

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Estilo de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la
comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018

Por:

Norma Yulisa Garcilazo Beraún

Wendy Lizet Paico Palomino

Asesora:

MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio

Lima, febrero de 2019

DECLARACIÓN JURADA

DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

Mary Luz Solórzano Aparicio, de la Facultad de Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: "Estilo de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaría de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018" constituye la memoria que presenta las Bachilleres Norma Yulisa Garcilazo Beraún y Wendy Lizet Paico Palomino para aspirar al título de Profesional de Licenciada Enfermería, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, al 03 de junio del 2019.


Mary Luz Solórzano Aparicio

“Estilo de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la
comisaría de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018”

TESIS

Presentada para optar el título profesional de
Licenciado en Enfermería

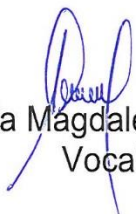
JURADO CALIFICADOR



Dra. Keila Ester Miranda Limachi
Presidente



Mg. Francis Gamarra Bernal
Secretaria



Mg. María Magdalena Díaz Orihuela
Vocal



Mg. Ruth Vallejos Atalaya
Vocal



MSc Mary Luz Solorzano Aparicio
Asesora

UPeU, 12 de febrero de 2019

Dedicatoria

A mis padres Segundo y Marina, mis hermanos por su amor y apoyo incondicional, por su comprensión, por su moral y apoyo económico que me brindaron para la elaboración de este proyecto, que estuvieron guiando mis pasos para mi formación integral.

Wendy Lizet Paico Palomino

A mis Padres, Oscar y Norma por su entrega incondicional que me ha permitido constantemente mis propósitos; eternamente agradecido por sus consejos y enseñanzas; gracias a ellos hoy cumplimos juntos otra meta en mi vida, dedicada de manera especial a ustedes y a su formidable sacrificio.

Norma Yulisa Garcilazo Beraún

Agradecimientos

A Dios sobre todas las cosas, la vida y la oportunidad dada, para superarnos cada día y por la esperanza de ser mejor en el servicio a mi prójimo y permitirme ayudar a través del don que nos otorgó. Le pido fortaleza, sabiduría, voluntad, tolerancia para realizar mi trabajo con amor, con entusiasmo y motivos de poder siempre dar lo mejor de mí.

A la MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio nuestra asesora de tesis, con quien inicié la elaboración de este proyecto, por su apoyo profesional, los conocimientos brindados y orientaciones acertadas para culminar con éxito esta investigación. Imploro a Dios recompense todo su esfuerzo y tiempo brindado con muchas bendiciones y éxitos.

A la Mg. Janett Virginia Chávez Sosa y al Mg. David Javier Aliaga docentes del curso de tesis de la Escuela profesional de Enfermería, por su asesoría permanente para culminar este trabajo de investigación.

Al Mayor de la PNP Nicanor Olmedo Alfaro, comisario de la Comisaria Santa Felicia-La Molina por aceptar que se realice el trabajo de investigación en su prestigiosa comisaria, que nuestro padre Dios recompense con bendiciones y gracias.

Al CMD de la PNP Luis Alberto Baca Cornejo, comandante de la comisaria Santa Anita por aceptar que se realice el trabajo de investigación en su prestigiosa comisaria que Ud. Dirige, Le pido a Dios que recompense con muchas bendiciones.

Al personal de la PNP que labora en ambas comisarias, por su entusiasmo y cortesía en la entrega de los datos. Por la colaboración brindada durante la recolección de datos. Que Dios les recompense con muchas bendiciones.

Índice general

Dedicatoria	iv
Agradecimientos.....	v
Índice general.....	vi
Índice de tablas	ix
Índice de anexos	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiii
Capítulo I.....	14
El problema	14
1. Planteamiento del problema	14
2. Formulación del problema	16
2.1. <i>Problema general</i>	16
2.2. <i>Problemas específicos</i>	16
3. Objetivos de la investigación	17
3.1. <i>Objetivo general</i>	17
3.2. <i>Objetivos específicos</i>	17
4. Justificación del problema.....	19
4.1. <i>Aporte teórico</i>	19
4.2. <i>Aporte metodológico</i>	19
4.3. <i>Aporte práctico y social</i>	19
Capítulo II.....	20

Marco Teórico	20
1. Antecedentes.....	20
2. Marco bíblico filosófico.....	32
3. Marco teórico	33
3.1. <i>Estilos de vida</i>	33
3.2. <i>Riesgo cardiovascular</i>	38
3.3. <i>Modelos teóricos</i>	44
Capítulo III.....	46
Materiales y método	46
1. Diseño y tipo de investigación	46
2. Variables de la investigación	46
2.1. <i>Definición operacional de la variable 1</i>	46
2.2. <i>Definición operacional de la variable 2</i>	47
2.3. <i>Operacionalización de las variables</i>	48
3. Hipótesis de la investigación	50
3.1. <i>Hipótesis general</i>	50
3.2. <i>Hipótesis específicas</i>	50
4. Delimitación geográfica y temporal	51
5. Participantes	52
5.1. <i>Población</i>	52
5.2. <i>Muestra</i>	52
6. Técnica e instrumento de recolección de datos.....	54
6.1. <i>Cuestionario “Estilo de vida”</i>	54
6.2. <i>Ficha técnica de medidas antropométricas</i>	56

7. Proceso de recolección de datos.....	56
8. Procesamiento y análisis de datos	57
9. Consideraciones éticas.....	58
Capítulo IV.....	59
Resultados y discusión.....	59
1. Resultados.....	59
2. Discusión	73
Capítulo V.....	80
Conclusiones y recomendaciones.....	80
1. Conclusiones	80
2. Recomendaciones	80
Referencias	82
Anexos	93

Índice de tablas

Tabla 1.	54
Descripción de las variables sociodemográficas del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.	54
Tabla 2.	59
Estilos de vida del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.	59
Tabla 3.	60
Riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.	60
Tabla 4.	61
Relación entre los estilos de vida y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018	61
Tabla 5.	62
Relación entre la dimensión “nutrición” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018	62
Tabla 6.	64
Relación entre la dimensión “ejercicio” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.	64
Tabla 7.	66
Relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018...	66

Tabla 8.	68
Relación entre la dimensión “manejo del estrés” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.	68
Tabla 9.	70
Relación entre la dimensión “soporte interpersonal” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.....	70
Tabla 10.	72
Relación entre la dimensión “autoactualización” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.....	72

Índice de anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos.....	93
Anexo 2. Resultados descriptivos	98
Anexo 3. Prueba de confiabilidad.....	105
Anexo 4. Escala de medición de las dimensiones de estilo de vida.....	106
Anexo 5: Autorización institucional.....	107
Anexo 6. Autorización de comité de ética.	109
Anexo 7. Consentimiento informado.	110

Resumen

El objetivo del estudio de investigación fue determinar la relación entre estilos de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018. Fue un estudio cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal y correlacional. Participaron 144 policías por muestreo no probabilístico. Para la recolección de datos se aplicó un cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS_I) de Nola Pender y una ficha de datos antropométricos. Los resultados encontrados fueron: el 41,7% tienen la edad entre 20 a 33 años, el 77,1% son de sexo masculino, el 61,8% proceden de la costa, el 56,3% tuvieron un estado civil de casado y el 85,4% tuvo el grado de suboficial. Con respecto al estilo de vida del personal policial, se encontró que el 64,6% presentaron un estilo de vida poco saludable, el 29,2% saludable, y solo el 6,2% no saludable. Asimismo, se encontró que el 50% presenta un riesgo cardiovascular moderado, el 38,9% alto, y solo el 11,1% bajo. No se evidenció relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida y riesgo cardiovascular ($p=0,972$). Se concluyó que no existe relación entre el estilo de vida y riesgo cardiovascular según la hipótesis planteada.

Palabras claves: Estilo de vida (DeCS), técnicas de diagnósticos cardiovascular (MeSH).

Abstract

The aim of this research study was to determine the relationship between lifestyle and cardiovascular risk among personnel working at the police stations in Santa Felicia and Santa Anita, Lima 2018. This quantitative study was not experimental, but was correlational and used a cross section. 144 police officers participated through non-probability sampling. For data collection the PEPS_I lifestyle profile questionnaire by Nola Pender and an anthropometric data sheet were applied. The results were: 41.7% are aged between 20 to 33 years, 77.1% were male, 61.8% come from the coast, 56.3% were married and 85.4% were sub-officials. Regarding the lifestyle of police personnel, this study found that 64.6% had a somewhat unhealthy life style, 29.2% healthy, and only 6.2% unhealthy. Furthermore, 50% had a moderate cardiovascular risk, 38.9% had high risk, and only 11.1% low. No statistically significant correlation between lifestyle and cardiovascular risk ($p = 0.972$) was demonstrated. It was concluded that there is no relationship between lifestyle and cardiovascular risk according to the hypothesis.

Keywords: Lifestyle, cardiovascular diagnostic techniques

Capítulo I

El problema

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la salud (OMS, 2017), informó que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad a nivel mundial, ocasionando en el 2015 la defunción de 17,7 millones de habitantes, lo que representa el 31% de muertes registradas. Asimismo, en los últimos 15 años, la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares han causado la muerte de aproximadamente 15,2 millones de personas, siendo mayor la prevalencia en países bajos y medios.

Por otro lado, se estima que alrededor de 2,9 millones de personas fallecen de enfermedades cardiovasculares anualmente en Europa y 1,8 millones en la Unión Europea, representando el 45% y 37% de muertes, respectivamente. Del mismo modo, del costo total de estas enfermedades, alrededor del 53% (111 000 millones de euros) se deben a gastos sanitarios, el 26% (54 000 millones de euros) a pérdidas de productividad y el 21% (45 000 millones de euros) a la falta de atención de las personas con estas patologías (European Cardiovascular Disease Statistics, 2017).

La Organización Panamericana de Salud (OPS, 2014) indica que aproximadamente 89,6 millones de personas (27,7% de la población adulta de la región) son diagnosticadas con cardiopatías, siendo los ataques al corazón, la insuficiencia

cardíaca, la fibrilación y la hipertensión arterial las de mayor prevalencia. Igualmente, las estadísticas de cada país muestran que, más de un tercio de pobladores de Brasil, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela padecen de estas enfermedades, invirtiendo cerca de 30,9 millones de dólares al año (World Heart Federation, 2016).

Seguidamente, la OPS/OMS (2014) informa que del 43% de las enfermedades no transmisibles en pobladores peruanos de 30 a 69 años, el 16% fueron para las enfermedades cardiovasculares, de los cuales el 31% fallecieron prematuramente por enfermedad isquémica, el 19% por enfermedad hipertensiva y el 8% por insuficiencia cardíaca. De igual manera, el Ministerio de Salud (MINSa, 2016) indica que: “estas afecciones pueden evitarse con una intensa política de prevención en donde un estilo de vida saludable compuesto por actividad física regular de 30 minutos 5 veces por semana, alimentación balanceada con bajo consumo de sal en la dieta y baja ingesta de alcohol, además de no fumar, permitirán gozar de una vida más larga y saludable”.

Asimismo, el Fondo de aseguramiento en salud de la Policía Nacional del Perú (SaludPOL, 2018) señala que dentro de las 10 causas de morbilidad en consulta externa de las instituciones prestadoras de servicio de salud de la policía nacional del Perú (IPRESS PNP), un 3,8% (16,708 mil de personas) tienen enfermedades hipertensivas y el 2,3% (10,148) diabetes siendo esto unos de los factores principales del riesgo cardiovascular.

Sumado a esto, la Fundación Española del Corazón (2018) resalta que la práctica de estos estilos de vida pueden reducir en un 25% las muertes prematuras causadas por estas patologías.

El interés para este trabajo de investigación en los policías surge a partir de la revisión bibliográfica y la entrevista con el personal de la Policía Nacional del Perú donde refirieron: “Trabajamos turnos de 24x24 horas”, “La sobrecarga de trabajo no nos deja pasar tiempo en familia”, “Debido al trabajo no podemos comer a nuestras horas”, “No dormimos las horas adecuadas debió a las emergencias de la población”, “No contamos con un profesional de nutrición”, “Cuando estamos de servicio, en la calle consumimos gaseosas y galletas”, “Solemos tomar cervecita en nuestros días libres”, “No tengo tiempo para hacer ejercicio o ir al Gym”, “Si me enfermo compro pastillas en la farmacia más cercana a mi casa”, “No hay un buen clima laboral”.

Por tal motivo, el presente trabajo tiene como finalidad conocer la relación entre estilo de vida y riesgo cardiovascular en el personal que labora en la comisaria Santa Anita y Santa Felicia.

2. Formulación del problema

2.1. Problema general.

¿Cuál es la relación entre el estilo de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

2.2. Problemas específicos.

¿Cuál es el estilo de vida del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

¿Cuál es el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión “nutrición” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión “ejercicio” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión “manejo del estrés” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión “soporte interpersonal” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

¿Cuál es la relación entre la dimensión “autoactualización” riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018?

3. Objetivos de la investigación

3.1. Objetivo general.

Determinar la relación entre el estilo de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

3.2. Objetivos específicos.

Identificar el estilo de vida del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Identificar el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Determinar la relación entre la dimensión “nutrición” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Determinar la relación entre la dimensión “ejercicio” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Determinar la relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Determinar la relación entre la dimensión “manejo del estrés” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Determinar la relación entre la dimensión “soporte interpersonal” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Determinar la relación entre la dimensión “autoactualización” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

4. Justificación del problema

4.1. Aporte teórico.

El presente trabajo de investigación aporta información actualizada y sistematizada sobre los estilos de vida y el riesgo cardiovascular. Asimismo, servirá de antecedente bibliográfico para próximas investigaciones.

4.2. Aporte metodológico.

La metodología del estudio permitió conocer la relación entre la variable estilo de vida y riesgo cardiovascular. Asimismo, la aplicación del instrumento en una realidad antes no estudiada.

4.3. Aporte práctico y social.

El resultado del estudio permitió conocer sus estilos de vida y riesgo cardiovascular del personal policial, motivándolos al cambio y a la práctica de una vida más saludable. Del mismo modo, motivará al profesional de enfermería a realizar mayor actividad extramural, considerando a las poblaciones poco estudiadas, como lo son los trabajos policiales.

Beneficiará a la administración de la comisaría de Santa Anita y Santa Felicia para realizar programas de promoción de la salud.

