

ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS EN LA SALUD DE TRABAJADORES UNIVERSITARIOS

LIFE STYLE AND RISK IN THE HEALTH OF UNIVERSITY EMPLOYEES

**Luz Aydeé Camacho Rábago¹,
Sonia Beatriz Echeverría Castro¹
y Leonardo Reynoso Erazo²**

Dirigir correspondencia a: Leonardo Reynoso Erazo, Av de los Barrios # 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México, C. P. 54090, México, correo:

- 1) INSTITUTO TECNOLÓGICO DE SONORA (ITSON)
- 2) FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA UNAM

RECIBIDO: 1 DE OCTUBRE DE 2009
ACEPTADO: 28 DE ABRIL DE 2010

Resumen

Este trabajo tiene como propósito describir el estilo de vida que presenta el personal de una institución educativa de nivel superior de Guaymas, Sonora, México. Participaron 86 sujetos, 35 mujeres y 51 varones. Se aplicaron los siguientes instrumentos de forma individual: Inventario Factores de riesgo, CTAA, Lista de chequeo de estrés cotidiano e Inventario de estrés fisiológico. Se obtuvo información sobre factores hereditarios, peso, talla, uso de lentes, alimentación, transporte, recreación, autocuidado, percepción del estrés, reacciones fisiológicas ante eventos estresantes y conductas de hostilidad y competitividad.

Los resultados muestran los diversos riesgos: los que suponen la probabilidad de aparición de enfermedad, los que coexisten con alguna o los que pueden ser factores de riesgo que la provoquen. En la muestra existen 11 sujetos sin antecedentes hereditarios ni comportamientos de riesgo; ocho sujetos sin antecedentes hereditarios ni comportamientos de riesgo que presentan un factor protector (el ejercicio). 67 sujetos presentan algún riesgo por sus antecedentes hereditarios o por su estilo de vida. Se discute la importancia de realizar estudios sobre estilos de vida para ofrecer programas de prevención y tratamiento para modificar riesgos a la salud.

Abstract

This paper has the purpose to describe the life styles on a sample of university workers from Guaymas, Sonora, Mexico. There were 86 participants. The evaluation instruments were: The risk factors inventory, CTAA, The Daily Stress checklist, and The Physiological Stress inventory. We collected information about inheritance, weight, height, use of spectacles, feeding, transportation, recreation, self care behaviors, stress perception, physiological reactions under stress and hostility and competitive behaviors.

Results showed the different risks: those which raise the likelihood of some disease, other that are linked with some disease or condition or some risk factors which may trigger a disease. In this sample there were 11 participants without family history of chronic diseases and without risk factors; eight subjects that exercise daily (as a protective factor) and without risk factors. 67 participants present some risk either because of their inheritance or life style.

The importance of studies about life styles allow us to present a profile about the sample conditions and show evidences about the common characteristics to design and offer preventive programs to modify health risks.

Hablar de salud y enfermedad permite remontarse a diferentes momentos históricos, pudiendo señalar que estos dos términos se encuentran entrelazados; tradicionalmente se entendía a la enfermedad como la ausencia de salud y viceversa; en la actualidad la Organización Mundial de la Salud define a la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, 1999).

El área de la salud, que originalmente se percibía como un territorio de dominio exclusivo de los médicos, ha sufrido transformaciones progresivas para ser entendida en la actualidad como un campo multidisciplinario que precisa del trabajo de diferentes profesionales. El concepto de salud-enfermedad ha rebasado la dicotomía y actualmente podemos señalar la existencia de un continuo modulado por tres tipos de factores, algunos de los cuales forman parte del medio en el que nos encontremos, otros forman parte del equipaje biológico con el que nacemos, mientras que los terceros se refieren a nuestro comportamiento.

Abundando más sobre estos factores, el contexto social, económico y político determina en buena medida la oferta y demanda de acciones para preservar la salud y modifica entonces el continuo hacia la salud o la enfermedad. Simplemente señalaremos tres rubros: la disponibilidad de agua potable, el manejo de excretas y la existencia de campañas de vacunación. Cualquiera de ellos modifica la salud-enfermedad, pero ninguno de ellos puede ser cambiado por un solo individuo.

El siguiente nivel se encuentra representado por las características biológicas con las que cuenta un individuo; la información genética se transmite desde el momento de la concepción y permite que el individuo desarrolle características como el color de la piel y de los ojos, se transmite la susceptibilidad hacia alguna enfermedad en particular o se hereda alguna otra. Un buen ejemplo estaría representado por alteraciones de la coagulación como la hemofilia, transmitida genéticamente por las mujeres pero padecida por los hombres.

El tercer nivel se refiere justamente al comportamiento; todas las actividades que realiza el ser humano se pueden denominar genéricamente conducta; las conductas cotidianas conforman el estilo de vida, es decir, aquellos patrones de comportamiento individual que tienen consistencia en el tiempo, que se presentan en condiciones más o menos constantes, que se encuentran moduladas por el contexto social e histórico y que pueden constituirse en factores de riesgo o de protección dependiendo de su naturaleza. Las conductas relacionadas con la salud-enfermedad se refieren a toda acción que influya en la probabilidad de consecuencias fisiológicas inmediatas o a largo plazo que modifiquen el bienestar físico y la longevidad. Estos comportamientos pueden promover o impedir un funcionamiento óptimo. Por ello, no es raro observar que en el repertorio de conducta de un individuo existan al mismo tiempo conductas saludables y conductas de riesgo, por lo que un sujeto que realiza una determinada conducta de salud no

garantiza que lleve a cabo otros comportamientos saludables.

El estilo de vida se desarrolla durante la vida del sujeto; en los primeros años de vida es modelado exclusivamente por los padres para posteriormente recibir una serie de influencias en el ámbito escolar, ya sea por los maestros (e indirectamente por los programas educativos) así como por los grupos de amigos, que pueden reforzar conductas como el juego organizado o el uso del tabaco o alcohol, pero cada individuo es capaz de evaluar los riesgos y beneficios de determinado comportamiento y los practica de manera voluntaria.

