



Universidad Nacional de Cuyo
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Ciclo de Licenciatura – Sede FCM



Tesis Final

“Factores de Riesgos del Personal de Enfermería, de Clínica de
Cuyo S.A, Servicio de Clínica Médica Quirúrgica”

Autores:

Navarrete Danilo

Rojas Cancino Valeska

Mendoza, 2012

Esta Investigación es Propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumida sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/ o Autores del trabajo.

Integrantes del Tribunal Examinador:

Presidente.....

Vocal.....

Vocal.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

Agradecimientos:

En primer lugar queremos agradecer la dedicación y el esfuerzo brindado por la profesora de la cátedra, sin los cuales este estudio no hubiese llegado a buen término.

En segundo lugar queremos darle las gracias a mi pareja Fernando Azuri por su apoyo incondicional, mi familia Rojas Cancino que desde Chile me brindaron fuerzas para poder terminar mis estudios, de parte de la Alumna Valeska Rojas Cancino.

Y por último a mi familia Navarrete y a mi pareja que siempre estuvieron dando apoyo, y entusiasmo para poder terminar esta carrera y en especial a mi madre Juana Guiñez, de parte del Alumno Danilo Navarrete.

Quienes ambas familias han estado presentes y en forma incondicional en el transcurso de esta investigación, para finalizar queremos agradecer a todas aquellas personas y compañeros de trabajo que de una u otra forma colaboraron y participaron en la realización de esta investigación.

A todos hacemos extensivo nuestros más sinceros agradecimientos.

Prólogo:

Esta tesis propone estudiar y analizar cuales son los factores de riesgo que presentan los enfermeros del servicio de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo S.A. A lo largo de esta investigación se podrá apreciar cuales son los hábitos que se deberían tener en cuenta a diferencia de los hábitos que presentan los profesionales enfermeros en dicho nosocomio. Por otro lado debemos aclarar que esta investigación no propone emitir juicio de valor alguno con respecto a los hábitos que presentan nuestros pares, ni como debieran llevar una vida más saludable sin presencia de estos. Por último los resultados se encuentran en el capítulo final de esta tesis donde se puede constatar que la misma sirvió de guía para elaborar propuestas factibles que se podrían llevar a cabo para el mejoramiento de la salud de nuestros compañeros.

Índice General

Agradecimientos.....	Pág IV
Prólogo.....	Pág V
Índice General.....	Pág VI
Índice de Tablas y Gráficos.....	Pág VII
Capítulo I - Planteo de la Problemática -	Pág 1
Introducción.....	Pág 2
Descripción del Problema.....	Pág 3
Formulación del Problema.....	Pág 5
Objetivos.....	Pág 5
Justificación.....	Pág 5
Marco Teórico.....	Pág 7
• Ámbito de trabajo en Enfermería.....	Pág 7
• Conductas Saludables.....	Pág 16
• Factores de Riesgo.....	Pág 23
Capítulo II - Diseño Metodológico -	Pág 51
Diseño Metodológico.....	Pág 51
VARIABLES.....	Pág 52
Hipótesis.....	Pág 56
Tablas y Gráficos.....	Pág 57
Capítulo III - Resultados, Discusión y Propuestas -	Pág 94
Resultados.....	Pág 95
Discusión.....	Pág 96
Propuestas.....	Pág 97
Bibliografía.....	Pág 98
Apéndice y Anexo	Pág 99
Encuesta.....	Pág 100
Tabla Matriz.....	Pág 106