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes

Trávez (2018), en su investigación sobre “Identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en miembros de la policía nacional de la unidad de control de tránsito y seguridad vial de la ciudad de Quito”, tuvo por objetivo identificar los factores de riesgo cardiovascular más importantes y su asociación al riesgo de enfermedad cardiovascular (RECV) mediante el modelo de Framingham. El estudio es multivariable transversal, con una población compuesta por 235 personas (226 hombres y 9 mujeres) asistentes a dicha institución. Obteniendo como resultado que 0,4% presentaron un alto riesgo cardiovascular y el 11,9% obtuvieron un riesgo moderado. Según la población de estudio se llegó a la conclusión que tienen mayor riesgo cardiovascular los varones que están en 31 a 40 años de edad, los que presentan; obesidad, un alto porcentaje de grasa corporal, consumo de cigarrillo, alcohol o drogas, hiperlipidemias, el escaso consumo de semillas y nueces y practican el sedentarismo.

Abril (2018), realizó una investigación sobre “Riesgo cardiovascular según la escala de Framingham en pacientes diagnosticados con HTA del centro de salud de la parroquia de San Miguelito de Píllaro, Ecuador”. El objetivo fue determinar el riesgo

cardiovascular, para luego brindar propuestas de acciones preventivas dirigidas a la disminución de la mortalidad en los pacientes objeto de estudio. El estudio fue de tipo descriptivo y observacional. Se aplicó la escala de Framingham a la población de muestra que cumplían con el criterio de inclusión y exclusión. En el 2017 se evaluó a 120 personas que oscilan entre los 30 a 74 años, siendo su riesgo total en mujeres un 59,17% y en varones un 40,83%, en las mujeres se encontró un 26,67% presentaron un alto riesgo, un 22,50% riesgo intermedio y solo el 10,00% presentó un riesgo bajo. Mientras que en los varones se encontró que el 32,50% presentó un riesgo alto, llegándose a la conclusión que el consumo de tabaco, la diabetes, y las alteraciones lipídicas son las características que aumentan el desarrollo de una enfermedad cardiovascular, si se lleva una vida saludable como; una alimentación balanceada, realizar ejercicio físico rutinariamente, el no consumo de cigarrillo y alcohol, podemos disminuir el riesgo presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años.

Codas, Chamorro, Figueredo, Achucarro y Martínez (2018) realizaron un estudio “Estilos de vida y riesgo cardiovascular y cardiometabólico en profesionales de salud del Hospital Regional de Encarnación, Paraguay”, con el objetivo de determinar el estilo de vida y su relación con el riesgo cardiovascular y cardiometabólico de los profesionales. El estudio fue observacional, prospectivo, descriptivo de tipo transversal, con componente analítico. Los datos se recolectaron a través de un cuestionario y mediante las medidas antropométricas (circunferencia de cintura). Se encontró como resultado que el 79% presentan un estilo de vida no saludable, un 78% un alto riesgo cardiometabólico y un 91% bajo riesgo cardiovascular a los 10 años. En conclusión, se encontró una asociación negativa, estadísticamente significativa, entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular–cardiometabólico.

Rosado (2018), realizó un trabajo titulado “Estilos de vida asociados a la Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes adultos del Centro de Salud Pampa Inalámbrica, Ilo. 2017”. Tuvo el objetivo de determinar los estilos de vida y su relación a la diabetes mellitus tipo II, en pacientes adultos que asisten al Centro de Salud. Es un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal. La recolección de datos fue mediante la aplicación de una encuesta. La muestra estuvo conformada por 100 pacientes asistentes a dichas instituciones, de los cuales la mitad (50) pertenecientes al programa de enfermedades no transmisibles diabetes mellitus tipo II y la otra mitad del programa sin diagnóstico de diabetes según sus dimensiones, en la actividad física un 96% mantienen una vida no saludable, de la misma manera en la dimensión recreación se encontró que el 42% mantiene una vida no saludable, en la dimensión autocuidado 62% se observó un estilo de vida no saludable, y finalmente los hábitos alimenticios no saludables en 72%, los hábitos nocivos 98% no saludable y la dimensión sueño 92% no saludable. Se concluye que los estilos de vida poco saludables se asocian significativamente a la presencia de la diabetes mellitus tipo II con un valor $P= 0.011$.

Zhunaula (2018) realizó una investigación sobre “Riesgo cardiovascular y su relación con el estilo de vida de los estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud en una universidad privada, Lima, 2017”, tuvo como objetivo determinar el riesgo cardiovascular y su relación con el estilo de vida. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra fue de 183 estudiantes seleccionados por muestreo no probabilístico. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta y una ficha de medida antropométricos. El estudio tuvo como resultado que el 67.3% son mujeres que oscilan entre los 18-23 años. En cuanto a las

dimensiones de estilo de vida se obtuvo que el 48.6% mantiene una condición física y deporte poco saludable mientras que el 50.8% presenta un buen estilo saludable en cuanto a recreación y manejo de tiempo libre. El 85.8% no consumen drogas, alcohol y tabaco asimismo el 66.1% son saludable en la dimensión de sueño. Por otro lado 56.3% son saludables en la dimensión nutrición. En autocuidado y cuidado médico 55.7% presentan un estilo de vida poco saludable. No se evidenció relación estadísticamente significativa entre RCV y el estilo de vida saludable ($p=0.234$). En conclusión, la mayoría (82%) de los estudiantes presentan un estilo de vida saludable y el 54% presentan un riesgo moderado de presentar alguna enfermedad cardiovascular.

Bedregal (2018) en su estudio titulado “Influencia de los estilos de vida en el índice de masa corporal de los policías que se atienden en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique”, Arequipa, 2017”. El principal objetivo fue establecer cómo los estilos de vida influyen en el índice de masa corporal de los policías. El estudio estuvo conformado por 90 efectivos policiales. Para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario, tallimetro y balanza. Los resultados obtenidos fueron que el 48.0% de los policías presentó obesidad de grado 1 y 2, el 28.0% sobrepeso y el 76.0% un exceso de peso corporal siendo estos los factores más significativos para desarrollar alguna enfermedad cardiovascular en los próximos 10 años. Por otro lado, en las dimensiones de los estilos de vida, se encontró que el 70.0% presenta un estilo de vida saludable en relación con la alimentación, el 75.6% no realizan actividad física, mientras que el 94.4% si realizan sus controles médicos periódicamente, asimismo en las dimensiones consumo de sustancias nocivas y descanso y sueño el 97.8% presenta un estilo de vida saludable. Como resultado general se obtuvo que el

personal policial el 56.0% practica un estilo de vida no saludables y el 44.0% sí práctica estilos de vida saludables. Se concluye que el índice de masa corporal actúa en forma dependiente de los estilos de vida, en la población estudiada se encuentra que sí existe una influencia significativa, ya que el estilo de vida no saludable influye en tener un índice de masa corporal elevada o la obesidad.

Felipe (2017) realizó una investigación sobre “Estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho – 2017”, siendo el objetivo establecer la relación entre estilos de vida y el riesgo a enfermedades cardiovasculares en los Profesionales de Enfermería. El estudio fue aplicativo, descriptivo, transversal y cuantitativo. La técnica utilizada fue una encuesta y un instrumento tipo cuestionario. Los resultados encontrados fueron que el 62,5% de los participantes no presentaron un riesgo cardiovascular, mientras que el 37,5% sí presentaron un riesgo a alguna enfermedad cardiovascular. Asimismo, en relación con el estilo de vida se encontró que el 70,0% mantienen un buen estilo de vida saludable y solo el 29,2% mantiene un estilo de vida no saludable. En conclusión, los participantes de esta investigación mantienen un buen estilo de vida y esto está relacionado que tienen un menor riesgo de presentar alguna enfermedad cardiovascular en el futuro. Siendo una de las características que la mayoría de los participantes mantienen una actividad física activa, como caminatas, ejercicio físico, deportes entre otros, el consumo de alcohol o cigarrillo no es habitual, sin embargo se encontró que los participantes no tienen un estilo de vida saludable en cuanto a la alimentación, ya que se encontró que la alimentación está basada en frituras, bebidas azucaradas, y en cuanto al sueño se encontró que hay participantes que trabajan en

varios lugares siendo esto más cansado y alterando el sueño que terminan en el consumo de algún medicamento para conciliar el sueño.

Carbajal y Laurente (2017), en su estudio sobre “Estilos de vida e índice de masa corporal en efectivos policiales, comisaria sectorial Santa Ana, Huancavelica, 2017”, tuvo como objetivo determinar la relación entre estilos de vida e índice de masa corporal en efectivos policiales de la comisaria sectorial Santa Ana. El estudio fue descriptivo, inductivo - deductivo, diseño no experimental transeccional correlacional. Se tuvo como población de muestra 70 efectivos policiales. Para la recolección de datos se utilizó un instrumento de escala y la técnica de la observación, tallimetro y balanza. Los resultados encontrados fueron que el 61,4% no tienen un buen estilo de vida mientras que el 38,6% si presentan un buen estilo de vida saludable. En relación con el IMC se encontró que el 48.6% presenta un IMC normal, 48.6% presentó sobrepeso y solo el 2,9% presentó una obesidad grado I. En la dimensión alimentación, el obtuvo que el 78. 6% no es saludable, solo el 21.4% es saludable; con respecto a la dimensión actividad física, se encontró que el 57.1% no es saludable mientras que el resto si presenta un estilo saludable. En la dimensión control médico, se obtuvo que el 61.4% no es saludable y solo el 38.6% es saludable; en la dimensión consumo de sustancias nocivas, se encontró que el 55.7% no es saludable y solo el 44.3% es saludable; en la última dimensión descanso y sueño se encontró que el 80.00% no es saludable y solo un 20.00% presenta un estilo saludable. En conclusión, en cuanto a la relación entre estilos de vida e índice de masa corporal en los efectivos policiales de la Comisaria Sectorial Santa Ana Huancavelica 2017, no es significativa.

Fernández y Leyva (2016), en su estudio “Riesgo cardiovascular en adultos integrantes de la iglesia de Dios de la profecía de El Porvenir, Trujillo, noviembre,

2015”, tuvieron el objetivo de determinar el riesgo cardiovascular en adultos integrantes de la iglesia de Dios de la Profecía de El Porvenir. El estudio fue descriptivo simple, prospectivo y de corte transversal. La población de muestra fue de 76 personas que están entre los 18 y 80 años de edad. Para la recolección de datos se utilizó el IMC, índice aterogénico y el score de Framingham, y una encuesta. Los resultados encontrados fueron que el 11.5% presenta obesidad clase I en adultos que están entre 50 – 65 años de edad, y las mujeres presentan un 26.3% sobrepeso siendo más alto que los varones. En el índice aterogénico se encontró que entre la edad de 34 y 49 años presentan un riesgo aterogénico con un 19,7%, mientras que es más elevado entre la edad de 50 y 65 años con un 21.1%. Según el score de Framingham se encontró que las mujeres presentan un 13.2% riesgo y los varones presentan un 11.8% de riesgo. En conclusión, la población estudiada presentó un riesgo moderado, por lo cual se sugiere la modificación de sus hábitos de vida como una medida de prevención primaria para la salud.

Cando (2016) en su investigación titulado “Factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida, en adolescentes escuela de la fiscal Federico Gonzáles Suárez, sector EU05, San Miguel – Salcedo, 2015-2016”. Con el objetivo de identificar factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida, en adolescentes de la escuela fiscal Federico González Suárez. Es un estudio de campo, relacional, observacional y transversal. La población fue de 254 participantes entre hombres y mujeres, con una muestra de 158, seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó las medidas antropológicas, exámenes de laboratorio y una encuesta sobre estilo de vida. Para el procesamiento de datos fue utilizado el programa estadístico SPSS versión 20. Para determinar la significancia se utilizó la prueba Chi

cuadrado de Pearson (χ^2) con una $p < 0,05$. Los resultados obtenidos fueron que el 24,1% de los escolares presentaron sobrepeso, el 19,6% presentó obesidad abdominal, el 3,8% obtuvo hipertensión, el 17,7% presentó glucemia alterada en ayunas, el 47,5% presentó hipercolesterolemia, el 62,7% presentó LDL colesterol alto, y por último el 43,7% hipertrigliceridemia. En relación con las dimensiones de estilos de vida se encontró que el 75,9% deben realizar algunos cambios en su vida, el 39,2% realizan alguna actividad física ligera, y el 22,2% presentaron que no realizan ninguna actividad física. En conclusión, no se halló significancia estadística entre los factores de riesgo cardiovascular y los estilos de vida de los adolescentes, pero se encontraron algunos factores de riesgo cardiovasculares, en la población estudiada se encontró que las mujeres presentaron sobrepeso, glucosa alterada en ayunas, colesterol-HDL bajo y triglicéridos, y en los hombres se encontró obesidad general, obesidad abdominal, hipertensión, colesterol total y colesterol-LDL elevados, por lo que se debe realizar algunos cambios en el estilo de vida que lleva cada participante para disminuir contraer una enfermedad cardiovascular.

Espinoza (2016) realizó un trabajo titulado “Estilo de vida del profesional de enfermería pertenecientes a la micro red de San Vicente Cañete – 2016” con el objetivo de determinar los estilos de vida del profesional de enfermería perteneciente a la Micro Red de San Vicente Cañete. El estudio fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, prospectivo y transversal. Se utilizó la técnica de la encuesta de Perfil de estilo de vida de Nola Pender. La población de muestra fue de 51 profesionales de enfermería. Los resultados reportados fueron que el 56,9% mantiene un buen estilo de vida saludable y el 43,1% no mantiene un buen estilo de vida saludable, el 54,9% no mantienen una buena alimentación, asimismo el 78,4% no realizan ejercicio físico,

el 60,8% presenta en la dimensión responsabilidad en salud un estilo de vida no saludable, el 74,5% presentan un alto nivel de estrés; el 76,5% en la dimensión soporte interpersonal tuvo un buen estilo de vida saludable y en la última dimensión actualización se encontró que el 88,2% presenta un buen estilo de vida saludable. En conclusión, se encontró un alto porcentaje de los poblacionales mantienen un estilo de vida no saludable que las siguientes dimensiones nutrición, ejercicio, responsabilidad por su salud y manejo de estrés. Mientras en las dimensiones soporte interpersonal y autoactualización se encontró un estilo de vida saludable.

Palomares (2014), en su trabajo sobre “Estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud, Lima, 2014”, tuvo el objetivo de analizar una correlación entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional en profesionales de la salud de un hospital del MINSA. El estudio fue observacional, analítico, correlacional, de corte transversal y prospectivo. La población fue de 106 profesionales de la salud, entre hombres y mujeres. Se utilizó el instrumento EVS para determinar el estilo de vida. Los resultados encontrados fueron que el 72.6% de los profesionales presentan un estilo de vida poco saludable, el 24.5% presentan un estilo de vida saludable y solo un 2.8% presentan un estilo de vida muy saludable. En las medidas antropométricas se encontró que el 68% presentó sobrepeso y obesidad; el 70.7% presenta un alto riesgo cardiometabólico; el 34% presenta grasa visceral alto, el 34%; mientras que la grasa corporal está en un nivel alto con un 88.7%. Llegó a la conclusión que según la correlación de Spearman, se encontró una asociación negativa entre los estilos de vida saludables y el estado nutricional.