Entre los elementos que constituyen el estilo de vida se han considerado las conductas y preferencias relacionadas con los siguientes aspectos: el tipo, horario y cantidad de alimentación, el tipo y cantidad de actividad física, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, las actividades de cuidado de la salud, el uso de artefactos de protección específica, el tiempo y la intensidad de la jornada laboral, el tipo y duración de las actividades recreativas, las relaciones interpersonales, las prácticas sexuales, etc.

El estilo de vida se encuentra compuesto por múltiples dimensiones, razón por la cual su medición no es una tarea sencilla, y son comunes las dificultades cuando se le trata de medir directa y objetivamente (López-Carmona, Ariza-Andraca, Rodríguez-Moctezuma, & Murguía-Miranda, 2003).

La alimentación, la actividad física, la cantidad de grasa corporal, el consumo de alcohol y el fumar se ha asociado con el riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (Dam, Li, Spiegelman, Franco, & Hu, 2008), de allí la importancia de buscar formas de evaluación del estilo de vida en personas aparentemente sanas.

Un estudio previo (García-Hernández et al., 2009) exploró los estilos de vida del personal académico de una institución de educación superior. Los resultados mostraron la existencia de diversos riesgos a la salud por herencia o por comportamiento.

Este trabajo es un estudio replicativo que tiene como propósito describir el estilo de vida y los eventos estresantes que presenta el personal de tiempo completo de una institución educativa de nivel superior.

Método

La presente investigación se llevó a cabo con trabajadores de una institución educativa de nivel superior de Guaymas, Sonora, México. Este estudio es no experimental, descriptivo, exploratorio y replicativo.

Participantes: ochenta y seis sujetos, 35 mujeres y 51 hombres. La población estuvo constituida por el 100% de los trabajadores que se invitaron a colaborar voluntariamente en el estudio.

Instrumentos: Se utilizaron los siguientes instrumentos: *Cuestionario de Evaluación de Factores de riesgo* (48 ítems): indaga los comportamientos cotidianos de una persona, es decir, su estilo de vida. Fue desarrollado bajo el sustento conductual de que funciona exclusivamente como una guía, permite responder sobre condiciones y estilo de vida (Reynoso, 2006). *CTAA:* Inventario sobre patrón conductual tipo A en adultos (20 ítems), pretende evidenciar las características de hostilidad, agresividad, competitividad y urgencia de tiempo de los sujetos que genéricamente se denominan tipo A, quienes se encuentran en mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular debido a su comportamiento (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005). *Lista de chequeo de estrés cotidiano* (20 ítems) es un inventario conductual realizado a partir de las quejas y comentarios anotados en un diario por alumnos, profesores, médicos y pacientes; se fue ajustando en el transcurso del tiempo. Posteriormente fue revisado por expertos, quienes consideraron que cumplía con los criterios de validez de contenido. Ha sido utilizado en estudios $n = 1$ para señalar la existencia de algún día de estrés; se ha utilizado repetidamente en los mismos sujetos (Reynoso, 2004). *Inventario de estrés fisiológico* (48 ítems) es un instrumento cuyo objetivo es indagar sobre las diversas reacciones fisiológicas de las personas ante eventos estresantes, ya que se parte de la base que las respuestas fisiológicas ante el estrés siguen patrones de respuesta estables en el tiempo que pueden conducir a enfermedades (Reynoso-Erazo & Seligson, 1987).

Procedimiento

Se envió una invitación por correo electrónico a los trabajadores de tiempo completo de la institución. Los sujetos se dividieron en grupos de acuerdo a las

necesidades de trabajo de la institución para no interferir en las actividades cotidianas. Se especificó el día, hora, el escenario para la aplicación y los grupos de personas que serían evaluados según su cantidad de trabajo y horarios disponibles. Se utilizó un salón de usos múltiples con capacidad para 30 personas. Se presentaba el evaluador, señalaba los objetivos generales del estudio, se explicaba que los datos obtenidos serían estrictamente confidenciales y se enfatizaba la importancia de contestar con honestidad para poder obtener información veraz y objetiva, se explicaron brevemente los instrumentos y se aplicaron los mismos. El tiempo de contestación fue de entre 15 y 20 minutos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 12.

Resultados

La edad de los sujetos tuvo un rango entre 18 y 62 años, ($\bar{x}=33.98$ $DS=9.17$), predominando los casados (47), solteros (36) y divorciados (3). La antigüedad en la institución mostró 24 sujetos con un año de antigüedad hasta dos sujetos con 25 años ($\bar{x}=6.49$ $DS=7.46$). En escolaridad el rango varió desde la secundaria completa hasta estudios de posgrado.

Respecto de los antecedentes hereditarios, la tabla 1 muestra la distribución de la herencia.

En relación al peso de los sujetos, en las mujeres el valor mínimo fue de 42 Kg y el máximo de 90 Kg ($\bar{x}=64.15$ Kg $DE=10.98$) mientras que para los hombres fueron: mínimo 61Kg, máximo 134 Kg

($\bar{x}=84.38$ Kg $DE=15.5$). La prueba t mostró diferencias significativas entre ambos sexos ($t_{1,82} = -6.565$, $p \leq 0.001$).

Siete personas reportaron fumar (tres mujeres y cuatro hombres). Fuman de uno a cinco cigarrillos por día; cuatro de ellos tienen de uno a tres años de fumar, uno entre tres y cinco años y dos tienen entre seis y diez años. De éstos solamente dos se han tomado una telerradiografía de tórax para evaluar si existen cambios.

La ingestión de bebidas alcohólicas y sus diferencias por sexo se presenta en la tabla; la prueba t mostró diferencias significativas entre los sexos ($t_{1,54} = -5.024$, $p \leq 0.001$).

Al revisar las respuestas referentes a la alimentación, cinco sujetos reportaron no desayunar mientras que 79 reportan distintas horas para tomar alimento y dos personas no reportaron. Existió diversidad de respuestas en cuanto a los alimentos ingeridos, que se muestran en la Figura 1.

Cuarenta y siete sujetos toman algún tipo de alimento entre comidas mientras que 38 sujetos negaron esta condición; de aquellos que afirmaron comer entre comidas, 40 ingieren comida chatarra, jugo, fruta, pan y café.