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla y Gráfico 1.....	Pág 58
Tabla y Gráfico 2.....	Pág 59
Tabla y Gráfico 3.....	Pág 60
Tabla y Gráfico 4.....	Pág 61
Tabla y Gráfico 5.....	Pág 62
Tabla y Gráfico 6.....	Pág 63
Tabla y Gráfico 7.....	Pág 64
Tabla y Gráfico 8.....	Pág 65
Tabla y Gráfico 9.....	Pág 66
Tabla y Gráfico 10.....	Pág 67
Tabla y Gráfico 11.....	Pág 68
Tabla y Gráfico 12.....	Pág 69
Tabla y Gráfico 13.....	Pág 70
Tabla y Gráfico 14.....	Pág 71
Tabla y Gráfico 15.....	Pág 72
Tabla y Gráfico 16.....	Pág 73
Tabla y Gráfico 17.....	Pág 74
Tabla y Gráfico 18.....	Pág 75
Tabla y Gráfico 19.....	Pág 76
Tabla y Gráfico 20.....	Pág 77
Tabla y Gráfico 21.....	Pág 78
Tabla y Gráfico 22.....	Pág 79
Tabla y Gráfico 23.....	Pág 80
Tabla y Gráfico 24.....	Pág 81
Tabla y Gráfico 25.....	Pág 82
Tabla y Gráfico 26.....	Pág 83
Tabla y Gráfico 27.....	Pág 84
Tabla y Gráfico 28.....	Pág 85
Tabla y Gráfico 29.....	Pág 86
Tabla 30.....	Pág 87
Comentario.....	Pág 88
Tabla 31.....	Pág 89
Tabla 32.....	Pág 90
Tabla 33.....	Pág 91
Tabla 34.....	Pág 92
Tabla 35.....	Pág 93

CAPÍTULO I:
Planteo del problema

Introducción

Esta tesis nace de la duda de saber cuales son los factores de riesgo que presentan los enfermeros de la Clínica de Cuyo S.A. en el servicio de Clínica Médica Quirúrgica.

A continuación se detalla cuales son los hábitos saludables a tener en cuenta en nuestra vida rutinaria, como las adicciones, el desequilibrio alimenticio y las actividades físicas que se pueden llevar a cabo para mantener una vida saludable.

Se realizó un estudio de campo, cuantitativo, mediante una encuesta entregada a todo el personal de enfermería de dicho servicio, con fin de saber cual es la situación actual que presentan nuestros colegas y poder dar posibles soluciones a estas.

Factores de riesgo del personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica

1. Descripción del problema

Este tema se comienza a tratar por los casos observados en nuestro lugar de trabajo. Es a partir de entonces que comenzaremos a plantearnos y hacer un análisis observacional de los diversos factores de riesgos existentes en la institución donde desarrollamos nuestra labor como profesionales “Clínica de Cuyo S.A”.

Uno de los primeros factores observados, es que los enfermeros se alimentan en horarios inadecuados; como por ejemplo en el turno mañana cuando se dirigen a su casa para almorzar algunos llegan a las 17 horas lo que generalmente no almuerzan y directamente prefieren tomar la media tarde antes de consumir los alimentos esenciales que necesitamos; como son proteínas (carnes rojas o huevos), hidratos de carbono (pastas), y vitaminas (verduras) que estos nutrientes los aportaría un buen almuerzo o en otro caso una buena cena.

En el turno tarde generalmente consumen muchos lípidos e hidratos de carbono con bebidas con alto contenido de conservantes y azúcares. Por tanto se observa que presentan un aumento de peso considerable que les impide realizar su trabajo de forma adecuada ya que presentan cansancio después de alguna actividad que realmente requiere un mínimo esfuerzo (por ejemplo subir las escaleras).

El turno noche es el que trabaja más horas que los turnos anteriormente mencionados, este turno tiene una carga horaria de 10 horas, lo que hace que el enfermero lleve su cena a dicho nosocomio. Es aquí uno de los tantos problemas que presenta el personal, ya que se come a altas horas de la noche, promedio de una a dos de la madrugada, ya sea por el exceso de trabajo o por el faltante de personal. Es por esto que queremos aclarar que es acá donde se denota el mayor aumento de

peso de nuestros colegas, sabemos que fisiológicamente estamos preparados para el descanso nocturno. No obstante quedemos aclarar que aparte de comer mal y en horario inadecuado, se podría decir que este turno se encuentra en constante tentación comestible, ya que es el turno que recibe más cariño por así decirle, por parte de los pacientes mismos, ya sea con entrega de; facturas, golosinas, gaseosas, helados, etc. Por lo que el personal jamás hace rechazo de esto.

Otra observación es el poco tiempo para la preparación de alimentos y el aumento del consumo de comida chatarra, por ejemplo no se toma el tiempo necesario para la preparación de una comida saludable. Se deduce que se busca siempre lo más rápido y fácil, por lo que no se incorporan los nutrientes necesarios para que el organismo funcione de forma óptima.