López (2015), en su investigación sobre “Factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la división El teniente de Codelco, Chile”, tuvo el objetivo de

caracterizar los factores de riesgo cardiovascular y estimar el riesgo coronario en una población de trabajadores activos de la minería. El estudio fue descriptivo, de corte transversal. La población de estudio fue de 4627 trabajadores de la división El teniente de Codelco. En el resultado se encontró algunos factores de riesgo en la población siendo de mayor prevalencia el sobrepeso u obesidad con un 86,54%, seguido por el sedentarismo con un 80,87%, luego la prevalencia de dislipidemia con un 74,26%, seguido de la hipertensión con un 47,69%, con un 31,55% presenta consumo de tabaco, solo un 10,59% presenta diabetes. Según los puntajes de la escala de Framingham, la población presenta un bajo riesgo un 36,44%, un riesgo moderado un 25,88%, un riesgo alto un 29,23% y solo el 8,44% presenta un riesgo máximo. El resultado general que presenta la población en estudio fue el 80,88% presenta un riesgo bajo, un 7,16% presenta un riesgo moderado y solo el 11,95% presenta un riesgo alto. En conclusión, la alta prevalencia de factores de riesgo en la población de estudio presenta un riesgo de presentar alguna enfermedad coronaria en los próximos 10 años.

Mucha y Ramos (2014), en su estudio sobre “Relación de los estilos de vida con el riesgo cardiovascular en los docentes de la Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, 2013”. Tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de vida con el riesgo cardiovascular en los docentes de la Universidad Nacional del Centro del Perú, esta investigación es de tipo descriptivo, correlacional, transversal. La muestra fue de 179 docentes, adulto entre hombres y mujeres. La técnica para la recolección de datos fue una encuesta y un cuestionario sobre estilo de vida y para la detección del riesgo cardiovascular se utilizó las tablas de predicción del riesgo cardiovascular de la OMSIISH y para la detección de la hipertensión se utilizó la clasificación dada

por el MINSA y el JNC. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa estadístico SPSS 21 y Microsoft Excel 2013, se aplicó la prueba del Chi cuadrado, "r" de Pearson, Tau_b Kendall y Rho de Spearman. Los resultados presentaron que el 70% de los docentes tienen un estilo de vida no saludable, de los cuales el 51% presentan leve riesgo cardiovascular y solo el 45% presentan un bajo riesgo cardiovascular, por lo tanto, se encontró una relación inversamente significativa entre ambas variables siendo la conclusión que a menor practica de estilos de vida saludables existe un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

Valdiviezo (2013), en su trabajo titulado "Valoración del estado nutricional, consumo de alimentos y estilos de vida del grupo de operaciones especiales (GOE) de la policía nacional del Cantón Guano provincia de Chimborazo, Ecuador, 2013", tuvo como finalidad la valoración del estado nutricional, consumo de alimentos y estilos de vida del grupo de operaciones especiales. Fue un estudio de tipo no experimental-descriptivo. La población estuvo conformada con 30 policías. La técnica para la recolección de datos fue una encuesta previo consentimiento informado. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa JPM v5.1, dentro de las características generales con relación a los resultados se encontró que el 43,3% presenta un índice de masa corporal normal y el 56,6% padece algún problema de sobrepeso y obesidad, el 16,7% tiende a sufrir algún problema cardiovascular, el 70% de servidores posee un porcentaje de grasa de obesidad, en el control de glicemia el 100% estaban dentro de los valores normales, asimismo, en el control de colesterol HDL el 86,7% presentaron sus resultados dentro de los valores normales, y solo el 10% presento alto, en cuanto al colesterol LDL el 66,7% presento normal y un 33,3% presento límite alto, colesterol total 83,3% normal y un 16,7% límite alto, en cuanto a los valores de

triglicéridos se encontró que el 93,3% están dentro de lo normal y solo el 6,6% levemente aumentado, el consumo de grasa es del 23,3%, el consumo de fruta, vegetales y fibra es de un 53,3% bajo, el 23,3% consume algún tipo de bebida alcohólica, el 90,0% tiene una dependencia baja a la nicotina y el 100% realiza actividad física habitualmente. Concluyendo que existe una relación estadística entre el diagnóstico del índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia abdominal.

Cardenas (2013), en su estudio sobre "Estilos de vida y el índice de masa corporal en los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte, Lima, 2012", tuvo el objetivo de determinar los estilos de vida y el índice de masa corporal en los Policías que laboran en la Comisaría Alfonso Ugarte. El estudio fue cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 95 policías. La técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo cuestionario. El resultado encontrado fue que el 58% de los policías presentan un estilo de vida no saludable y solo el 42% presenta un estilo de vida saludable. En cuanto al índice de masa corporal, el 48% presentaron una obesidad grado I, el 38% presento sobrepeso y solo el 14% presenta un índice de masa corporal dentro de los valores normales. Según la dimensiones de estilo de vida se encontró que el 61% no presenta una alimentación saludable y solo el 39% presenta una alimentación saludable, con respecto a la dimensión actividad física, el 76% no realiza ninguna actividad física y solo el 24% sí realiza alguna actividad física; en la dimensión asistencia a los controles médicos, el 51% no asisten rutinariamente a sus controles médicos y solo el 49% sí asisten rutinariamente a sus controles médicos; en la dimensión consumo de sustancias nocivas, se encontró que el 63% de la población

consume alguna sustancias nocivas y solo 37% no consume alguna sustancias nocivas; finalmente, el estudio reveló que el 60% de los efectivos presentan un estilo de vida no saludables en relación con las dimensiones descanso y sueño, alimentación, actividad física, controles médicos, consumo de sustancias nocivas. Y un alto prevalencia de sufrir alguna enfermedad cardiovascular en los próximos años, por los factores de riesgo presentados en la población siendo uno de los más resaltantes el elevado que se obtuvo en el índice de masa corporal.

2. Marco bíblico filosófico

Esta investigación se sustenta en un trasfondo filosófico, cuyas ideas fundamentales se exponen: que en la actualidad la idea de salud está generalmente relacionada a la dimensión física, lo cual es un enfoque parcial e insuficiente para satisfacer las demandas reales de bienestar y calidad de vida que cada individuo necesita ya que cuando maltratamos nuestro cuerpo, mente y espiritualidad no podemos llegar a cumplir el propósito de Dios. Asimismo, en 1ra. De Corintios 6; 15 - 20, menciona “¿No sabéis que vuestros cuerpos son miembros de Cristo?” “¿O ignoráis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, el cual está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Porque habéis sido comprados por precio; glorificad, pues, a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios”, Nuestro cuerpo es la propiedad que nos dio Cristo, y no estamos en el derecho de hacer con ello lo que nos parezca. El hombre ha tratado su cuerpo como si las leyes que lo rigen no tuvieran ninguna penalidad. Debido al apetito pervertido, sus órganos y facultades se han debilitado, se han enfermado y se han inutilizado.

White (1959) “El aire puro, el sol, la abstinencia, el descanso, el ejercicio, un régimen alimenticio conveniente, el agua y la confianza en el poder divino son los verdaderos remedios” pag.80. Las enfermedades no solo afectan al cuerpo, si no a la mente, por esta razón es importante mejorar la calidad de vida de cada persona, el mal cuidado del cuerpo acorta el periodo de vida.

3. Marco teórico

3.1. Estilos de vida.

3.1.1. Definición.

Ojeda, Bertos y Bertos (2015) definen el estilo de vida como “conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, que mantenidos en el tiempo pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza” (pag.1).

Por otro lado, Cárdenas (2013) indica que “son comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de necesidades humanas para lograr el bienestar. Son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar” (pag. 20).

Asimismo, Cudas et al., (2018) refieren que el estilo de vida son los comportamientos que un individuo realiza de forma consciente y voluntaria a lo largo de su vida. De la misma manera, Rosado (2018) señala que el estilo de vida está basada en las acciones provenientes de las creencias, actitudes, hábitos de las personas que optan para el trascurso de sus vida. Los estilos de vida se caracterizan por poseer un determinado grupo de variables que pueden definir al ser humano, el

llevar un estilo de vida saludable; buena salud o el llevar un estilo de vida no saludable; que conlleva a enfermedades perjudiciales para la salud de la persona.

3.1.2. Clasificación de estilo de vida.

Cárdenas (2013) menciona que el estilo de vida saludable son hábitos protectores que las personas adquieren para alcanzar la satisfacción de las necesidades humanas, logran do un bienestar físico y mental.

Asimismo, Mucha y Ramos (2014) señalan que el estilo de vida saludable son determinados por la presencia de conductas, creencias, hábitos y acciones para el bienestar propio, lo cual son vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

Por otro lado, Felipe (2017) menciona que el estilo de vida no saludable son un conjunto de patrones conductuales y hábitos negativos que ponen en riesgo el bienestar de su salud y que afectan directamente su desarrollo. El practicar estos estilos de vida no saludables conllevan al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social (Mucha y Ramos,2014).

Asimismo, Vásquez (2017) sostiene que el estilo de vida no saludable está íntimamente relacionado con las enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias y vasculares, la modificación del estilo de vida como realizar ejercicio, llevar una buena alimentación, no consumir alcohol y tabaco pueden retrasar o disminuir estos riesgo.

3.1.3. Dimensiones de estilo de vida.

Dimensión nutrición.

Según Cardenas (2013), en la edad adulta mantener una alimentación equilibrada, variada y sana puede prevenir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Mantener una dieta de acuerdo a la edad, sexo y actividad física puede asegurar que se reciban los nutrientes necesarios para mantener una buena salud.

Dimensión ejercicio.

Cerecero, Hernández, Aguirre, Valdés, & Huitrón (2009), menciona que la inactividad física es el factor de riesgo más relevante en la enfermedades cardiovasculares, como consecuencia aumenta la morbilidad y la mortalidad prematura por enfermedades crónicas. Por otro lado, la actividad física puede reducir o eliminar el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis, cáncer de colon y cáncer de mama.

Asimismo, Cárdenas (2013) señala que la actividad física es el realizar cualquier movimiento corporal por los músculos esqueléticos que provoca un gasto de energía, como realizar actividades cotidianas, caminar , correr durante 60 o 90 minutos varias veces a la semana, mientras que el ejercicio físico es la actividad física estructurada, planificada, y repetitiva siendo el objetivo la disminución de peso o mantenimiento de la forma física.

Según Mengarelli (2011), el aumento del gasto cardiaco mediante el ejercicio o la actividad física, es un componente muy importante para la disminución de las enfermedades cardiacas. La disminución del peso mejora la sensibilidad a la insulina, disminuyendo la glucosa en personas obesas no diabéticas, asimismo se asocia a la

reducción de los valores de triglicéridos, colesterol total, LDL y aumento de concentraciones de HDL. De la misma manera la reducción del peso se asocia a la disminución de los parámetros de la presión arterial. Siendo de vital importancia para la disminución de factores riesgo cardiovascular.

Dimensión responsabilidad en salud

Laguado y Gómez (2014) menciona que “la responsabilidad en la salud implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional”.

Dimensión manejo del estrés

Ávila (2014) señala que el estrés es una reacción fisiológica provocada por alguna situación difícil que este atravesando que con el tiempo afecta diferentes funciones del organismo generando algún tipo de enfermedad o problema de salud. En la actualidad, se puede manejar y controlar el estrés con tan solo cambiar el estilo de vida dependiendo del tipo o fase de estrés que este atravesando. El estilo de vida, el realizar ejercicio físico, mantener una alimentación equilibrada y balanceada y otras terapias de relajación son cruciales al momento de elegir una terapia adecuada para contrarrestar el estrés por tal motivo tener conocimiento adecuado de este padecimiento es de interés general debido a que nadie está exento de sufrir esta enfermedad.

Asimismo, Mas (2017) refiere que son aquellos momentos que hemos vivido y que no hemos podido con las situaciones que nos han generado sensaciones de peligros o amenaza de estrés se asocia a emociones negativas y dolorosas. Sin embargo, el

estrés es una experiencia habitual en nuestra vida; situaciones de carácter personal, familiar, social y laboral, pueden ser causas del estrés.

Dimensión soporte interpersonal

Vera (2017) sostiene que es la interacción entre los individuos que incorpora la expresión de afecto, apoyo, comunicación, tanto positivas como negativas, facilitando el desarrollo de habilidades sociales, empatías con otros usuarios, conductas y valores para enfrentar conflictos, fracasos, frustraciones, con el objetivo de crear climas de bienestar en el ambiente familiar, social y laboral.

Por otra parte, Espinoza (2016) señala que la necesidad de relacionarse se ha convertido como una de las necesidades básicas del hombre, por lo tanto vivir en un grupo y relacionarse como semejantes no es solo ventajoso, sino que es necesario para el bienestar propio. Asimismo, Mamani (2015) menciona que aquellos que interactúan con otros son más saludables tanto física como mentalmente que los que no interactúan mucho. La interacción con la familia y amigos provee el apoyo práctico y emocional la cual les permite permanecer en el ambiente comunitario y reducir la necesidad de usar los servicios de salud.

Dimensión Auto actualización

Frankl (1992) refiere que la autorrealización o auto actualización tiene tres indicadores importantes tales como la percepción de la vida, la conformidad con las propias capacidades y por último la felicidad; el primero alude a una motivación humana que impone la búsqueda del sentido de nuestras vidas, que se refleja en cuanto damos valor a la vida y a la espiritualidad; la segunda hace referencia al nivel de realización de las personas y cómo afrontan los obstáculos de la vida siendo de

importancia para el bienestar de la salud y por último el tercer aspecto es la felicidad donde menciona que a lo largo de la vida hay eventos positivos como negativos que hacen que la persona se movilice por encima o por debajo de su nivel singular de felicidad (Espinoza, 2016).

3.2. Riesgo cardiovascular.

3.2.1. Definición.

El Ministerio de Salud (MINSA, 2016) define “Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de tiempo, generalmente por 10 años, el cual va a depender del número de factores de riesgo que estén presentes simultáneamente en el individuo”.

De igual manera, Choque, Huaman y Mejia (2015) señalan que un factor de riesgo cardiovascular se considera a aquellos hábitos, antecedentes o situaciones que aumentan las probabilidades de contraer una enfermedad cardiovascular en un futuro más o menos cercano.

Asimismo, Vásquez (2017) sostiene que la aparición de la enfermedad y su progresión están relacionadas por la presencia de los llamados factores de riesgo tales como el consumo de tabaco, diabetes, hipertensión, vida sedentaria y colesterol elevado. A más factores de riesgo más probabilidad de contraer una enfermedad del corazón.