En relación a la comida del mediodía, 72% de los sujetos come a las 2 PM; ingieren variedad de alimentos que se muestran en la Figura 2

Cinco personas no consumen alimentos en la cena mientras que 80 reportaron una variedad de alimentos ingeridos, que se muestran en la gráfica 3

Tabla 1.

Antecedentes hereditarios de diabetes (DI), cáncer (CA), enfermedad cardiovascular (CV) y obesidad (OB).

	Antecedentes							
	DI		CA		CV		OB	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Positivo	32	37	34	39.5	25	29	14	16
Padre	10	11.5	2	2.3	6	7.0	5	5.8
Madre	5	5.8	6	7.0	3	3.5	3	3.5
Abuelo	5	5.8	10	11.6	6	7.0	0	1.2
Abuela	9	10.5	2	2.3	2	2.3	0	0
Hermana	0	0	0	0	0	0	1	1.2

Salud en trabajadores universitarios

Tabla 2.
Ingestión de alcohol por sexo

Sexo	Ingestión			Núm. de copas								
	SI	NO	Total	1	2	3	4	5	6	7	8	Mas
Hombres	31	13	44	-	8	7	7	4	3	1	3	1
Mujeres	11	23	34	2	5	5	-	-	-			
Total	42	36	78									

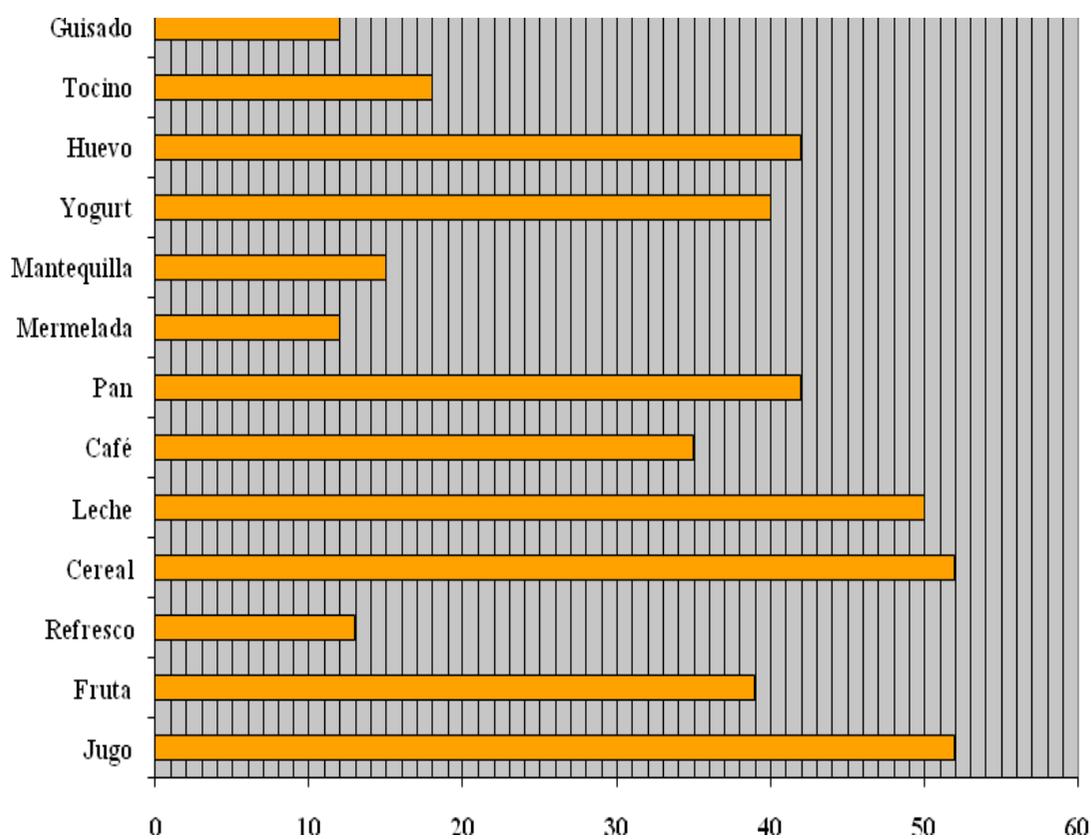


Figura 1. La gráfica muestra la frecuencia de los distintos alimentos ingeridos en el desayuno.