Otro factor observado es la alta incidencia de consumo de tabaco por parte de los enfermeros; con lo cual vale destacar que hay un mayor índice de consumo por parte del turno noche; ya sea por adicción, ansiedad o deseo del mismo. A través de este problema vemos las consecuencias que trae consigo dicho consumo, a esto nos referimos a los casos vistos por nuestros pares, el hecho de tratar de dejarlo creando periodos de abstinencia, lo cual hace que haya un cambio en el carácter, estado de ánimo y disminución de eficiencia en el trabajo

Todos estos factores anteriormente nombrados hacen que de alguna manera afecten el metabolismo de nuestros compañeros llevándolos a algunos a sufrir o padecer pre hipertensión o hipertensión. La mayoría de estos casos son asintomáticos, conocido como “el enemigo silencioso” lo que hace que no tenga cuidados diarios en su plan alimentarios haciendo que estos se den cuenta cuando la enfermedad empiece a manifestarse; ya sea por cefaleas matutinas, fatiga o impotencia sexual.

2. Formulación del problema

¿Qué factores de riesgo presenta el personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica de la Clínica de Cuyo S.A en Mendoza, Abril del 2012?

3. Objetivos que se lograran con la realización de la tesis

Objetivo general:

- Analizar los factores de riesgo que presenta la población en estudio.

Objetivos específicos:

- Establecer el tipo de conocimiento que tiene el personal en cuanto a los factores de riesgo en estudio, que son el consumo de tabaco y su estilo de vida alimentaria.
- Caracterizar la población en estudio.
- Determinar a prevalencia de sobre peso y tabaquismo en la población en estudio.

4. Justificación del estudio

Nos resulta de mucha importancia conocer y comprender cuales son los factores que son nocivos para la salud de los enfermeros como hemos planteado; la alimentación es uno de los factores que con mayor seguridad e importancia condicionan el desarrollo físico, la salud, el rendimiento y la productividad de las personas. Una persona mal alimentada encontrará dificultades para mejorar su calidad de vida, puesto que la capacidad de trabajo, directamente proporcional a la

alimentación, irá descendiendo cuando ésta es deficiente y, en lo que a trabajo físico se refiere, puede llegar a disminuir hasta un 30% respecto al desarrollo normal. Es por esto que lo consideramos de gran importancia conocer cuáles son las posibles complicaciones que se pueden padecer por este factor, ya que sabemos que es de suma importancia para gozar de un buen estilo de vida.

Así mismo el tabaquismo es la mayor epidemia que enfrenta la humanidad y, como otras enfermedades que dependen del comportamiento humano es de alta morbilidad. Adicción legal, su consumo se estimula libremente, al menos en nuestro país. Su impacto en el ser humano se entiende cuando se conoce que en EE.UU. mueren 300.000 personas por año y en nuestro país, con una población 9 veces menor, 40.000. La OMS estima actualmente en 1.000 millones el número de fumadores en el mundo, es decir alrededor de un tercio de la población de 15 años en adelante. Sobre este total, 800 millones habitan en los países en desarrollo.¹ Por esto vemos la importancia de este estudio ya que generalmente se asocia el consumo de tabaco con la mala alimentación es de mucha importancia conocer la interacción que presentan estos factores y que influyen de manera directa en la salud de los enfermeros.

¹ (www.oms.org/tabaquismo)

Marco Teórico

Ámbito de Trabajo en Enfermería

Durante la década de los 30, se iniciaron los estudios sistemáticos sobre la satisfacción laboral y los factores que podrían afectarla. Hoppock publicó la primera investigación donde hacía un análisis profundo de la satisfacción laboral. A través de sus resultados llegó a la conclusión de que "existen múltiples factores que podrían ejercer influencia sobre la satisfacción laboral, dentro de los cuales hizo mención a la fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión. Posteriormente, Herzberg sugirió que "la real satisfacción del hombre con su trabajo provenía del hecho de enriquecer el puesto de trabajo, para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimentar a su vez un crecimiento mental y psicológico".² Esta afirmación del autor, piensan otros, propició que se difundiera con cierta rapidez a finales de las décadas de los sesenta y setenta del pasado siglo, un método de mejoras en el trabajo que tenía como finalidad el enriquecimiento del trabajo en sí y de esta manera lograr mejorar la moral y el desempeño de los trabajadores en su puesto laboral, pero de lo cual no se registran resultados objetivos.