3.2.2. Fisiología de enfermedad cardiovascular.

La OMS (2017) define que las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales suelen ser provocadas por la obstrucción en los

vasos sanguíneos que impiden que fluya normalmente la sangre hacia el corazón o el cerebro. Dentro de las causas más frecuentes esta la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos o coágulos de sangre. Asimismo, tener en cuenta que el estilo de vida no saludable como la inactividad física, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, dietas malsanas y la obesidad, diabetes, hiperlipidemia e hipertensión arterial son los factores de riesgos más importantes para contraer alguna enfermedad cardiovascular.

Por otro lado, Poma (2016) señala que para llegar a tener un enfermedad cardiovascular existe un proceso inflamatorio, complejo y que puede ser prevenible, llamada también aterosclerosis. Todas estas fases son asintomáticas que conlleva un largo tiempo, causando engrosamiento y pérdida de elasticidad de las arterias y venas que tenemos en nuestro cuerpo, causando estrechamiento de su lumen, provocando a que no llegue sangre oxigenada a los lugares más distales de nuestro cuerpo. Este fenómeno se inicia durante la infancia y la adolescencia con el depósito de estrías grasas, lesiones que progresan durante la vida adulta, estos factores van creciendo dependiendo de la presencia, severidad y del tiempo de permanencia. A mayor factor de riesgo más probabilidad de contraer una enfermedad cardiovascular. Las placas ateroscleróticas, compuestas por lípidos, células inflamatorias y musculares, tejido conectivo y depósitos de calcio, se clasifican en placas estables o inestables, de acuerdo al riesgo de ruptura.

3.2.3. Enfermedades cardiovasculares más frecuentes.

Enfermedades cardíacas isquémicas.

Según Abbas y Mitchell, en el 2008, refiere que “Cardiopatía isquémica es una denominación genérica para un grupo de síndromes relacionados que se deben a isquemia miocárdica, un desequilibrio entre la vascularización sanguínea del corazón (perfusión) y la necesidad de oxígeno del miocardio. Aunque la isquemia se debe a un aumento de las necesidades (aumento de la frecuencia cardíaca, hipertensión, etc.) o una disminución de la capacidad de transporte de oxígeno (como la anemia, intoxicación por monóxido de carbono), en la gran mayoría de casos se debe a una reducción del flujo sanguíneo coronario producido por la enfermedad aterosclerótica obstructiva” (Barrera, 2015).

Enfermedades cerebrovasculares.

El Hospital Universitario San Ignacio en el año 2003 señala que “La enfermedad Cerebrovascular consiste en un conjunto de síntomas y signos rápidamente progresivos de pérdida focal de la función cerebral, sin otra causa aparente que el origen vascular. Su severidad varía desde la recuperación en menos de 24 horas, hasta la recuperación incompleta, la discapacidad severa y la muerte” (Barrera, 2015).

3.2.4. Factores de riesgo no modificables.

Los factores de riesgo no modificables son factores tales como la edad y género ya que no podrán ser modificados mediante cambios de estilo de vida.

Edad.

Según Pampa (2017), con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse, dando lugar a aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias tienden a

endurecerse y como consecuencia a perder su flexibilidad, impidiendo bombear la sangre del corazón a los músculos del cuerpo. A partir de los 65 años de edad, las mujeres y varones tienen a tener el mismo riesgo cardiovascular. Asimismo, Barrera (2015) señala la prevalencia y la incidencia cardíaca se duplican a partir de los 40-45 años. Asimismo, se ha establecido que los hombres desde los 45 años y las mujeres desde los 55 años aumentan la probabilidad de desarrollar alguna enfermedad cardiovascular.

Sexo.

Barrera (2015) menciona que los hombres tienen mayor riesgo de una enfermedad coronaria, pero este riesgo se iguala cuando la mujer llega a la menopausia. Gracias a que las mujeres tienen hormonas protectoras proporcionadas por los estrógenos, que desaparecen cuando inicia la menopausia. Donde las mujeres presentan mayor incidencia de desarrollar diabetes y obesidad después de la menopausia.

Según Becerra (2003), “Los estrógenos disminuyen de forma aguda la respuesta vasoconstrictora coronaria de la acetilcolina y potencian la vasodilatación dependiente del endotelio en las arterias coronarias en la mujer. La protección de los estrógenos contra el efecto aterogénico de los lípidos en la pared vascular es evidente en la hipercolesterolemia familiar; las mujeres están protegidas hasta la menopausia frente al desarrollo de enfermedad coronaria, mientras que más del 50% de los varones tienen enfermedad coronaria sobre los 50 años” (Barrera, 2015).

Asimismo, Abril (2018) menciona que tras la menopausia la mujer aumenta la predisposición de presentar una enfermedad cardiovascular, ya que es un complejo mecanismo en el cual interactúan múltiples factores, como en los cambios

hormonales, la disfunción endotelial, con los receptores de estrógenos; asimismo, hay una relación del sistema renina angiotensina aldosterona, los estrógenos y la hipertensión en la mujer.

3.2.5. Factores de riesgo modificables.

Los factores de riesgo modificables son aquellos que pueden ser modificados para la prevención de enfermedades cardiovasculares, tales como índice de cintura/cadera, diabetes, hipertensión.

Índice de circunferencia/cadera.

Asimismo, Gómez (2013) refiere que la OMS, en el 2011, propone el índice de cintura/cadera (ICC) detecta la obesidad abdominal y el riesgo cardiovascular asociado a ella, aunque la mayoría de los datos se obtuvieron a partir de poblaciones europeas. Los indicadores antropométricos antes mencionados son usados como herramientas para el escrutinio de enfermedades crónicas y como factor pronóstico de las mismas.

La circunferencia de la cintura o llamado también perímetro abdominal es un parámetro antropométrico es muy usado para valorar la obesidad y el contenido de grasa abdominal y, aunque existen diferentes criterios para definir la existencia de obesidad abdominal y el aumento del riesgo cardiovascular (Namoc, 2014).

De la misma manera, González, Montero y Rio (2013), en estudios recientes, sugieren “una mayor eficacia del índice cintura cadera frente al tradicional índice de masa corporal (IMC) para predecir el riesgo de padecer trastornos cardiovasculares” (Gonzales, 2010).

Hipertensión arterial.

OMS (2017), menciona que la hipertensión es factor principal para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. La hipertensión está definida como tensión arterial sistólica ≥ 140 mmHg y/o tensión arterial diastólica ≥ 90 mmHg) en adultos mayores de 18 años, en el 2014 se alcanzó una cifra a nivel mundial que alrededor de un 22% sufren de la presión alta. De la misma manera, Escobar y Mariño (2016), señala que la hipertensión arterial es uno de los factores principales de riesgo para el inicio y la progresión de enfermedades cardiovasculares. Asimismo, se ha estimado que cuando existe hipertensión hay una probabilidad de desarrollar infarto agudo de miocardio en un 59%, lo cual representa un problema significativo para la salud pública.

De la misma manera, Abril (2018) menciona que la hipertensión arterial (HTA) es considerado como principal factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca siendo mayor su prevalencia en una edad avanzada, afectando a mil millones de personas en el mundo. El control de la HTA, la práctica de estilos de vida saludable reduce la morbimortalidad coronaria.

Diabetes.

Según Vásquez (2017), la diabetes es un factor de riesgo potencial para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, ya que tanto si la producción de insulina es insuficiente o si existe una resistencia a su acción, la glucosa se acumula en la sangre más de lo normal causando hiperglucemia. El aumento de la glucosa daña progresivamente arterias y venas, acelera el proceso de arteriosclerosis, aumentando el riesgo de padecer una enfermedad como el infarto agudo de miocardio, la angina de pecho, y la muerte cardíaca súbita. El riesgo cardiovascular

de una persona diabética de padecer un evento cardiovascular se iguala al de una persona no diabética que haya tenido un infarto.

Sobrepeso/Obesidad.

OMS (2018) menciona que el sobrepeso y la obesidad es una enfermedad metabólica, se caracteriza por el acumulo anormal o excesiva de grasa en cualquier parte del cuerpo, que puede ser perjudicial para la salud. Para identificar el sobrepeso y la obesidad se utiliza el índice de masa corporal (IMC), que es la relación entre el peso y la talla, lo cual se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). El IMC elevado es un factor de riesgo para desarrollar cardiopatías, ACV, diabetes, algunos canceres que afecta al individuo.

3.3. Modelos teóricos.

3.3.1. Modelo de la Promoción de la Salud – Nola J. Pender.

Raile & Marriner (2011) mencionan que el modelo de promoción de la salud está orientado hacia la motivación por aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano, el profesional de salud es base para ello, teniendo en cuenta que cada persona tiene su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores son variables. Las conductas de las personas pueden ser hereditarias y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud ya que las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana, las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias, las personas. El modelo de promoción de la salud sirve para valorar los estilos de vida. Esta teoría se sigue modificando y comprobando por su poder de

explicar las relaciones entre los factores que se cree que influyen en los cambios en conductas de salud.

Capítulo III

Materiales y método

1. Diseño y tipo de investigación

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo ya que permitió medir y analizar estadísticamente las variables. Este enfoque utiliza la recolección de datos para comprobar hipótesis de diseño no experimental porque no se manipularon las variables, es decir se observó los fenómenos tal y como se dan en su contexto natural; fue corte transversal porque se recogió los datos en un determinado momento; y, por último, fue de tipo correlacional, porque se buscó la relación entre la variable estilo de vida y riesgo cardiovascular (Sampieri, Fernández y Bautista, 2014).

2. Variables de la investigación

2.1. Definición operacional de la variable 1.

Estilo de vida: Es un conjunto de comportamientos, hábitos y conductas que el individuo adquiere a lo largo de la vida, ya sea positivo o negativa para el bienestar de su salud.

2.2. Definición operacional de la variable 2.

Riesgo cardiovascular: Son hábitos, antecedentes o situaciones que aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad cardiovascular.

2.3. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Estilo de Vida	Ojeda, Bertos y Bertos (2015) el estilo de vida es el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona, que mantenidos en el tiempo pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad dependiendo de su naturaleza.	<p>El estilo de vida será medido con el cuestionario “Estilo de vida” el cual consta de dimensiones.</p> <p>El cuestionario de “Estilo de vida” de Nora Pender fue validado por Díaz (2016).</p> <p>Los resultados serán: Saludable: 121-192 No saludable: 48-120</p> <p>Dimensión Nutrición Saludable 1- 24 No saludable 6- 15</p> <p>Dimensión Ejercicio Saludable 14-20 No saludable 5-13</p> <p>Responsabilidad en salud Saludable 26-40 No saludable 10-25</p> <p>Dimensión Manejo de estrés</p>	Nutrición	Tipo de dieta Frecuencia de alimento Calidad de alimento.	1, 5,14,19,26, 35	Escala de Likert Nunca: 1; A veces: 2; Frecuentemente: 3; Rutinariamente: 4
			Ejercicio	Tipo de actividad Horario de ejercicios Frecuencia	4,13,22,30,38.	
			Responsabilidad en salud	Asistencia médica Preocupación a la salud Asistencia de programa educativo	2,7,15,20,28,32,33,42,43,46.	
			Manejo de estrés	Relajación Fuentes de tensión Meditación control de estrés	6,11,27,36,40,41,45.	

		<p>Saludable 18-28 No saludable 7-17</p> <p>Dimensión Soporte Interpersonal</p> <p>Saludable 18-28 No saludable 7-17</p> <p>Dimensión Auto actualización</p> <p>Saludable 33-52 No saludable 13-32</p>	<p>Soporte Interpersonal</p>	<p>Expresión del problema</p> <p>Expresión de sentimientos</p> <p>Pasatiempos</p>	<p>10,18,24,25, 31,39,47.</p>	
			<p>Auto actualización</p>	<p>Autoestima</p> <p>Optimismo</p> <p>Crecimiento personal</p> <p>Satisfacción personal</p>	<p>3,8,9,12,16, 17,21,23,29, 34,37,44,48.</p>	
Riesgo cardiovascular	<p>El exceso de grasa intraabdominal está relacionado a las alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Tarqui, Alvarez, & Espinoza, 2017),</p>	<p>El riesgo cardiovascular será medio con una ficha de medidas antropométricas.</p> <p>El puntaje final esta categorizado en:</p> <p>Riesgo cardiovascular alto</p> <p>Riesgo cardiovascular moderado</p> <p>Riesgo cardiovascular bajo</p>	<p>Índice cintura/cadera</p> <p>División entre la circunferencia de cintura y la circunferencia de cadera.</p>	<p>Circunferencia de cintura</p> <p>Circunferencia de cadera</p>	<p>Mujeres:</p> <p>< 75 = Riesgo bajo</p> <p>0.75 - 0.85 = Riesgo moderado</p> <p>> 85 = Riesgo alto</p> <p>Varones:</p> <p>< 90 =Riesgo bajo</p> <p>0.90 – 1.00 =Riesgo moderado</p> <p>>1.00 = Riesgo alto</p>	<p>1: Riesgo bajo</p> <p>2: Riesgo moderado</p> <p>3: Riesgo alto</p>

3. Hipótesis de la investigación

3.1. Hipótesis general.

Ha: Existe relación entre el estilo de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.

Ho: No existe relación entre el estilo de vida y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.

3.2. Hipótesis específicas.

Ha: Existe relación entre la dimensión “nutrición” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ho: No existe relación entre la dimensión “nutrición” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ha: Existe la relación entre la dimensión “ejercicio” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ho: No existe relación entre la dimensión “ejercicio” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ha: Existe relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ho: No existe relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ha: Existe relación entre la dimensión “manejo del estrés” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ho: No existe relación entre la dimensión “manejo del estrés” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ha: Existe relación entre la dimensión “soporte interpersonal” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ho: No existe relación entre la dimensión “soporte interpersonal” y riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ha: Existe relación entre la dimensión “autoactualización” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

Ho: No existe relación entre la dimensión “autoactualización” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018.

4.Delimitación geográfica y temporal

La comisaria de Santa Anita se encuentra ubicada en el Jr. Ciro Alegría 2da etapa 555, distrito de Santa Anita, provincia de Lima; sus límites distritales son por el norte el distrito de San Juan de Lurigancho; Sur el distrito de la Molina, Oeste distrito del Agustino y por último el Este distrito de Ate.

La comisaria Santa Felicia se encuentra ubicada en calle los canarios Mz. G. Lt.8 del distrito de La Molina; sus límites distritales son por parte norte con el distrito de

Santa Anita; Sur: con el distrito Villa María del Triunfo; Este con el distrito de Ate y por último por el Oeste con el distrito de San Borja.