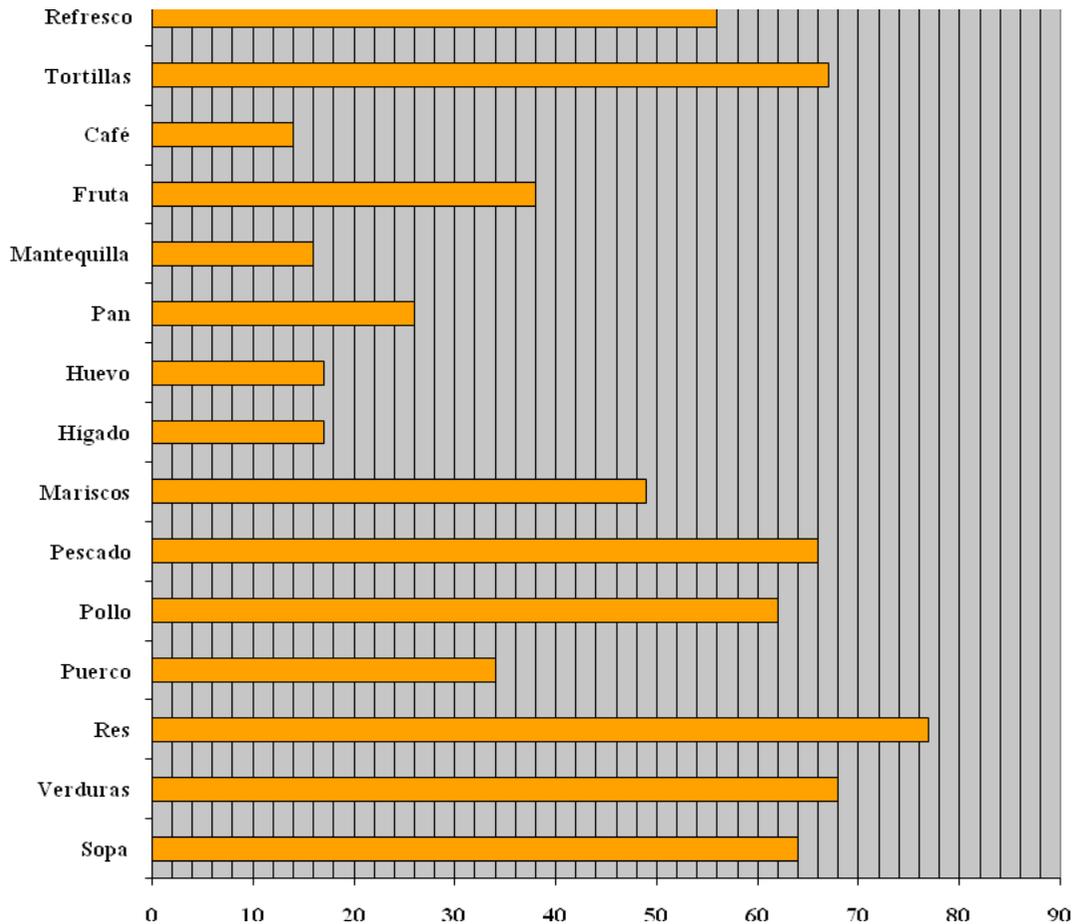


Figura 2 La gráfica muestra la frecuencia de los distintos alimentos ingeridos en la comida.

En relación a la cantidad de agua ingerida al día, las respuestas variaron de uno a dos vasos hasta ocho o más vasos de agua al día.

Respecto de la higiene personal se consideraron los hábitos del lavado de manos antes y después de alimentos, el lavado de dientes, baño corporal y frecuencia en el cambio de ropa. El comportamiento de los participantes en cuanto a lavado de manos y dientes se presenta en la siguiente tabla

En las conductas de baño y frecuencia cambio de ropa, 84 sujetos se bañan y cambian ropa diariamente; uno respondió bañarse y cambiarse ropa alternadamente (un día sí y un día no) y uno más no respondió.

Con respecto de la realización de ejercicio, tres sujetos no respondieron, 48 señalan hacer a veces y 25 realizan ejercicio sistemáticamente, mientras que 10 reportan no realizar. La frecuencia de ejercicio mostró respuestas desde un día (16 sujetos), dos días (13 sujetos), tres días (22 sujetos), cuatro

días (3 sujetos), cinco días (13 sujetos), 6 días (6 sujetos) y los siete días de la semana (4 sujetos). Las actividades de mayor frecuencia fueron: caminar (61 sujetos), correr (29 sujetos), nadar (18 sujetos), acudir al gimnasio (18 sujetos), andar en bicicleta (12 sujetos). Los participantes señalaron las actividades que realizaron, pudiendo ser más de una.

En actividades recreativas, los participantes reportaron asistir al cine, teatro y exposiciones; con relación a las horas de lectura por semana, 29 sujetos reportaron no presentar ese comportamiento, mientras que 55 manifestaron leer desde una hasta seis horas por semana. Entre otras actividades recreativas como el ver la televisión y escuchar música, la totalidad de la población estudiada reportó ver televisión y todos reportaron escuchar música, excepto cinco sujetos. Con respecto a la utilización de la computadora, 79 personas afirmaron utilizarla cotidianamente.

Salud en trabajadores universitarios

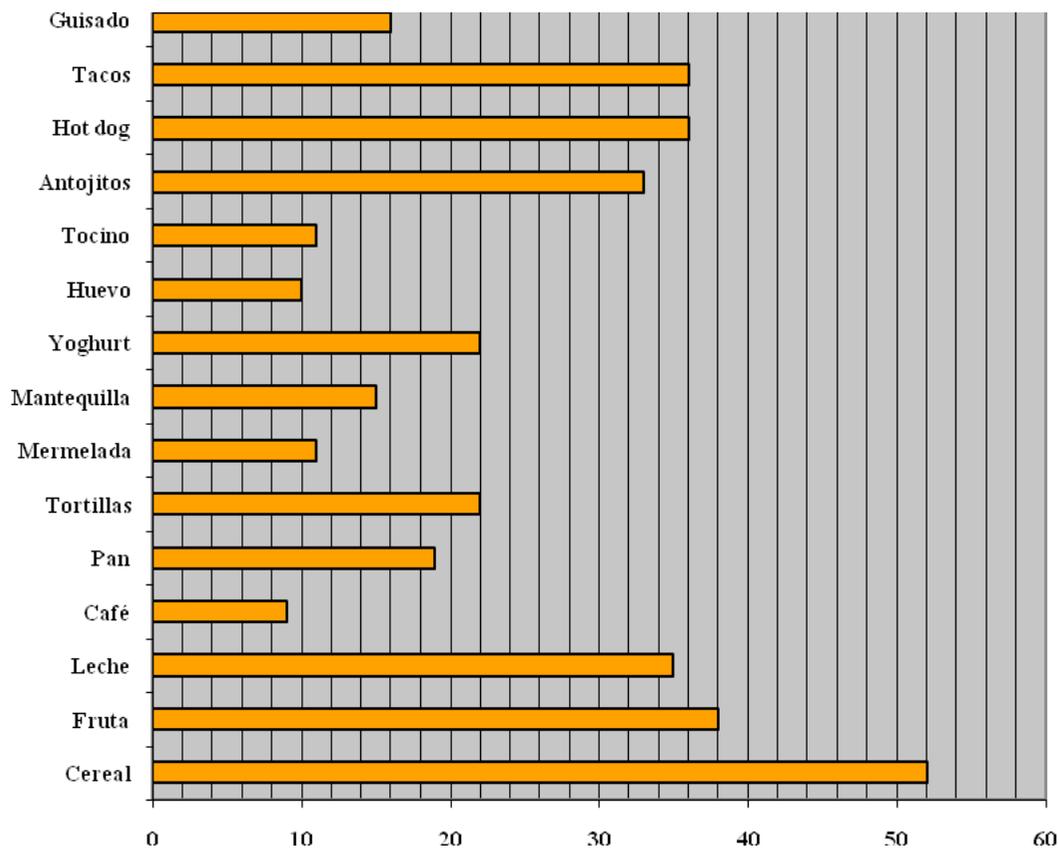


Figura 3 La gráfica muestra la frecuencia de los distintos alimentos ingeridos en la cena.