Paravic y Larraguibel citan a autores como Locke, quien plantea que "la satisfacción laboral es producto de la discrepancia entre lo que el trabajador quiere de su trabajo y lo que realmente obtiene, mediada por la importancia que para él tenga, lo que se traduce en que a menor discrepancia entre lo que quiere y lo que tiene, mayor será la satisfacción".³

La satisfacción laboral, continúa diciendo este autor citado por las autoras antes mencionadas, "es el resultado de la apreciación que cada individuo hace de su trabajo que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, siendo estos valores congruentes o de

² (Fernández, B. "Nivel de satisfacción de las enfermeras de los hospitales públicos y privados", 2002)

³ (Cienc. enferm. v.8 n.2 Concepción dic. , 2002)

ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, pudiendo ser éstas necesidades físicas o necesidades psicológicas".⁴

Otros estudios han abordado los efectos que en la salud tienen los estados de insatisfacción en los trabajadores, tales como: cefaleas, problemas de salud mental, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, entre otros. Estos problemas, afirman otros, provocarán ausentismo, sobrecarga laboral en unos, cambios de puesto laboral de otros, desmotivación, enojo, incremento de los costos para la empresa, todo lo cual va en detrimento de la organización laboral.

Como contrapartida, aseveran Paravic y Larraguiel, "los estudios demuestran que la satisfacción laboral constituye un buen predictor de longevidad, de adhesión a la empresa, mejora la vida no sólo dentro del lugar de trabajo, sino que también influye en el entorno familiar y social".⁵ Estos aspectos son especialmente relevantes en los profesionales del área de la salud y en especial, de los profesionales de enfermería, pues ellas deben cuidar la salud física y mental de quienes están a su cargo, y entregar una atención de buena calidad. Para ello deben estar bien y satisfechas en su trabajo.

Las enfermeras trabajan en instituciones cuya finalidad es prestar servicios de salud que contribuya con la satisfacción de la necesidad de salud de las personas; muchos de estos profesionales trabajan en ambientes muy complejos brindando cuidados críticos, enfrentando conflictos emocionales y no pocos laborales diariamente; existe la percepción de que las enfermeras(os) que trabajan en servicios altamente estresantes en donde a cada minuto se decide entre la vida y la muerte, están más satisfechas laboralmente que las demás enfermeras. Sin embargo, no existen evidencias que avalen esta percepción.

Otros profesionales laboran en servicios abiertos donde los enfermos requieren cuidados de enfermería, los cuales pueden ser negociados, y lograr la

⁴ (Cienc. enferm. v.8 n.2 Concepción dic. , 2002)

⁵ (Revista Habanera de Ciencias Médicas v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.- nov. 2009)

participación activa de estos, de manera que logren un bajo nivel de dependencia de los recursos humanos de enfermería.

No son pocos los practicantes de esta profesión que laboran en instituciones especializadas, que requieren de la superación profesional constante para enfrentar múltiples problemas profesionales que derivan tanto de la atención directa del paciente, como de la administración y coordinación del trabajo con los miembros del equipo de salud. Por último, no se puede dejar de mencionar a aquellos que realizan el trabajo comunitario con no pocos contratiempos derivados de problemas de organización y planificación del trabajo secundarios a los problemas de comunicación entre los gestores y gerentes de la actividad, quienes, sin embargo, tienen misiones importantes que cumplir en ese nivel primario de atención en la prevención y promoción de salud, así como, en el diagnóstico de los problemas de salud del individuo, la familia y la comunidad.

En ese sentido, los actuantes de la enfermería cubana están en correspondencia con la definición que la OMS ofrece acerca de la Enfermería como "actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte..."⁶

Perezagua y otros, aseveran que "la satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. Actualmente se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial".⁷

Se puede encontrar en la literatura la coincidencia de criterios de las posibles fuentes de insatisfacción en el trabajo de los profesionales de enfermería, como son: el cansancio, las escasas posibilidades de capacitación o superación profesional debido a una inadecuada política de educación continuada de las instituciones, los sistemas de turnos rotativos, la escasez creciente de recursos humanos, la realización de funciones que no se corresponden con el nivel

⁶ (Revista Habanera de Ciencias Médicas v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.- nov. 2009)

⁷ (Revista Habanera de Ciencias Médicas v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.- nov. 2009)

alcanzado, entre otras, que traen como consecuencia agobio, fatiga, inadecuadas relaciones interpersonales y desmoralización entre estas profesionales y por consiguiente, el hecho de que se brinden cuidados de salud sin la calidad requerida que merece el sujeto sano o enfermo, que es, en definitiva, su objeto de atención principal.