5. Participantes

5.1. Población.

El trabajo de investigación fue aplicado en la Comisaria de la Policía Nacional del Perú - Santa Anita y Comisaria Santa Felicia – La Molina del cono Este – Lima, que cuenta con una población total de 160 miembros activos que trabajan en ambas comisarias en turno rotativos de 24 horas.

5.2. Muestra.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia puesto que la selección del procedimiento no se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del cumplimiento de los criterios de inclusión; así mismo, esta muestra es de tipo censal porque todos los elementos de la población son incluidos en el estudio (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

5.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión

Trabajadores del ministerio de interior que acepten participar del estudio.

Trabajadores del ministerio de interior que se encuentren en planilla.

Trabajadores del ministerio de interior que llevan más de 3 meses trabajando.

Trabajadores varones y mujeres >21 años.

Exclusión

Trabajadores del ministerio interior que presenten algún tipo de discapacidad mental.

Trabajadores del ministerio interior que se encuentren en vacaciones.

Trabajadores del ministerio interior que se encuentren con licencia para descanso médico.

5.2.2. Características de la muestra.

Tabla 1.

Descripción de las variables sociodemográficas del personal que labora en la comisaría de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.

Variable	Escala	n	%
Edad	20 – 33 años	60	41,7
	33 - 46 años	30	20,8
	46 – 59 años	54	37,5
Sexo	Femenino	33	22,9
	Masculino	111	77,1
Procedencia	Costa	89	61,8
	Sierra	42	29,2
	Selva	13	9
Estado civil	Soltero	54	37,5
	Casado	81	56,3
	Divorciado	7	4,9
	Viudo	2	1,4
Grado	Oficial	13	9
	Sub Oficial	123	85,4
	Auxiliar	8	5,6
Total		144	100

En la tabla 1 se observa que del 100% de los encuestados el 41,7% tienen la edad entre 20 a 33 años; asimismo, el 77,1% fueron de sexo masculino, el 61,8% fueron procedentes de la costa, el 56,3% estado civil de casado y el 85,4% tuvieron un grado de suboficial.

6. Técnica e instrumento de recolección de datos

6.1. Cuestionario “Estilo de vida”.

El cuestionario “Perfil de estilo de vida (PEPS-I)” fue elaborado por Nola Pender (1996) en EE. UU, posteriormente fue adaptado por Díaz (2016) en el trabajo de investigación “El apoyo social y estilos de vida promotores de salud en estudiantes de

enfermería de la Universidad Nacional del Callao de Julio a diciembre, 2014” realizado en Lima-Perú. El instrumento está dividido en 6 dimensiones:

Dimensión nutrición (1,5,14,19,26,35).

Dimensión ejercicio (4,13,22,30,38).

Dimensión responsabilidad en salud (2,7,15,20,28,32,33,42,43,46).

Dimensión manejo del estrés (6,11,27,36,40,41,45).

Dimensión soporte interpersonal (10,18,24,25,31,39,47).

Dimensión auto actualización (3,8,9,12,16,17,21,23,29,34,37,44,48).

Los patrones de respuesta fueron mediante una escala de Likert que va de 1 a 4 donde 1 representa a nunca, 2 algunas veces, 3 frecuentemente y 4 rutinariamente. El puntaje mayor se interpreta como un mejor estilo de vida, el valor mínimo es 48 y el máximo valor es 175 puntos. El puntaje finalmente fue categorizado en:

Estilo de vida saludable: 137,2 – 172.

Estilo de vida poco saludable: 99,6 – 137,2 puntos.

Estilo de vida no saludable: 62 – 99,6 puntos.

El cuestionario del perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender HPLP (Health Promoting Life Profile) es un instrumento publicado en español cuya varianza fue de 45,9% y fiabilidad entre 0,7 y 0,9. La Escala validada en el contexto latinoamericano con un alfa de Crombach es de 0,94 y su validez reportada por análisis factorial de sus componentes principales. (Anexo 1).

6.2. Ficha técnica de medidas antropométricas.

La ficha que se utilizó para la recolección de datos antropométricos para la detección de riesgo cardiovascular consta en tres ítems que son: circunferencia de cintura, circunferencia de cadera e índice de cintura/cadera.

La OMS (2011) señala que la índice cintura/cadera (ICC) es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal dependiendo de los resultados se estima si hay cierto riesgo cardiovascular (Anexo 2).

Las referencias para evaluar son:

Mujeres:

< 75 = Riesgo bajo

0.75 - 0.85 = Riesgo moderado

> 85 = Riesgo alto

Varones:

< 90 = Riesgo bajo

0.90 – 1.00 = Riesgo moderado

>1.00 = Riesgo alto

7. Proceso de recolección de datos.

Después de obtener la autorización de la Facultad de Ciencias de la Salud para la ejecución del presente estudio, se solicitó una carta de presentación dirigida al

Comisario de la Policía Nacional del Perú de ambas comisarias Santa Anita y Santa Felicitita – La Molina, iniciando la ejecución del proyecto de investigación.

Con la previa autorización Comisario de la Policía Nacional del Perú de ambas comisarias Santa Anita y Santa Felicitita – La Molina, se procedió a la recolección de datos, en coordinación con las Oficiales encargados del servicio de ambas comisarias.

La aplicación del instrumento fue dada por las investigadoras realizándose en el mes de diciembre de 2018, una vez identificado al personal se le invitó a participar del estudio, informándole verbalmente el objetivo, la confidencialidad de los resultados y del consentimiento informado, pidiendo la veracidad en sus repuestas. La encuesta se tomó a los trabajadores de ambas Comisarias de la Policía Nacional del Perú, tuvo una duración de 20 minutos.

8. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos inició con la codificación e ingreso de los datos al paquete estadístico Statistic. Se realizó la limpieza de datos verificando la fiabilidad del instrumento. Para el análisis de datos descriptivos se utilizaron las tablas de distribución de frecuencias y para la estadística inferencial, se realizó la prueba de normalidad Komogorov Smirnov para muestras >30 , con un p-valor menor a 0,05, se utilizó la prueba no paramétricas, que, de acuerdo a la naturaleza de las variables de estudio, “Estilo de vida” (categórica nominal) y “Riesgo cardiovascular” (categórica nominal), por cual se decidió por la prueba Tau b Kendall.

9. Consideraciones éticas

Durante el proceso del estudio se consideraron los principios éticos pertinentes, respetándose la autonomía de los participantes.

Según Ley general de salud No 26842 “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo” (Capítulo I, artículo 4).

En materia de investigación para la salud, en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad, protección de sus derechos, su bienestar y su privacidad (artículo 13 y 16).

Se elaboró un consentimiento informado en el cual se explicó el objetivo del trabajo, la confiabilidad y el anonimato del paciente al participar. Asimismo, se explicó que la información que se recoja no se usará para ningún propósito fuera de los de la investigación y su nombre no aparecerá en ningún reporte parcial o final del estudio. Se entregó por escrito al sujeto de investigación quien recibió explicación clara y completa para el desarrollo de los cuestionarios.

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2.

Estilos de vida del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.

Estilos de vida	N	%
Saludable	42	29,2
Poco saludable	93	64,6
No saludable	9	6,2
Total	144	100

En la tabla 2 se observa que del 100% de los encuestados, el 64,6% presentaron un estilo de vida poco saludable, el 29,2% saludable, y solo el 6,3% no saludable.

Tabla 3.
Riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.

Riesgo cardiovascular	N	%
Riesgo alto	56	38,9
Riesgo moderado	72	50
Riesgo bajo	16	11,1
Total	144	100

En la tabla 3 se observa que del 100% de los encuestados, el 50% presenta un riesgo cardiovascular moderado, el 38,9% alto, y solo el 11,1% bajo.

Tabla 4.

Relación entre los estilos de vida y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima 2018

		Riesgo cardiovascular			Total	
		Alto	Moderado	Bajo		
Estilo de vida	Saludable	N	18	15	9	42
		%	12,5%	10,4%	6,3%	29,2%
	Poco saludable	N	37	49	7	93
		%	25,7%	34%	4,9%	64,6%
	No saludable	N	1	8	0	9
		%	0,7%	5,6%	0%	6,3%
Total		N	56	72	16	144
		%	38,9%	50%	11,1%	100%

*Tau b Kendall = 0,003; p = 0,972

En la tabla 4 se observa que del 100% de los encuestados, el 34% que presentaron un estilo de vida poco saludable obtuvieron un riesgo cardiovascular moderado. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b Kendall señaló un coeficiente de correlación de 0,003 y un p valor de 0,972, siendo mayor de 0,05, lo que permite aceptar la H_0 , demostrando que no existe relación entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

Tabla 5.
Relación entre la dimensión “nutrición” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018

		Riesgo cardiovascular			Total
		Alto	Moderado	Bajo	
Saludable	N	6	17	0	23
	%	4,2%	11,8%	0,0%	16%
Poco saludable	N	35	34	8	87
	%	24,3%	30,6%	5,6%	60,4%
No saludable	N	15	11	8	34
	%	10,4%	7,6%	5,6%	23,6%
Total	N	56	72	16	144
	%	11,1%	50%	38,9%	100%

*Tau b Kendall = 0,001; p = 0,995

En la tabla 5 se observa que del 100% de los encuestados, el 30,6% en la dimensión “nutrición” tienen un riesgo cardiovascular moderado. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b Kendall señaló un coeficiente de correlación de 0,001 y un p valor de 0,995, siendo mayor de 0,05, lo que permite aceptar la Ho, demostrando que no existe relación entre la dimensión “nutrición” y el riesgo cardiovascular en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

En la anexo 12 en la dimensión nutrición, se encontraron porcentajes considerables en los siguientes ítems; un 38,2% nunca toman algún alimento al levantarse por las mañanas; además un 26,4% a veces comen tres comidas al día; por otra parte, en el ítem incluye en tu dieta alimentos que contienen fibra un 29,2% respondieron a

veces; siendo estos ítems los influyentes para no tener relación en el objetivo propuesto.

Tabla 6.

Relación entre la dimensión “ejercicio” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.

		Riesgo cardiovascular			Total	
			Alto	Moderado	Bajo	
Ejercicio	Saludable	N	15	19	0	34
		%	10,4%	13,2%	0%	23,6%
	Poco saludable	N	27	33	9	69
		%	18,8%	22,9%	6,3%	47,9%
	No saludable	N	14	20	7	41
		%	9,7%	13,9%	4,9%	28,5%
	Total	N	56	72	16	144
		%	38,9%	50%	11,1%	100%

*Tau b Kendall = -0,119; p = 0,098

En la tabla 6 se observa que del 100% de los encuestados, el 22,9% en la dimensión “ejercicio” tienen un riesgo cardiovascular moderado. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b Kendall señaló un coeficiente de correlación de -0,119 y un p valor de 0,098, siendo mayor de 0,05, lo que permite aceptar la Ho, demostrando que no existe relación entre el estilo de vida y la dimensión “ejercicio” en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

En el anexo 13 en la dimensión ejercicio, donde se encontraron porcentajes considerables en los siguientes ítems; un 36,8% frecuentemente realiza ejercicio para relajar los músculos al menos 3 veces al día o por semana; además un 31,9% a veces realiza ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos 3 veces a la semana; por otra parte, en el ítem checas tu pulso durante el ejercicio físico un 41,7% respondieron

nunca; y por último, un 41,7% frecuentemente realiza actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar, ciclismo, siendo estos ítems los influyentes para no tener relación en el objetivo propuesto.

Tabla 7.

Relación entre la dimensión “responsabilidad en salud” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.

		Riesgo cardiovascular			Total	
		Alto	Moderado	Bajo		
Responsabilidad en salud	Saludable	N	18	29	3	50
		%	12,5%	20,1%	2,1%	34,7%
	Poco saludable	N	29	36	9	74
		%	20,1%	25%	6,3%	51,4%
	No saludable	N	9	7	4	20
		%	6,3%	4,9%	2,8%	13,9%
Total		N	56	72	16	144
		%	38,9%	50%	11,1%	100%

*Tau b Kendall = -0,006; p = 0,942

En la tabla 7 se observa que del 100% de los encuestados, el 25% en la dimensión “responsabilidad en salud” tiene un riesgo cardiovascular moderado. Con respecto a la relación entre variables se observa que el estadístico Tau b Kendall señaló un coeficiente de correlación de -0,006 y un p valor de 0,942, siendo mayor de 0,05, lo que permite aceptar la Ho, demostrando que no existe relación entre el estilo de vida y la dimensión “responsabilidad en salud” en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

En el anexo 14 en la dimensión responsabilidad en salud, donde se encontraron porcentajes considerables en los siguientes ítems; un 51,4% a veces relata al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud; además un 53,5% nunca conoce

el nivel de colesterol en sangre; por otra parte, en el ítem encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos un 52,1% respondieron frecuentemente; y por último, un 44,4% a veces hace medir su presión arterial, siendo estos ítems los influyentes para no tener relación en el objetivo propuesto.

Tabla 8.

Relación entre la dimensión “manejo del estrés” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.

			Riesgo cardiovascular			Total
			Alto	Moderado	Bajo	
Manejo del estrés	Saludable	N	12	16	0	28
		%	8,3%	11,1%	0%	19,4%
	Poco saludable	N	36	46	9	91
		%	25,0%	31,9%	6,3%	63,2%
	No saludable	N	8	10	7	25
		%	5,6%	6,9%	4,9%	17,4%
Total	N	56	72	16	144	
	%	38,9%	50%	11,1%	100%	

*Tau b Kendall = -0,142; p = 0,069

En la tabla 8 se observa que del 100% de los encuestados, el 31,9% en la dimensión “manejo del estrés” tienen un riesgo cardiovascular moderado. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b Kendall señaló un coeficiente de correlación de -0,142 y un p valor de 0,069, siendo mayor de 0,05, lo que permite aceptar la Ho, demostrando que no existe relación entre el estilo de vida y la dimensión “manejo del estrés” en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

En el anexo 15 en la dimensión manejo del estrés, donde se encontraron porcentajes considerables en los siguientes ítems; un 47,9% a veces toma tiempo para un pequeño relajamiento; además un 46,5% a veces pasa 15 a 20 minutos

diariamente en relajamiento o meditación; por otra parte, en el ítem te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir un 43,8% respondieron frecuentemente; y por último, un 39,6% nunca usa métodos específicos para controlar la tensión, siendo estos ítems los influyentes para no tener relación en el objetivo propuesto.

Tabla 9.

Relación entre la dimensión “soporte Interpersonal” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.