Tabla 3.
Frecuencia de hábitos higiénicos relacionados a la alimentación.
Las respuestas son SI, ocasionalmente (OC) y NO

	Lavado de manos			Lavado de dientes		
	SI	OC	NO	SI	OC	NO
Desayuno	72	11	1	66	13	4
Comida	79	6	1	81	4	1
Cena	71	10	1	76	6	0

Tabla 4.
Uso de condón por sexo

Uso de condón	Sexo		
	F	M	Total
No, no tengo relaciones	8	3	11
No, tengo una sola pareja	12	30	42
No	5	4	9
Sí, siempre	8	10	18
Sí, en ocasiones, con una pareja eventual	0	3	3
Total	33	50	80

En cuanto al sueño, 44% duermen 6 a 7 horas; 29% entre 7 y 8 horas; 22% entre 5 y 6 horas y solo el 5% duerme más de ocho horas. Respecto de las características del sueño, 76% de los sujetos reportó sueño continuo y 19 sujetos (22%) duermen en períodos. 80% manifestó levantarse descansado y con energía mientras que 17 sujetos (20%) reportaron sueño no reparador.

El medio de transporte que utilizan para acudir al trabajo es el automóvil propio (66); de ellos solamente 30 utilizan habitualmente el cinturón de seguridad. 20 acuden en autobús, cuatro en taxi, uno en bicicleta, dos en motocicleta y cinco caminando. El tiempo que tardan en llegar al trabajo en general es de menos de quince minutos (47 sujetos), aunque 12 personas refieren tardar entre 30 y 60 minutos para llegar al trabajo. Relacionado con este tiempo se buscó si realizaban alguna activi-

dad durante su trayecto al trabajo y se encontró que dos personas leen durante este trayecto, aunque la mayoría (48 sujetos) escuchan música, dos refieren escuchar las noticias y 23 no señalan realizar ninguna actividad en particular.

El uso del condón por sexo se reporta en la Tabla 3.

Siete mujeres utilizan anticonceptivos, 22 se realizaron estudios de detección de cambios celulares cervicouterinos (Papanicolaou) durante el último año. 19 reportaron el estudio negativo y 13 no se lo han practicado nunca.

29 sujetos usan lentes; 28 nombraron su problema visual.

La atención a la salud oral muestra que 17 sujetos acuden al dentista cada seis meses, 21 anualmente, 19 ocasionalmente y 29 no acude. Las condiciones de las piezas dentales se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 5.
La tabla presenta la cantidad de piezas dentales con caries (C), reparadas (R) y extraídas (E) por persona por sexo (F) femenino (M) masculino

Cantidad	Piezas dentales					
	CARIAS		REPARADAS		EXTRAIDAS	
	F	M	F	M	F	M
1	4	4	3	4	11	6
2	8	5	5	8	1	6
3	2	2	4	6	-	7
4	2	3	6	7	3	6
5	2	2	1	2	-	-
6	-	3	1	2	1	1
7	-	-	-	-	-	-
8	-	-	1	-	-	-
9	-	-	-	-	-	-
10	-	-	1	3	-	-
Total	18	19	22	32	19	26

La siguiente tabla muestra si acuden al médico al tener signos y síntomas de enfermedad:

Tabla 6.
Comportamiento ante enfermedad

	Acude al médico		Sigue indicaciones		Se automedica	
	F	M	F	M	F	M
SI	33	41	31	50	16	25
NO	2	10	4	1	19	25
TOTAL	35	51	35	51	35	50

Para la descripción y estudio de los distintos riesgos se conformaron los siguientes subgrupos: *Subgrupo A: Riesgo por antecedentes de diabetes. Subgrupo B: Riesgo por antecedentes de cáncer. Subgrupo C: Riesgo por enfermedades cardiovasculares. Subgrupo D: Riesgo por obesidad. Subgrupo E: Riesgo por fumar. Subgrupo F: Riesgo por antecedente de no realizar ejercicio.* Además, se conformó un Subgrupo G, con el factor protector de realizar ejercicio siempre.

Subgrupo A: 32 sujetos (37%) con algún familiar directo (padre, madre, abuelo o abuela) que padece o falleció por diabetes, con rango de edad entre 18 y 57 años ($\bar{x}=31.41$ $DE=9.175$), 14 mujeres y 18 hombres. 16 de ellos tienen antecedentes de algún familiar con cáncer, 10 tienen antecedentes de familiares con enfermedad cardiovascular y 9 tienen antecedentes familiares de obesidad. Dos fuman y cuatro no hacen ejercicio nunca, 21 hacen ejercicio a veces y seis hacen ejercicio siempre.

Subgrupo B: 34 sujetos con antecedentes de cáncer, el rango de edad entre 18 y 55, ($\bar{x}=31.74$ $DE=9.567$), 19 mujeres y 15 hombres. 16 de ellos reportan tener antecedentes hereditarios diabéticos, 11 tienen antecedentes de enfermedad cardiovascular, ocho con antecedentes de obesidad; tres fuman y 10 hacen ejercicio siempre, mientras que dos de ellos nunca realizan ejercicio.

Subgrupo C: 25 sujetos con un familiar con este tipo de problemas; el rango de edad estuvo entre 22 y 60 años ($\bar{x}=34.4$ $DE=9.836$), 13 mujeres y 12 hombres. Nueve de ellos con antecedentes diabéticos, 11 tienen antecedentes de cáncer y nueve con antecedentes de obesidad. Solamente dos sujetos

fuman; nueve sujetos hacen ejercicio diariamente y dos no hacen ejercicio.

Subgrupo D: 14 sujetos mencionaron este antecedente; el rango de edad estuvo entre 22 y 50 años ($\bar{x}=31.57$ $DE=8.715$), seis mujeres y ocho hombres. Nueve reportaron antecedentes diabéticos, ocho de cáncer, y nueve de enfermedades cardiovasculares. Dos reportaron consumir cigarrillos. Tres hacen ejercicio siempre y uno no hace nunca.

