ()

- Comida de casa ()
- Comida saludable ()

8. ¿Se siente usted emocionalmente agotada/o por su trabajo?

Si ()

No ()

9. ¿Se siente con mucha energía en su trabajo?

- Empieza agotada física y mentalmente a realizar sus actividades laborales ()
- Después del tiempo laboral se siente agotada física y mentalmente ()
- Siempre tiene ánimos de trabajar ()

10. ¿Siente que trabajar en contacto directo con la gente le cansa?

Si ()

No ()

11. ¿La relación con sus compañeros de trabajo es saludable?

- Muy buena ()
- Buena ()
- Conflictiva ()

12. ¿Actualmente fuma algún tipo de tabaco y cuantas veces?

- Cigarrillo ()
- Pipa ()
- Puro ()
- 1 o 2 veces al día ()
- 3 a 5 veces al día ()
- Más de 5 veces al día ()
- No fuma ()

13. ¿Actualmente consume algún tipo de bebida alcohólica y cuantas veces?

- Vino ()
- Aguardiente ()
- Wisky ()
- Otros ()

Una o dos veces a la semana ()

Tres veces a la semana ()

Una vez al mes ()

Solo en fiestas de compromiso ()

Rara vez ()

No toma ()

14. ¿Exige su trabajo algún tipo de esfuerzo físico?

- Subir escalones ()
- Realizar sus actividades de pie ()
- Movilizar y trasladar pacientes ()

15. ¿En sus tiempos libres realiza algún tipo de deporte?

- Correr ()
- Caminar ()
- Bicicleta ()
- Nadar ()
- Ninguna actividad ()

16. ¿Cuánto tiempo suele realizar deporte en sus tiempos libres?

- 30 minutos ()
- 50 minutos ()
- Más de 150 minutos ()
- No realiza actividad física ()

Registro de medidas antropométricas.

- Talla ()
- Peso ()
- IMC ()

Registro del valor de presión sanguínea

- Tensión arterial _____

ABSTRACT

RISK FACTORS ASSOCIATED WITH A SEDENTARY LIFESTYLE IN THE NURSING PROFESSIONALS WHO WORK AT THE SAN VICENTE DE PAÚL HOSPITAL. 2018.

Author: Sandra Milena Cadavid Lima

Email: sandrica_891@hotmail.com

A sedentary lifestyle is known as the lack of physical activity; it involves long periods of inactivity with little to no exercise, which cause some diseases like overweightness or obesity and some others non communicable diseases. The main objective is to determine chronic no communicable diseases related to sedentary lifestyle and other risk factors in nursing professionals working at the San Vicente de Paúl Hospital, a descriptive observational study with a quantitative approach was carried out, using an informed consent. Individual surveys were applied to 65 nursing professionals showing that 33 professionals do not perform physical activity. The results were: 40% of nursing professionals suffer non-communicable chronic diseases; 17% Hypertension, followed by 12% Obesity, 9% Diabetes, 2% Heart Failure and 60% that apparently do not present any disease, other risk factors: 20% perform work activities, 15.4% perform activity physical activity in their free time, 24.6% suffer work stress. Also poor eating habits and the use of passive transportation have reduced the practice of exercise.

Key words: Sedentary, Nurse, Risk factors.

Vicior Rodriguez
ru - 6



Urkund Analysis Result

Analysed Document: tesis sedentarismo defensa publica.docx (D52605707)
Submitted: 5/22/2019 10:23:00 PM
Submitted By: dejaramillo@utn.edu.ec
Significance: 7 %

Sources included in the report:

YURI-PROYECTO INVESTIGATIVO COMPLETO.docx (D50214798)
tesis joel sanipatin.docx (D49632493)
TESIS Anita Orellana.docx (D50205564)
4to B 1 gupo.pdf (D49094743)
TESIS LORENA CECIBEL VELASQUEZ ALCIVAR.doc (D45644878)
TESIS CORREGIDO PASAR URCO 22-05-2015.docx (D14490397)
Relación entre ingesta alimentaria y actividad fisica.docx (D49726788)
<https://docplayer.es/62846218-Sedentarismo-en-la-actividad-de-conduccion.html>
42a36a72-d2ac-4690-8158-27ed1d38969e
2bd413f5-f680-42ac-95ee-e2667a46a3c6
bf7eff40-0132-47f2-8855-d00b0aca0185
a04a79c8-c584-4e28-9620-5fa26286644b

Instances where selected sources appear:

31

En la ciudad de Ibarra, a los 23 días del mes de Mayo de 2019

Lo certifico

(Firma) 

Mgtr. Laura Isabel Mafla Herreria

C.C: 0400800793

DIRECTORA DE TESIS