		Riesgo cardiovascular			Total	
		Alto	Moderado	Bajo		
Soporte interpersonal	Saludable	n	1	4	0	5
		%	0,7%	2,8%	0%	3,5%
	Poco saludable	n	39	49	8	96
		%	27,1%	34%	5,6%	66,7%
	No saludable	n	16	19	8	43
		%	11,1%	13,2%	5,6%	29,9%
	Total	n	56	72	16	144
		%	38,9%	50,0%	11,1%	100,0%

*Tau b Kendall = -0,057; p = 0,477

En la tabla 9 se observa que del 100% de los encuestados, el 34% en la dimensión “soporte interpersonal” tienen un riesgo cardiovascular moderado. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b Kendall señaló un coeficiente de correlación de -0,057 y un p valor de 0,477, siendo mayor de 0,05, lo que permite aceptar la H_0 , demostrando que no existe relación entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

En el anexo 16 en la dimensión soporte interpersonal, donde se encontraron porcentajes considerables en los siguientes ítems; un 44,4% a veces discute con personas cercanas sus preocupaciones y problemas personales; además un 58,3%

frecuentemente elogia a otras personas por sus éxitos; por otra parte, en el ítem expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros un 52,1% respondieron frecuentemente; y por último, un 46,5% frecuentemente mantiene relaciones interpersonales que te dan satisfacción, siendo estos ítems los influyentes para no tener relación en el objetivo propuesto.

Tabla 10.

Relación entre la dimensión “autoactualización” y el riesgo cardiovascular del personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, 2018.

		Riesgo cardiovascular			Total	
		Alto	Moderado	Bajo		
Auto- actualización	Saludable	n	3	8	0	11
		%	2,1%	5,6%	0%	7,6%
	Poco saludable	n	29	40	7	76
		%	20,1%	27,8%	4,9%	52,8%
	No saludable	n	24	24	9	57
		%	16,7%	16,7%	6,3%	39,6%
	Total	n	56	72	16	144
		%	38,9%	50%	11,1%	100%

*Tau b Kendall = 0,006; p = 0,939

En la tabla 10 se observa que del 100% de los encuestados, el 27,8% en la dimensión “Auto-actualización” tienen un riesgo cardiovascular moderado. Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b Kendall señaló un coeficiente de correlación de 0,006 y un p valor de 0,939, siendo mayor de 0,05, lo que permite aceptar la H_0 , demostrando que no existe relación entre el estilo de vida y el riesgo cardiovascular en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

En el anexo 17 en la dimensión autoactualización, donde se encontraron porcentajes considerables en los siguientes ítems; un 47,2% se quiere así mismo; además un 52,8% frecuentemente cree que está creciendo y cambiando

personalmente en direcciones positivas; por otra parte, en el ítem eres consciente de tus capacidades y debilidades personal un 54,9% respondieron frecuentemente; y por último, un 53,5% frecuentemente trabaja en apoyo de metas a largo plazo, siendo estos ítems los influyentes para no tener relación en el objetivo propuesto.

2. Discusión

Los estilos de vida se encuentran íntimamente relacionados a las enfermedades cardiovasculares, factores fisiológicos y bioquímicos modificables. Por ende, es necesaria la adopción y mantenimiento de hábitos más activos y saludables en los adultos mayores de 30 años. Asimismo, esta medida preventiva debe ser abordada desde el primer nivel de salud, considerando a los estilos de vida, un patrón de comportamiento identificable y modificable (Rondanelli y Rondanelli, 2014).

Al analizar la variable estilos de vida, se encontró que el 64,6% de los policías indicaron un estilo de vida poco saludable, el 29,2% saludable, y solo el 6,3% no saludable. Resultados similares presentados por Cardenas (2013) en un trabajo realizado en Lima-Perú, donde el 58% de los policías practicaban estilos de vida no saludables y el 42% saludables. De igual manera, Bedregal (2018) en su investigación encontraron que el 56% de los policías indicaron estilos de vida no saludables y el 44% saludables.

Según Laguado y Gómez (2014), los cambios sociales, económicos, culturales y psicológicos influyen en los estilos de vida de las personas y pueden conducirlos a comportamientos considerados no saludables, convirtiéndose en factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Por otro lado, Mora (2012) afirma que la enfermedad coronaria, los accidentes vasculares cerebrales, la hipertensión, la

hipercolesterolemia, la obesidad, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, muchos tipos de neoplasias, la osteoporosis, los dolores musculares y de espalda, las cefaleas, el estreñimiento, las patologías alérgicas, las enfermedades de transmisión sexual, la infertilidad, la disfunción eréctil, y muchas de las enfermedades mentales, entre otras, son condiciones de salud directamente relacionadas con el estilo de vida.

Asimismo, al análisis de las dimensiones de los estilos de vida, encontramos que en la dimensión “nutrición”, el 60,4% de los policías practicaron un estilo poco saludable, 23,6% saludable y solo el 16% no saludable. Resultados similares encontró Bedregal (2018) la dimensión alimentación presentó un estilo de vida saludable un 70.0%. Por otra parte, Carbajal & Laurente (2017) encontró en la dimensión alimentación 78. 6% no es saludable y el 21.4% es saludable del personal policial.

En torno a esto, Calañas (2005) indica que, llevar una buena nutrición, en todas sus variantes culturales y en un sentido amplio, define el estado de salud de los individuo durante su crecimiento y su desarrollo. La alimentación diaria de cada persona debe estar compuesta con una cantidad suficiente de los diferentes macro nutrientes y micronutrientes según el requerimiento de cada persona para cubrir las necesidades fisiológicas. Pero la edad, el sexo, el estado fisiológico donde se encuentra el individuo (crecimiento, embarazo y lactancia), la composición corporal, el estilo de vida que lleva cada persona y las características propias de cada persona pueden llevar a influenciar a llevar una alimentación no adecuada.

De igual manera, Muñoz (2018) señala que, en la sociedad actual, no es poco común la práctica de la alimentación poco saludable, donde abunda la comida rápida, harinas refinadas, productos ricos en grasas y sodio, haciendo que la salud de los

individuos se vea afectada por muchas patologías crónicas no transmisibles como la obesidad, diabetes, síndrome metabólico e hipertensión, con todas sus complicaciones y riesgos cardiovasculares.

Seguidamente, en la dimensión “ejercicio”, se halló que el 47,9% de los policías practicaron un estilo poco saludable, 28,5% saludable y el 23,6% no saludable. Asimismo Carbajal & Laurente (2017) respecto a la actividad física, 57.1% es no saludable y el 42.9% es saludable. Por otro lado, Rosado (2018) encontró actividad física en un 96% fue no saludable.

Según J. Aristizábal (2005), el sedentarismo es considerado un factor importante de riesgo cardiovascular, por tanto, ha adquirido un valor importante en la sociedad actual, requiriéndose solo una práctica moderada de la misma para adquirir beneficios sustanciales en la prevención de la mortalidad cardiaca. Del mismo modo, se considera que la práctica de actividad física es tan efectiva como dejar de fumar, controlar la presión arterial, controlar y manejar la dislipidemia. Por otro lado, Cordero, Masiá y Galve (2014) señalan que la actividad física genera un aumento del volumen sistólico; incrementa el volumen de las cavidades cardiacas y los grosores parietales; disminuye la frecuencia cardiaca y mejora la perfusión miocárdica. Asimismo, insiste que el argumento de la no realizar esta actividad a causa del trabajo ya no es válido, ya que diversos estudios han demostrado, que la actividad física realizada durante el trabajo también confiere protección contra la enfermedad cardiovascular.

Seguidamente, en la dimensión “responsabilidad en salud”, se halló que el 51,4% de los policías practicaron un estilo poco saludable, 34,7% poco saludable y el 13,9% saludable.

La responsabilidad en salud implica el compromiso para el propio bienestar (Walker, 1996). Para esto, Ortúzar (2016) señala que el individuo que este informado, elige sobre los cuidados de su salud, haciéndolo participe del mismo. En consecuencia, este concepto descansa en la medida que el individuo tenga acceso al conocimiento gracias a la tecnología, de esta forma habría una mayor responsabilidad sobre las elecciones y estilos de vida. Sin embargo, Limia (2010) considera que no es solo el conocimiento sobre comportamientos saludables, sino aplicar dichos comportamientos, pues el estado de salud que posee cada individuo dependerá en gran medida de los tipos de comportamiento que éste efectúe. Es así que, la responsabilidad ante nuestra salud implica escoger, decidir sobre alternativas saludables correctas, en vez de aquellas que se vuelven un riesgo para la salud.

Otro dato importante, fue el hallado en las dimensiones “manejo del estrés” y “soporte interpersonal”, donde el 63,2% y 66,7% de los policías practicaron un estilo poco saludable.

Según Águila, Catillo, Monteagudo y Nieves (2015), un factor importante para contraer alguna enfermedad cardiovascular es el estrés, las personas que no saben controlar su estado de estrés son más susceptibles a contraer: isquemia cerebral (ictus) y sobre todo miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático o asintomático). El estrés obliga al corazón a trabajar más intensamente, requiriendo mayor aporte energético por parte del musculo cardiaco. Además, la sangre se espesa y las arterias se vuelven menos elásticas; acumulando sustancias nocivas en la pared, que la hacen circular con mayor dificultad. La fibrinólisis es el encargado de destruir los trombos que has en el vaso sanguíneo, los cual pierde su efectividad cuando hay un alto grado de estrés en el individuo. Como resultado, se hace más vulnerable ante cualquier obstrucción y/o trombosis aguda o crónica de la placa aterosclerótica. Igualmente, el

exceso de la respuesta simpática está relacionado a trastornos en la conducción eléctrica del corazón, aumentando la vulnerabilidad a arritmias ventriculares y, por ende, a la muerte súbita (Fernández, 2006).

Una de las medidas que puede contrarrestar el estrés es el soporte interpersonal, que según por Roca (2007) permite comunicarnos con los demás de manera efectiva, mantener relaciones satisfactorias, sentirnos bien, alcanzar metas conseguir que las otras personas no nos impidan lograr nuestros objetivos (Hilari y García, 2015). Del mismo modo, Calva (2013) indica que los valores interpersonales de las actitudes humanas caracterizan el comportamiento interpersonal (recibir ayuda de los demás, independencia, benevolencia, conformidad) y actitudes de mando (liderazgo).

Por último, en la dimensión “autoactualización”, se halló que el 52,8% de los policías practicaron un estilo poco saludable, 39,6% saludable y el 7,6% no saludable.

La autoactualización personal son las diferentes elecciones que realiza la persona durante toda la vida, que significan el asumir, en su praxis social: como anticipación, decisión y acción; a tomar control de su vida para alcanzar los diferentes proyectos vitales para su futuro. La vida no es basa exclusivamente en los límites de la experiencia, sufrimiento, ansiedad, deseo, al nivel íntimo, subjetivo, existencial, sino que, lejos de encerrarte en un estado contemplativo tiene, la posibilidad, de opinar, tomas sus propias decisiones, expresarse proactivamente y pro socialmente, en sus propios proyectos y grupalmente ante la sociedad (D´Angelo, 2003).

Al estudiar la variable riesgo cardiovascular, los resultados revelaron que el 50% presentó un riesgo moderado, el 38,9% alto, y solo el 11,1% bajo (ver Tabla 3). Resultados análogos encontró Trávez (2018) en su trabajo realizado en Quito-Ecuador, donde la prevalencia de riesgo cardiovascular en policías fue elevado en el

0,4% y moderado en el 11,9%. De la misma manera, López (2015) en su investigación realizada en una población adulta, encontró que el 36,44% tiene riesgo bajo, el 25,88% riesgo moderado, el 29,23% riesgo alto y 8,44% riesgo máximo.

Estudios afirman que la enfermedad cardiovascular está caracterizada por diferentes factores. La evaluación de estas causas conocidas, para contraer una enfermedad cardiovascular, crean un perfil de riesgo, lo que nos ayuda a asegurar un tratamiento apropiado según el perfil de cada persona. (Vega, Guimará, & Vega, 2011). Uno de los factores a considerar es la presión arterial, cuyo incremento ha sido sustancial en los últimos años. De acuerdo al estudio Framingham, la HTA, específicamente la HSA, aumenta de dos a tres veces el riesgo de todas las enfermedades cardiovasculares arterioscleróticas, en especial la enfermedad cerebrovascular y la insuficiencia cardíaca. Por lo tanto, la HSA debe ser tratada de forma efectiva, disminuyendo, de esta forma, la ocurrencia de dichas enfermedades (Lobos y Brotons, 2011).

A pesar de la evidencia encontrada en los datos descriptivos, se encontró que no existe relación entre los estilos de vida y el riesgo cardiovascular en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, con un p-valor de 0,972 y un coeficiente de correlación de 0,003. Asimismo, en un trabajo realizado por Zhunaula (2018) encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre riesgo cardiovascular y estilo de vida teniendo un valor ($P=0.234$). Del mismo modo, en los resultados encontrados por Ñuñuvera (2013) revelaron que no existe relación de dependencia entre el estilo de vida y los factores de riesgo cardiovascular teniendo como valores p mayores a 0,05.

El practicar un estilo de vida saludable: realizar ejercicio, alimentarse bien, mantener actividades recreativas para una buena integración e interacción de los miembros, está directamente vinculada con una buena calidad de vida y una disminución a enfermedades cardiovasculares, más aún, en el personal policial quienes están en la obligación de mantenerse aptos mental y físicamente para el cumplimiento eficiente de sus funciones indicadas por la Constitución Política del Perú.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

1. Conclusiones

En relación con los objetivos de estudio, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

La mayoría del personal policial presentaron un estilo poco saludable.

La mitad del personal policial presentaron un riesgo cardiovascular moderado.

No existe relación estadísticamente significativa entre estilo de vida y el riesgo cardiovascular con un p-valor de 0,972.

No existe relación entre las dimensiones nutrición, ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés, soporte interpersonal, autoactualización, del estilo de vida y el riesgo cardiovascular con un p-valor mayor 0,05.

2. Recomendaciones

Para estudios de investigación en policías de otras instituciones y rangos, considerar estudios longitudinales para recolectar los resultados en tres momentos de inicio, medio y final, a fin de establecer comparaciones en los que respecta a los estilos de vida con el fin de disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Al director general de la Policía Nacional del Perú, se recomienda implementar programas de prevención y promoción de la salud, con el fin de desarrollar hábitos,

conductas y comportamiento saludables para el bienestar físico, mental y social del personal policial que pertenece a su institución.

A los profesionales de enfermería de los establecimientos de salud periféricos que implementen programas educativos, fomentando la prevención de enfermedades, la importancia del control médico periódico, todo esto dirigido hacia las poblaciones de riesgo, siendo uno de ellos las instituciones policiales donde existe poca intervención del personal de salud.

A la escuela profesional de enfermería de la Universidad Peruana Unión debe tomar en cuenta a estos grupos poblacionales y realizar trabajos de investigación; asimismo, se recomienda que implementen programas de promoción de la salud donde participen los estudiantes de enfermería.