Subgrupo E: Siete sujetos reportaron positivo, siendo el sujeto más joven de 24 años y el de mayor edad de 48 ($\bar{x}=29.14$ $DE=8.474$). Eran tres mujeres y cuatro hombres, todos solteros, fuman entre uno y cinco cigarrillos diariamente, tienen entre uno y diez años como fumadores y solamente dos sujetos se han realizado una telerradiografía de tórax para verificar el estado de su aparato respiratorio. Dos tienen herencia de diabetes, tres de cáncer, dos de enfermedad cardiovascular y dos de obesidad. Dos realizan ejercicio siempre y cinco a veces.

Subgrupo F: Conformado por 10 sujetos, rango de edad entre 24 y 40 años ($\bar{x}=31.3$ $DE=4.9$), seis mujeres y cuatro hombres. Con herencia de diabetes en cuatro, de cáncer 2, de enfermedad cardiovascular 2 y de obesidad una.

Subgrupo G: 25 sujetos, con edades entre 22 y 60 años ($\bar{x}=36.52$ $DE=11.07$), ocho mujeres y 17 hombres. Respecto de antecedentes hereditarios de diabetes, la respuesta fue afirmativa en seis casos, mientras que respecto de herencia de cáncer existieron 10 sujetos con antecedentes, nueve con antecedentes de enfermedad cardiovascular y tres sujetos con antecedentes de obesidad. En este subgrupo solamente dos personas reportaron fumar.

Identificación de sujetos de riesgo

Con relación a los inventarios aplicados (Inventario de Estrés Cotidiano, Cuestionario de Estrés fisiológico y Conducta Tipo A en adultos CTAA), encontramos lo siguiente:

Estrés cotidiano: Respecto al Inventario de Estrés Cotidiano, que identifica los problemas que representaron estrés para un sujeto en un momento determinado, de 20 posibles situaciones estresantes, solamente un sujeto reportó positividad en 12 preguntas, mientras que el resto de la población obtuvo puntajes menores a 10. El sujeto 31 reportó el mayor puntaje.

Cuestionario de estrés fisiológico: Con relación al cuestionario de estrés fisiológico, que evalúa las respuestas de las personas ante situaciones estresantes, los sujetos que mostraron los puntajes más altos fueron los siguientes: S16 (29), S41(25), S50(28), S54(25). Estos puntajes, obtenidos de manera individual, suponen que cada uno de éstos reacciona con mayor intensidad ante eventos estresantes, por lo que esta forma de responder los coloca como sujetos en riesgo por su hiperrespuesta fisiológica.

Cuestionario de conducta tipo A en adultos (CTAA): El otro cuestionario que se aplicó fue el CTAA, con el propósito de detectar a los sujetos agresivos, hostiles, competitivos y urgentes de tiempo, constructo que globalmente es conocido como Tipo A. Los puntajes de los sujetos identificados como tipo A fueron: S32(55), S34(55), S55(63), S65(56). De acuerdo con los puntajes obtenidos, éstos se encuentran en mayor riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares.

Discusión

La importancia de realizar este tipo de estudios descriptivos y exploratorios sobre las condiciones y estilos de vida de personas que se encuentran laborando en alguna institución en particular nos permite presentar de manera general un perfil de sus condiciones tanto de salud-enfermedad como psicosociales. Al demostrar riesgos podemos señalar la probabilidad de ocurrencia de problemas de salud que repercutirán tanto de manera individual como familiar, además de afectar la fuerza laboral. La realización de este tipo de estudios además permite allegarnos de evidencias referentes a las características comunes de estilo de vida de las

personas con el propósito de diseñar, desarrollar y ofrecer programas de prevención y de tratamiento para modificar el estilo de vida (García-Hernández, et al, 2009).

Se recolectó información de una población relativamente joven. Existen 11 sujetos sin antecedentes hereditarios ni comportamientos de riesgo; ocho no tienen antecedentes hereditarios ni comportamientos de riesgo y presentan un factor protector, como lo es el ejercicio. Esto significa que únicamente el 22% de la población estudiada, es decir, 19 sujetos, no tienen antecedentes hereditarios de enfermedad crónica degenerativa y su estilo de vida les permite ser considerados como sujetos sin riesgo.

Dentro de los sujetos estudiados encontramos a tres sin antecedentes hereditarios pero con un factor de riesgo comportamental, ya que se definieron como sedentarios al señalar que nunca realizan ejercicio físico. Existen otros tres sujetos sin riesgo hereditario que presentan la conducta de fumar. Éstos, junto con los tres sedentarios, a pesar de ser aparentemente sanos, deben ser considerados como sujetos de riesgo de acuerdo con su estilo de vida (Hu et al, 2001; Vineis et al, 2004). Existen otros 61 sujetos con riesgo por presentar antecedentes hereditarios de alguna enfermedad crónica.

El riesgo de padecer enfermedad crónica por antecedentes señala que un hijo de padre o madre diabética tiene mayor probabilidad de ser diabético. En referencia al cáncer, la herencia de madre a hija en el cáncer de mama o entre padre e hijo en el cáncer de próstata los hace más vulnerables. Respecto de la enfermedad cardiovascular, se han señalado relaciones entre herencia y aterosclerosis, hipertensión arterial e infarto miocárdico. Y la herencia juega un papel fundamental en la obesidad, ya que las formas de alimentación pueden ser modeladas por los padres y aprendidas por los hijos (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

Las mujeres como grupo pesaron menos que los hombres. La prueba *t* mostró diferencias significativas entre ambos sexos. Desafortunadamente no se pudo contar con el dato de estatura en todos los sujetos, por lo que no se pudo calcular el índice de masa corporal, lo que nos impide señalar si existen sujetos con sobrepeso u obesos.

La tercera parte de la población usa lentes y las alteraciones de la refracción son los problemas que se reportan comúnmente; los reportes de uso

de lentes pueden alcanzar hasta el 50% de la población, como lo señalan los optometristas de la U.N.A.M. (2005).

Más del 50% de la muestra estudiada refiere el uso de alcohol, la cantidad resulta distinta al compararlo con respecto al sexo, siendo mayor el consumo en hombres y esta diferencia resulta estadísticamente significativa. En el caso del alcohol, la muestra estudiada se comporta de manera similar a la población mexicana, ya que es más usual el abuso en dosis altas llegando a la intoxicación que el alcoholismo, ligado a la adicción al alcohol.

Llamó la atención que solamente siete personas reportaran el hábito de fumar y la cantidad de cigarrillos es escasa, lo cual permitiría pensar en que sería posible diseñar y desarrollar un programa para que estas personas abandonaran el hábito.

Menos del 50% de las mujeres estudiadas reportaron la realización de estudios de citología exfoliativa cervicouterina (Papanicolaou), lo cual señala la necesidad de diseñar y desarrollar programas educativos dirigidos a que las mujeres se realicen este tipo de estudios al menos una vez al año para detectar tempranamente la existencia de cambios infamatorios cervicouterinos y así evitar, en la medida de lo posible, la aparición del cáncer de cuello uterino.

Respecto del uso del condón existen nueve sujetos en riesgo ya que reportan no utilizar este medio de protección en sus relaciones.

Cinco sujetos reportan no desayunar, lo cual los pone en riesgo de padecer problemas como gastritis o úlcera péptica por falta de alimento. Llama la atención que existe regularidad para el horario de la comida y hay una variedad de alimentos reportados.

Respecto de la realización de ejercicio, 12% de la muestra reportó no realizar ejercicio, 58% lo realiza a veces y 30% lo hace sistemáticamente. Estos datos son inferiores a los mencionados por Crespo, Keteyian, Heath, y Sempos (1996) quienes señalan que el 33% de los hombres México-americanos realizan actividad física y el 46% de las mujeres.

En lo relativo a recreación, menos del 50% acude al cine una vez al mes; reportan además el ver televisión entre una y dos horas diarias. Es probable que la escasa oferta de salas cinematográficas aunado a los costos y la posibilidad de contar con películas por televisión (ya sean rentadas o por suscripción) provoca que la mayoría de las personas

no camine al cine y prefieran estar sentados o acostados frente a la televisión, fomentándose aún más el sedentarismo.

La salud dental de la muestra también se encuentra en riesgo si tomamos en cuenta que prácticamente el 50% de ellos reportaron tener piezas dentales con caries o extraídas lo que les llevará en edades posteriores o a la utilización de prótesis dentales o a masticar los alimentos con un mínimo de piezas dentales.

La mitad de los sujetos se automedican; aunque es probable que la automedicación sea empleada para calmar cefaleas o síntomas inespecíficos, puede ser una conducta de riesgo ante una enfermedad y no se busca ayuda médica.

En este estudio se identificaron conductas de salud, es decir, aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, como seguir un régimen alimenticio sano o hacer ejercicio físico; se identificaron conductas como lavarse las manos después de ir al baño, dejar de fumar o utilizar cinturón de seguridad. Las conductas de salud, aparte de estar implicadas en los procesos de salud-enfermedad, se caracterizan por ser inestables, autónomas e independientes, es decir, el hecho de que un individuo lleve a cabo una determinada conducta saludable no predice la existencia de otras. En el caso de esta muestra encontramos que una persona que hace ejercicio puede seguir fumando, o un joven con un estilo de vida sano en lo general puede no utilizar condón en alguna relación sexual fortuita (Reynoso & Seligson, 2005; Taylor, 2007)

Podemos afirmar que 22% de la muestra está libre de riesgos y hace ejercicio; que 67 sujetos presentan algún riesgo, ya sea por sus antecedentes hereditarios o por su estilo de vida, aunque en este momento están aparentemente sanos, trabajan y llevan una vida cotidiana de supuesta normalidad. Es por ello que una intervención preventiva para cambiar el estilo de vida de este tipo de sujetos estaría más que justificada, para tratar de mejorar su alimentación, o que hagan ejercicio, o que dejen de fumar, o que disminuya la automedicación o que acudan al dentista para prevenir pérdida de piezas dentales (DeLorgeril et al, 1994; Hyman, Pavlik, Taylor, Goodrick & Moye, 2007).

Promover la actividad física regular se ha convertido en una prioridad importante para las inter-

venciones en salud pública debido a los beneficios asociados con este comportamiento. Las modificaciones de estilo de vida como dieta y ejercicio han demostrado reducciones en la tensión arterial y en el riesgo cardiovascular. Numerosas investigaciones sostienen los efectos benéficos del ejercicio físico (Grundy, Blackburn, Higgins et al., 1999; Hagberg, Park & Brown, 2000; Thompson, Buchner, Piña et al., 2003). La actividad física previene o aminora la aparición de enfermedad cardiovascular y mejora algunos de los problemas asociados, incluyendo mantenimiento de la pérdida de peso y disminución de la tensión arterial (Fagard, 2001). Además de los beneficios del ejercicio físico sobre el sistema cardiovascular, el ejercicio puede disminuir el riesgo de padecer diabetes mellitus por aumentar el trabajo de las enzimas oxidativas y por estimular la síntesis de proteínas a nivel muscular, que deriva en mejor utilización de la glucosa (Short, Vittone, & Begelow, 2003).

Ruibal y Hernández (2004) señalaron que tienen que tomarse medidas urgentes para disminuir los riesgos contra la salud de las personas y las poblaciones; que es necesario promover estilos de vida saludables en los que la actividad física adquiera el importante papel que precisa para el fomento y conservación de la salud de los individuos y de los pueblos.

La importancia de realizar estudios descriptivos y exploratorios sobre las condiciones y estilos de vida de grupos de personas nos permite presentar de manera general un perfil de sus condiciones tanto de salud-enfermedad como psicosociales. Al demostrar riesgos en la población podemos señalar la probabilidad de ocurrencia de problemas de salud, que repercutirán tanto de manera individual como familiar, además de además de afectar la fuerza laboral. Estudios de este tipo permiten allegarnos de evidencias referentes a las características comunes de estilo de vida de las personas de un determinado grupo, con el propósito de diseñar, desarrollar y ofrecer programas de prevención y de tratamiento para modificar el estilo de vida, siendo la meta final la creación de una cultura de autorresponsabilidad del propio desarrollo y desempeño, tanto individual como social - organizacional para el logro de un adecuado bienestar (Key, Schatzkin, Willett, Allen, Spencer, & Travis, 2004; Stampfer, Hu, Manson, Rimm, & Willett, 2000; Tuomilehto et al, 2001).