Referencias

Abril, P. (2018). Riesgo cardiovascular según la escala de Framingham en pacientes hipertensos del centro de salud de la parroquia de San Miguelito de Píllaro, Ecuador. Universidad Regional Autónoma de los Andes. Retrieved from <http://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/8898/1/PIUAMED011-2018.pdf>

Águila, B., Catillo, M., Monteagudo, R., & Nieves, Z. (2015). Estrés académico. *EDUMECENTRO*, 7(2), 163–178. Retrieved from <http://www.revedumecentro.sld.cu>

Aristizábal, J. (2005). Beneficios de la actividad física en la enfermedad cardiovascular. *Archivos de Medicina (Col)*, (10), 34–41. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273820325009%0D>

Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual (Vol. 2). Retrieved from http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/rcfb/v2n1/v2n1_a13.pdf

Barrera, D. (2015). Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público 2014. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4141/Barrera_cd.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bedregal, M. (2018). Influencia de los estilos de vida en el índice de masa corporal de los policías que se atienden en el Hospital Regional PNP “Julio Pinto Manrique”, Arequipa, 2017. Universidad Católica de Santa María . Retrieved from <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/7204/A4.1603.MG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Calañas, A. (2005). Alimentación saludable basada en la evidencia. *Endocrinología Y Nutrición*, 52, 8–24. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista->

endocrinologia-nutricion-12-articulo-alimentacion-saludable-basada-evidencia-13088200

Calva, W. (2013). Relación entre el clima social familiar y los valores interpersonales en adolescentes de segundo, tercero y cuarto grado de educación secundaria de la I.E Señor de los Milagros, Paita, 2013. Universidad Católica los Angeles de Chimbote. Retrieved from http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/93/CALVA_ORDINOLA_WENDY_CAROLINA_CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_VALORES_INTERPERSONALES.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cando, I. (2016). Factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida, en adolescentes escuela fiscal Federico Gonzáles Suárez, Sector EU05, San Miguel - Salcedo, 2015-2016. Universidad Técnica de Ambato. Retrieved from http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24278/1/IRMA_CANDO_TESIS.pdf

Carbajal, A., & Laurente, M. (2017). Estilos de vida e índice de masa corporal en efectivos policiales, comisaría sectorial Santa Ana - Huancavelica 2017. Universidad Nacional de Huancavelica. Retrieved from http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1369/TP_UNH_ENF_0092.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cardenas, S. (2013). Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte Lima. 2012. Universidad Nacional Mayor San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1046/Cárdenas_gs.pdf?sequence=1

Cárdenas, S. (2013). Estilos de vida e índice de masa corporal de los policías que laboran en la comisaría Alfonso Ugarte, Lima-2012-. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/1046/Cárdenas_gs.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdés, R., & Huitrón, G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del estado de México. *Salud Pública de México*, 51(6), 465–473. Retrieved from http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600004

Choque, J., Huaman, R., & Mejia, C. (2015). Los riesgos cardiovasculares y el estrés laboral en el personal de Enfermería de emergencia y cuidados intensivos del Instituto Nacional de Salud del Niño, 2015. Universidad Peruana Cayetano Heredia . Retrieved from http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1043/Riesgos_ChoqueAyala_Jessica.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Codas, M., Chamorro, L., Figueredo, M. de los Á., Achucarro, D., & Martínez, V. (2018). Estilos de vida y riesgo cardiovascular y cardiometabólico en profesionales de salud del Hospital Regional de Encarnación. *Revista Virtual de La Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 5(1), 12–24. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05\(01\)12-024](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05(01)12-024)

Cordero, A., Masiá, M. D., & Galve, E. (2014). Ejercicio físico y salud. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 748–753. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2014.04.007>

D'Angelo Hernández, O. (2003). Autorrealización personal y espiritualidad en las condiciones complejas de la sociedad contemporánea. La Habana . Retrieved from www.clacso.edu.ar

Díaz, Z. (2016). El apoyo social y estilos de vida promotores de salud en estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional del Callao de Julio a diciembre, 2014. Universidad Nacional del Callao . Retrieved from http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/UNAC/2074/Zoila_Tesis_Doctor_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Escobar, P., & Mariño, R. (2016). Factores de riesgo de infarto agudo del miocardio en pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial. MULTIMED. Departamento Editorial, Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Granma. Retrieved from <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/393/626>

Espinoza, L. del R. (2016). Estilo de vida del profesional de enfermería pertenecientes a la micro red de San Vicente, Cañete-2016. Universidad de San Martín de Porras . Retrieved from http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2285/3/espinoza_l.pdf

European Cardiovascular Disease Statistics. (2017). Estadísticas Cardiovasculares Europeas.

Felipe, S. (2017). Estilos de vida y riesgo a enfermedades cardiovasculares en los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del Hospital San Juan de Lurigancho-2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6733/Felipe_ps.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Fernández, C. (2006). El estrés en las enfermedades cardiovasculares. In *Estrés y enfermedad cardiovascular* (Acción Méd, pp. 585–587). Madrid.

Fernández, E., & Leyva, N. (2016). Riesgo cardiovascular en adultos integrantes de la iglesia de Dios de la profecía de el Porvenir, noviembre 2015. Universidad Nacional de Trujillo . Retrieved from [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1435/Fernández Vargas Erika Joana II.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1435/Fernández_Vargas_Erika_Joana_II.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Fondo de aseguramiento en salud de la Policía Nacional del Perú. (2018). Informe de monitoreo de la IAFAS SALUDPOL. Al tercer trimestre de 2018. Lima . Retrieved from <https://www.saludpol.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Segundo-informe-de-monitoreo-de-la-IAFAS-SALUDPOL.pdf>

Fundación Española del Corazón. (2018). Las cifras de la enfermedad cardiovascular. Retrieved January 25, 2019, from <https://fundaciondelcorazon.com/blog-impulso-vital/3264-las-cifras-de-la-enfermedad-cardiovascular.html>

Gómez, D. (2013). La relación cintura/estatura como predictor antropométrico para el desarrollo de diabetes mellitus 2 en una cohorte de población urbana adulta. Instituto Nacional de Salud Pública . Retrieved from <http://catalogoinsp.mx/files/tes/053393.pdf>

González, E., Montero, M., & Rio, J. (2013). Estudio de la utilidad del índice de cintura-cadera como predictor del riesgo de hipertensión arterial en niños y adolescentes. *Nutrición Hospitalaria*, 28(6), 1993–1998. <https://doi.org/10.3305/nh.2013.28.6.6653>

Hilari, A., & García, L. (2015). Relaciones e Interacciones entre habilidades sociales, valores y constructores personales. *Revista de psicoterapia*, ISSN 1130-5142, ISSN-e 2339-7950, Vol. 26, N°. 100, 2015 (Ejemplar dedicado a: Autoestima y narcisismo), págs. 133-146 (Vol. 26). Fundación dialnet. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399367>

Laguado, E., & Gómez, M. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la Universidad Cooperativa de Colombia. *Hacia La Promoción de La Salud*, 19(1), 68–83. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a06.pdf>

Ley general de salud. (1997). Normal legales.

Limia, M. (2010). Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud. *Index de Enfermería* (Vol. 19). Fundación Index. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000100009

Lobos Bejarano, J. M., & Brotons Cuixart, C. (2011). Factores de riesgo cardiovascular y atención primaria: evaluación e intervención. *Atención Primaria*, 43(12), 668–677. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.10.002>

López, M. (2015). Factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la división El Teniente de Codelco. Universidad de Chile, Chile. Retrieved from http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/382/Tesis_Marcelo+Lopez.pdf;jsessionid=8F68D3311001EE6E45239E3089336828?sequence=1

Mamani, C. (2015). Factores laborales y estilos de vida del personal de salud del Puesto de Salud Santa María, Juliaca, 2015. Universidad Peruana Unión. Retrieved from

http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/137/Carmen_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=4

Mas, L. (2017). Estrés laboral en agentes de la policía nacional del Perú comisaría Sol de Oro, Los Olivos, Lima- Perú 2017. Universidad César Vallejo. Retrieved from http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12677/Mas_LL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Mengarelli, S. (2011). Hábitos alimentarios en policías de la ciudad de Casilda. Universidad Abierta Interamericana . Retrieved from <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110693.pdf>

Ministerio de Salud. (2016a). Boletín Epidemiológico del Perú. Lima.

Ministerio de Salud. (2016b). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Biblioteca Central del Ministerio de Salud. Retrieved from www.minsa.gob.pe

Mora Ripoll, R. (2012). Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, 5(1), 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2011.04.002>

Mucha, R., & Ramos, V. (2014). Relación de los estilos de vida con el riesgo cardiovascular en los docentes de la Universidad Nacional del Centro del Perú, 2013. Universidad Nacional del Centro . Retrieved from http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1078/TENF_20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Muñoz, G. (2018). 9 Consejos Médicos Para Una Alimentación Más Saludable. Retrieved January 21, 2019, from <https://www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/consejos-medicos-alimentacion-sana>

Namoc, J. (2014). Relación entre el índice de masa corporal, perímetro abdominal y el índice cintura cadera con el perfil lipídico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el centro de atención primaria ESSALUD Laredo. Universidad Nacional de Trujillo. Retrieved from [http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1031/Juan Carlos Namoc Hoyos - Salud Publica.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/1031/Juan_Carlos_Namoc_Hoyos_-_Salud_Publica.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ñuñuvera, M. (2013). Estilo de vida y su relación con factores de riesgo cardiovascular en adolescentes del colegio María Negrón Ugarte, Trujillo, Perú, 2012. Cientifi-K, 1(1). Retrieved from [file:///C:/Users/admin/Downloads/337-%23%23default.genres.article%23%23-1018-2-10-20171130 \(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/337-%23%23default.genres.article%23%23-1018-2-10-20171130%20(1).pdf)

Ojeda, M., Bertos, E., & Bertos, L. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutr Hosp*, 31(5), 1910–1919. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.8608>

OPS/OMS. (2014). Perú: Perfil de enfermedades cardiovasculares. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud. (2017). Enfermedades cardiovasculares. Retrieved January 17, 2019, from [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

Organización Mundial de la Salud. (2018). Obesidad y sobrepeso. Retrieved January 30, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Organización Panamericana de Salud. (2014). Enfermedades cardiovasculares: Perfiles de país. Retrieved January 25, 2019, from https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=7283&Itemid=40876&lang=es

Ortúzar, M. G. (2016). Responsabilidad social vs. responsabilidad individual en salud. *Revista de Bioética Y Derecho*, (36), 23–36. <https://doi.org/10.1344/rbd2016.36.15374>

Palomares, L. (2014). Estilos de vida saludable y sus relación con el estado nutricional en profesionales de la salud. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Retrieved from <https://core.ac.uk/download/pdf/54246847.pdf>

Pampa, M. (2017). Predicción de riesgo cardiovascular en pacientes atendidos en consultorio externo del Hospital Belen de Trujillo, 2017. Universidad Peruana Cayetano Heredia . Retrieved from http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/970/Prediccion_PampaEspinoza_Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Poma, L. (2016). Riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos que acuden a consulta externa de cardiología en el Hospital General Teófilo Dávila de Machala. Universidad Nacional de Loja . Retrieved from [http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16867/1/TESIS_RIESGO_CARDIOVASCULAR - LUIS ALEJANDRO POMA RAMÓN.pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/16867/1/TESIS_RIESGO_CARDIOVASCULAR_-_LUIS_ALEJANDRO_POMA_RAMÓN.pdf)

Rafael Rondanelli, I., & Rafael Rondanelli, S. (2014). Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(1), 69–77. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70013-6](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70013-6)

Raile, M., & Marriner, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería.

Rosado, A. (2018). Estilos de vida asociados a la Diabetes Mellitus Tipo II en pacientes adultos del Centro de Salud Pampa Inalámbrica, Ilo, 2017. Universidad José Carlos Mariátegui. Retrieved from

http://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/ujcm/479/Astril_Tesis_titulo_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Santivañez, J. (2017). Conocimientos sobre factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes hipertensos de servicios de medicina del HNMD-2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5885/Gotelli_sj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tarqui, C., Alvarez, D., & Espinoza, P. (2017). Riesgo cardiovascular según circunferencia abdominal en peruanos. *Anales de La Facultad de Medicina*, 78(3), 287. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i3.13760>

Trávez, T. A. (2018). Identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en miembros de la policía nacional de la unidad de control de tránsito y seguridad vial de la ciudad de Quito. Universidad Central del Ecuador . Retrieved from <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15008/1/T-UCE-0008-BC020-2018.pdf>

Valdiviezo, K. (2013). Valoración del estado nutricional, consumo de alimentos y estilos de vida del grupo de operaciones especiales (GOE) de la policía nacional del Cantón Guano provincia de Chimborazo, 2013. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo. Retrieved from <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/7475/1/34T00333.pdf>

Vásquez, N. (2017). Factores de riesgo cardiovascular en pacientes de consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Cayetano Heredia - 2015. Universidad Nacional Mayor de San Marcos . Retrieved from

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6297/Vasquez_bn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vega, J., Guimara, M., & Vega, A. (2011). Riesgo cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 91–97.

Vera, J. (2017). *Estilos de vida de Internos de Enfermería de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte, Comas-Carabayllo-Independencia, 2017*. Universidad César Vallejo . Retrieved from http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11970/Vera_LJM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

White, E. G. (1959). *El ministerio de curación*.

World Heart Federation. (2016). *El costo de las enfermedades cardiacas en América Latina supera los \$ 30 mil millones de dólares*. México.

Zhunaula, T. (2018). *Riesgo cardiovascular y su relacion con el estilo de vida de los estudiantes de la Facultad Ciencias de la Salud en una universidad privada, Lima, 2017*. Universidad Peruana Unión . Retrieved from http://repositorio-dev.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1473/Tania_Tesis_Licenciatura_2018.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Anexos

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I)

Pender (1996)

Sexo: Masculino () Femenino ()

Edad:

Instrucciones: En este cuestionario se pregunta sobre el modo en que vives en relación a tus hábitos personales actuales. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir. Favor de no dejar preguntas sin responder. Marca con una X el número que corresponda a la respuesta que refleje mejor tu forma de vivir.

1 = Nunca 2 = A veces 3 = Frecuentemente 4 = Rutinariamente

Nº	PREGUNTAS	1	2	3	4
1.	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas				
2.	Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud				
3.	Te quieres a ti misma (o)				
4.	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana				
5.	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial).				
6.	Tomas tiempo cada día para el relajamiento				
7.	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)				

8.	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida				
9.	Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas				
10.	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales				
11.	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida				
12.	Te sientes feliz y contento(a)				
13.	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana				
14.	Comes tres comidas al día				
15.	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud				
16.	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales				
17.	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida				
18.	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos				
19.	Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)				
20.	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud				
21.	Miras hacia el futuro				
22.	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión				
23.	Eres consciente de lo que te importa en la vida				
24.	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti				

25.	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción				
26.	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)				
27.	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación				
28.	Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud				
29.	Respetas tus propios éxitos				
30.	Checas tu pulso durante el ejercicio físico				
31.	Pasas tiempo con amigos cercanos				
32.	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado				
33.	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives				
34.	Ves cada día como interesante y desafiante				
35.	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)				
36.	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir				
37.	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida				
38.	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo				
39.	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros				
40.	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir				
41.	Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud				

42.	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos				
43.	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro				
44.	Eres realista en las metas que te propones				
45.	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)				
46.	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal				
47.	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importante (papás, familiares, profesores y amigos)				
48.	Crees que tu vida tiene un propósito				

Ficha técnica de medidas antropométricas

Nombres y apellidos:

Edad:

Sexo:

Procedencia:

Estado civil:

Grado:

Mediciones antropométricas	Valor de evaluación	Interpretación
Circunferencia de cintura		
Circunferencia de cadera		
ICC		

Anexo 2. Resultados descriptivos

Tabla 11.

Tabla descriptivos de las dimensiones de estilo de vida

Dimensiones	Saludable		Poco saludable		No saludable	
	N	%	n	%	n	%
Nutrición	34	23,6%	87	60,4%	23	16%
Ejercicio	41	28,5%	69	47,9%	34	23,6%
Responsabilidad en salud	20	13,9%	74	51,4%	50	34,7%
Manejo del estrés	25	17,4%	91	63,2%	28	19,4%
Soporte interpersonal	43	29,9%	96	66,7%	5	3,5%
Autoactualización	57	39,6%	76	52,8%	11	7,6%

Tabla 12.

Tabla descriptivos de las preguntas de la dimensión de nutrición

Dimensión nutrición	Siempre		Frecuentement e		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	20	13,9%	19	13,2 %	50	34,7%	55	38,2%
Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que te eleven tu presión arterial).	15	10,4%	49	34%	45	31,3%	35	24,3%
Comes tres comidas al día	50	34,7%	65	45,1 %	24	16,7%	5	3,5%
Lees las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	25	17,4%	48	33,3 %	38	26,4%	33	22,9%
Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)	30	20,8%	60	41,7 %	42	29,2%	12	8,3%
Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	11	7,6%	45	31,3 %	50	34,7%	38	26,4%

Tabla 13.

Tabla descriptivos de las preguntas de la dimensión de ejercicio

Dimensión ejercicio	Siempre		Frecuentement e		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces al día o por semana	25	17,4%	53	36,8 %	50	34,7%	16	11,1%
Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	30	20,8%	40	27,8 %	46	31,9%	28	19,4%
Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	15	10,4	24	16,7 %	61	42,4%	44	30,6%
Checas tu pulso durante el ejercicio físico	11	7,6%	24	16,7 %	49	34%	60	41,7%
Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	31	21,5%	60	41,7 %	39	27,1%	14	9,7%

Tabla 14.

Tabla descriptivos de las preguntas de la dimensión de responsabilidad en salud

Dimensión responsabilidad en salud	Siempre		Frecuentement e		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Relatas al médico cualquier síntoma extraño relacionado con tu salud	12	8,3%	36	25%	74	51,4%	22	15,3%
Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)	7	4,9%	18	12,5 %	42	29,2%	77	53,5%
Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	14	9,7%	51	35,4 %	53	36,8%	26	18,1%
Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo te recomienda para cuidar tu salud	20	13,9%	48	33,3 %	55	38,2%	21	14,6
Discutes con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	10	6,9%	39	27,1 %	53	36,8%	42	29,2%
Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	8	5,6%	17	11,8 %	64	44,4%	55	38,2%
Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	10	6,9%	18	12,5 %	59	41%	57	39,6%
Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	33	22,9%	75	52,1 %	29	20,1%	7	4,9%
Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro	24	16,7%	41	28,5 %	50	34,7%	29	20,1%
Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	8	5,6%	22	15,3 %	56	38,9%	58	40,3%

Tabla 15.

Tabla descriptivos de las preguntas de la dimensión de manejo del estrés

Dimensión manejo del estrés	Siempre		Frecuentement e		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tomas tiempo cada día para el relajamiento	19	13,2%	41	28,5%	69	47,9%	15	10,4%
Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	16	11,1%	36	25%	57	39,6%	35	24,3%
Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	18	12,5%	32	22,2%	67	46,5%	27	18,8%
Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	14	9,7%	32	22,2%	54	37,5%	44	30,6%
Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	22	15,3%	63	43,8%	54	37,5%	5	3,5%
Pides información a los profesionales para cuidar de tu salud	20	13,9%	44	30,6%	54	37,5%	26	18,1%
Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	9	6,3%	30	20,8%	48	33,3%	57	39,6%

Tabla 16.

Tabla descriptivos de las preguntas de la dimensión soporte interpersonal

Dimensión soporte interpersonal	Siempre		Frecuentement e		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	4	2,8%	26	18,1%	64	44,4%	50	34,7%
Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	25	17,4%	84	58,3%	27	18,8%	8	5,6%
Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	50	34,7%	66	45,8%	24	16,7%	4	2,8%
Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	30	20,8%	67	46,5%	35	24,3%	12	8,3%
Pasas tiempo con amigos cercanos	28	19,4%	42	29,2%	66	45,8%	8	5,6%
Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	43	29,9%	75	52,1%	24	16,7%	2	1,4%
Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importante (papás, familiares, profesores y amigos)	44	30,6%	63	43,8%	33	22,9%	4	2,8%

Tabla 17.

Tabla descriptivos de las preguntas de la dimensión autoactualización

Dimensión autoactualización	Siempre		Frecuentement e		A veces		Nunca	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Te quieres a ti misma (o)	68	47,2%	52	36,1%	16	11,1%	8	5,6%
Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	55	38,2%	60	41,7%	21	14,6%	8	5,6%
Crees que estas creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	38	26,4%	76	52,8%	25	17,4%	5	3,5%
Te sientes feliz y contento(a)	61	42,4%	55	38,2%	21	14,6%	7	4,9%
Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	36	25%	79	54,9%	23	16%	6	4,2%
Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	35	24,3%	77	53,5%	28	19,4%	4	2,8%
Miras hacia el futuro	58	40,3%	72	50%	11	7,6%	3	2,1%
Eres consciente de lo que te importa en la vida	54	37,5%	75	52,1%	11	7,6%	4	2,8%
Respetas tus propios éxitos	48	33,3%	75	52,1%	15	10,4%	6	4,2%
Ves cada día como interesante y desafiante	17	11,8%	66	45,8%	46	31,9%	15	10,4%
Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	32	22,2%	84	58,3%	24	16,7%	4	2,8%
Eres realista en las metas que te propones	40	27,8%	76	52,8%	19	13,2%	9	6,3%
Crees que tu vida tiene un propósito	63	43,8%	72	50%	6	4,2%	3	2,1%

Anexo 3. Prueba de confiabilidad

A.- Confiabilidad del Instrumento: Cuestionario Perfil del Estilo de Vida (Prueba Piloto)

Para evaluar la confiabilidad del cuestionario del Perfil del Estilo de Vida, se realizó a través de la Prueba de Alfa de Cronbach, con los datos de una muestra piloto de 20 registros.

Esta prueba de alfa de Cronbach sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida. Este coeficiente puede tener valores de 0 a 1, cuando el valor esté más cercano a 1, mayor es la consistencia interna de los ítems analizados.

- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.9 excelente
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.8 bueno
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.7 aceptable
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.6 cuestionable
- Coeficiente de alfa de Cronbach > 0.5 pobre
- Coeficiente de alfa de Cronbach < 0.5 inaceptable

El procedimiento para calcular del coeficiente de confiabilidad alfa-cronbach se realiza mediante la siguiente fórmula:

$$\alpha'_{Cronbach} = \frac{k}{(k-1)} \left(1 - \frac{\sum s_j^2}{S_T^2} \right), \text{ donde:}$$

K = El número de ítems, en este caso es 48.

El cálculo de varianza de cada ítem del instrumento, se utiliza mediante la siguiente fórmula:

$$s_j^2 = \frac{1}{(n-1)} \sum_{i=1}^n (x_i - \bar{X})^2$$

En dicha fórmula se calcula S_T que representa a la Varianza del total de puntaje (la misma fórmula pero para el total de puntaje de cada individuo)

Por cada columna se calcula las varianzas, es decir para las 48 preguntas y también para el total de puntajes de las unidades muestrales. Se suman las 48 varianzas de las 48 preguntas (en el cuadro esta como \sum varianza), este valor se reemplaza en la fórmula, así:


$$\alpha - Cronbach = \frac{48}{(48 - 1)} \left(1 - \frac{36.03}{468.2} \right) = 0.94$$

Anexo 4. Escala de medición de las dimensiones de estilo de vida.

Tabla 18
Escala de las dimensiones de los estilos de vida

Dimensiones	No saludable	Poco saludable	Saludable
Nutrición	6 – 11,6	11,6 – 17,2	17,2 – 23
Ejercicio	5 – 9,3	9,3 – 13,6	13,6 - 18
Responsabilidad en salud	1 - 19	19 - 27	27 – 35
Manejo de estrés	9 – 16	16 - 23	23- 30
Soporte interpersonal	7 – 13,6	13,6 – 20,2	20,2- 27
Auto actualización	19 – 30	30 – 41	41 – 52

Anexo 5: Autorización institucional

	PERU	Del Interior	Nacional del Perú	de Operaciones Policiales	Policial Lima	Este 2-DIA. PNP SF.
---	-------------	---------------------	--------------------------	--------------------------------------	----------------------	----------------------------

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACIÓN NACIONAL"

Santa Felicia, 13 de Noviembre del 2018

OFICIO N° 1709/2018-REGPOL-LIMA/DIVPOL E2/CSF-ADM.

Señora : Directora EP ENFERMERIA - Lima
Dra. Keila E. MIRANDA LIMACHI
Facultad de Ciencias de la Salud


Asunto : Comunica sobre aprobación de visita, por motivo que se indica.


Ref. : OFC. N° 191 -2018/UPEU-FCS-EP/E. DE FECHA 09 NOV.2018.

Es grato de dirigirme a usted, con la finalidad de informarle que ha sido aprobada la solicitud de la Srta. Lizet PAICO PALOMINO Y Norma GARCILAZO BERAUN. para llevar acabo el desarrollo de su proyecto de tesis titulada "ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN POLICIAS QUE LABORAN EN DOS COMISARIAS POLICIALES EN LIMA ESTE, 2018", el cual se realizara en nuestra Comisaria

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y alta estima.

Dios guarde a usted.


CA 298772
NICANOR OLMEDO ALFARO
MAYOR PNP
COMISARIO





PERÚ

Ministerio
del Interior

Policia
Nacional del Perú

Dirección Nacional
de Operaciones
Policiales

Región
Policial Lima

División
Territorial Este 2
CIA. Santa Anita

“AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL”

Santa Anita, 11 de diciembre del 2018.

OFICIO N° 222 -2018-REGPOL-LIMA/DIVPOL-ESTE-2-CSA-AD

SEÑOR : Directora EP. ENFERMERIA.-LIMA.
Dra. Kelia E, MIRANDA LIMACHI.
Facultad de Ciencias de la Salud.
UNIVERSIDAD PERUANA UNION.

ASUNTO : Comunica sobre aprobación de visita por motivo que se indica.

REF : OFC. N°193-2018UPeU-FCS-EP/E, del 09NOV18.

Me dirijo a Ud., en atención al documento de la referencia con la finalidad de hacer de su conocimiento que ha sido aprobado la solicitud de la Srta. Lizet PAICO PALOMINO y Norma GARCILAZO BERAUN, para llevar acabo el desarrollo de su proyecto de tesis titulada "ESTILO DE VIDA Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN POLICIAS QUE LABORAN EN DOS COMISARIAS POLICIALES EN LIMA-ESTE, 2018, el cual se realizara en nuestra Comisaria.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Dios guarde a Ud.

LABC/ana.



OA - 202923
LUIS ALBERTO BACA CORNEJO
COMANDANTE RNP
COMISARIO DE SANTA ANITA

Anexo 6. Autorización de comité de ética.



Una Institución Adventista

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

“Año del Diálogo y Reconciliación Nacional”

Lima, Ñaña, 09 de noviembre de 2018

OFICIO N° 191-2018/UPeU-FCS-EP/E

Mayor
PNP NICANOR OLMEDO ALFARO
Comisario de la Comisaría Santa Felicia
La Molina.-

Apreciado mayor Olmedo:

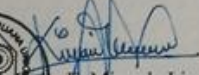
Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo y desear muchas bendiciones en las funciones que desempeña.

Mediante la presente tenemos a bien presentar a las investigadoras **Wendy Lizet Paico Palomino**, con código N° 201220012 y **Norma Yulisa Garcilazo Beraun**, con código N° 201420069; y a su asesora **MSc Mary Luz Solórzano Aparicio**, identificada con DNI N° 07619959 de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

La investigadora arriba mencionada está realizando su Tesis titulada: “*Estilo de vida y riesgo cardiovascular en policías que laboran en dos comisarías policiales en Lima-Este, 2018*”; para lo cual, solicitamos la **AUTORIZACIÓN** para realizar el desarrollo de la respectiva Encuesta.

Segura de contar con su apoyo, para el desarrollo profesional de las alumnas, me despido de usted

Con afecto cristiano,


Ketha E. Miranda Limachi
DIRECTORA EP ENFERMERÍA
Facultad de Ciencias de la Salud

Anexo 7. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DEL PROYECTO: Estilo de vida y riesgo cardiovascular en el personal que labora en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia, Lima, 2018.

Propósito y procedimientos:

Esta investigación está a cargo de Julissa Garcilazo Beraun y Wendy Paico Palomino bachilleres de la Escuela Profesional Enfermería de la universidad Peruana Unión.

El propósito de este proyecto es determinar el estilo de vida y riesgo cardiovascular de los policías que laboran en la comisaria de Santa Anita y Santa Felicia.

El personal policial participara brindando información en una encuesta de “Cuestionario de estilo de vida” y una “Ficha de Índice cintura/cadera.

Beneficios:

A pesar de que este tema ha sido estudiado en diferentes aspectos a nivel mundial y nacional, con esta investigación se quiere enfocar la problemática específicamente en el personal policial de ambas comisarias.

El presente trabajo de investigación beneficiara de manera especial a los policías de ambas comisarias.

Derechos del participante y confidencialidad

La participación de los pacientes en este estudio es completamente voluntaria. Tiene derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con las investigadoras. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por la investigación y para efectos de estudio.

DECLARACIONES DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

YO _____

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras y quiero colaborar con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

Firma

fecha: ___/___/___