Finalmente, es importante destacar que cuando se utilizan este tipo de cuestionarios existe la posibilidad de obtener respuestas sesgadas (lo que se considera como socialmente aceptable), es por eso que un método efectivo para corroborar nuestras mediciones de estilo de vida debiera ser la observación directa de las conductas en la vida cotidiana, aunque esta tarea implica una serie de problemas tanto metodológicos como de tiempo que la hacen poco factible de realizar. Una opción para resolver este problema podría ser el realizar un muestreo aleatorio observacional del comportamiento de los sujetos participantes en esta muestra, con el propósito de validar los datos obtenidos. Otra forma de validación de la información consistiría en la implementación de programas de cambio de estilo de vida y posterior aplicación de los mismos inventarios, con lo que se esperaría que los participantes en estos programas de intervención mostraran cambios que serían reportados en futuras evaluaciones.

Referencias

- Crespo, C. J., Keteyian, S. J., Heath, G.W., & Sempos, C. T. (1996). *Leisure-time physical activity among US adults. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Archives of Internal Medicine, 156-1, 93-98*
- Dam, R. M, Li, T., Spiegelman, D., Franco, O. H., & Hu, F. B. (2008). *Combined impact of lifestyle factors on mortality: prospective cohort study in US women. British Medical Journal, 337, 1440-1448.*
- De Lorgeril, M., Renaud, S., Mamelle, N., Salen, P., Martin, J. L., Monjaud, I., Mamelle, N., Martin, J.L., Guidollet, J., Touboul, M.D., & Delaye, J. (1994). *Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease. Lancet, 343, 1454-1459.*
- Fagard, R. H. (2001). *Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. Medicine and Science in Sports and Exercise, 33, 484-492.*
- García-Hernández, C., Ramos, Serrano-Encinas, D.M., Sotelo-Castillo, M., Flores-Ivich, G., & Reynoso-Erazo, L. (2009). *Estilos de vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: un estudio descriptivo. Psicología y Salud, 19-1, 141-149.*
- Grundy, S. M., Blackburn, G., Higgins, M., Lauer, R.,

- Perri, M., & Ryan, D. (1999). *Physical activity in the prevention and treatment of obesity and its comorbidities: Evidence report of independent panel to assess the role of physical activity in the treatment of obesity and its comorbidities. Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31, 1493-1500.
- Hagberg, J. M., Park, J., & Brown, M. D. (2000). *The role of exercise training in the treatment of hypertension. Sports Medicine*, 30, 193-206.
- Hu, F. B., Manson, J. E., Stampfer, M. J., Colditz, G., Liu, S., Solomon, C. G., & Willett, W. (2001). *Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. New England Journal of Medicine*, 345,790-797.
- Hyman, D. J., Pavlik, V. N., Taylor, W. C., Goodrick, G. K., & Moyer, L. (2007). *Simultaneous vs. sequential counseling for multiple behavior change. Archives of Internal Medicine*, 167, 1152-1158.
- Key, T.J., Schatzkin, A., Willett, W.C., Allen, N.E., Spencer, E.A., & Travis, R.C. (2004). *Diet, nutrition and the prevention of cancer. Public Health & Nutrition*, 7,187-200.
- López- Carmona, J. M., Ariza- Andraca, C. R., Rodríguez- Moctezuma, J. R., & Murguía- Miranda, C. (2003). *Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Salud Pública México*, 45, 259-268. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45n4/a04v45n4.pdf>
- Plan de Estudios de la carrera de Optometría (2005). México: FES Iztacala UNAM.
- Organización Mundial de la Salud (1999): *Salud para todos en el año 2000*. www.who.org
- Reynoso E., L. & Seligson, I. (1987). *Desarrollo de una escala de estrés fisiológico. México: UNAM.*
- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. (1997). *Patrón conductual tipo A: Desarrollo de un nuevo instrumento de evaluación. Archivos del Instituto Nacional de Cardiología*, 67, 419-427.
- Reynoso-Erazo, L., Álvarez Gasca, M. A., Tron Álvarez, R., De la Torre Madrid, I., & Seligson, I. (2002). *Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular. En L. Reynoso-Erazo & I. Seligson (Eds.). Psicología y Salud. México: Ed. Facultad de Psicología-UNAM-CONACYT.*
- Reynoso-Erazo, L. (2004). *Lista de chequeo de estrés cotidiano. Fotocopiado. México: UNAM.*
- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. (2005). *Anexo XII. CTAA. En: L. Reynoso-Erazo el. Seligson (Eds.), Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual, (pp. 169-171). México: Manual Moderno.*
- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: Un enfoque conductual. México: Manual Moderno.*
- Reynoso-Erazo, L. (2006). *Cuestionario de evaluación de factores de riesgo. México: UNAM.*
- Ruibal, A. J. & Hernández, I. M. (2004). *Estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica. Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20-3, Recuperado el 27 de mayo de 2008 en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol20_3_04mgi04304.htm
- Short, K. R., Vittone, J. L., & Begelow, M. L. (2003). *Impact of aerobic exercise training on age-related changes in insulin sensitivity and muscle oxidative capacity. Diabetes*, 52, 1888-1896.
- Stampfer, M. J., Hu, F. B., Manson, J. E., Rimm, E. B., & Willett, W. C. (2000). *Primary prevention of coronary heart disease in women through diet and lifestyle. New England Journal of Medicine*, 343, 16-22.
- Taylor, S. (2006). *Psicología de la salud. México: McGraw Hill*
- Thompson, P. D., Buchner, D., Piña, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., & Marcus, B. H. (2003). *Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: A statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). Circulation*, 107, 3109-3116.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., et al. (2001). *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. New England Journal of Medicine*, 344, 1343-1350.
- Vineis, P., Alavanja, M., Buffler, P., Fontham, E., Franceschi, S., Gao, Y. T., Gupta, P.C., et al. (2004). *Tobacco and cancer: recent epidemiological evidence. Journal of the National Cancer Institute*, 96, 99-106.