Las enfermeras sufren los conflictos que se generan dentro de los equipos de trabajo, las dificultades con sus jefes directos, con sus pares y con el personal a su cargo, ya que éstas entorpecen la comunicación, alteran la armonía y el desarrollo del trabajo, y lo tornan dificultoso y poco gratificante.

También es frecuente encontrar criterios sobre el poco reconocimiento social y profesional de la Enfermería y se considera como una expresión de ello, los escasos, reducidos o a veces inexistentes espacios asignados en sus lugares de trabajo, lo que ellas perciben como falta de reconocimiento hacia su grupo profesional por parte de la institución en que se desempeñan. Por otro lado, se pueden encontrar opiniones relacionadas con la rotación de turnos de trabajo, donde no hay persona que niegue, que le dificultan la vida matrimonial y familiar, ya que éstos no coinciden con las rutinas normales de trabajo y estudios del resto de las personas, por lo que la enfermera o el enfermero requiere de muchos esfuerzos para hacer coincidir sus actividades con las del resto de su familia.

También se hace referencia a "sus históricas bajas remuneraciones y los escasos ascensos son dificultades que, junto a otras, estas profesionales deben enfrentar, con el consiguiente malestar que les implica".

En ese sentido, en opinión de Parra y Paravic, "los factores de promoción y remuneraciones son las variables predictoras que producen más insatisfacción entre las/os enfermeras/os participantes en el estudio. Las/os enfermeras/os en cuanto a las oportunidades de promoción y ascenso opinan que son muy limitadas y cuando llega a haber alguna pareciera que no siempre lo logra la persona más competente. Además encuentra el proceso poco transparente".

En la actualidad, puede percibirse un incremento en el interés de algunas instituciones laborales y sus directivos por la calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud. Algunos coinciden en que la calidad de vida laboral de estos trabajadores incide de manera positiva o negativa en la actividad laboral que ejecuta y la calidad de vida personal, familiar y de pareja. De ahí, la necesidad de que otros interesados en el tema reconozcan la necesidad de estudiar a los recursos humanos en su medio o entorno de trabajo ya que, como diría Paravic y Larraguivel "cualquier variación en el conjunto integrado por el hombre, la organización y el medio ambiente, afectará forzosamente a los demás". Sin embargo, el lugar de trabajo de las enfermeras y enfermeros, y el contexto donde lo desarrollan hoy, no parece ser una fuente que genere satisfacción laboral.

La insatisfacción laboral, como factor de riesgo para el personal de enfermería, afirma Briceño, "es un trastorno que estaría presente en el lugar del trabajo, y la solución consistiría en suprimirlo y no tratar de que los trabajadores se adapten a esas condiciones desfavorables".⁸

Los criterios anteriores son reafirmados con los resultados obtenidos en estudios realizados, por citar algunos con resultados significativos, en Argentina, Chile y España que ilustran muy bien los criterios de satisfacción e insatisfacción de los recursos humanos de enfermería.

Aunque la mayoría de las investigaciones realizadas sobre satisfacción laboral en enfermeros en diversos lugares del mundo han llegado a conclusiones similares respecto a aquellos aspectos del trabajo que guardan relación con la satisfacción y la insatisfacción laboral.

En el estudio argentino, la muestra encuestada se declara poco o nada satisfecha globalmente, 90% (n= 45). El grado de satisfacción e insatisfacción encontrado en su estudio, declara el autor, "es muy variable en función del elemento considerado; así, el grado de insatisfacción es del 100% en lo que

⁸ (Revista Habanera de Ciencias Médicas v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.- nov. 2009)

respecta al salario percibido o las posibilidades de ascenso, y el 100% refiere poca satisfacción global, y con respecto a la "relación con los jefes y superiores" y la "organización del trabajo", una mayoría se mostró poco satisfecha. Este resultado está en correspondencia con los hallados por las chilenas Parra y Paravic, quienes identificaron que respecto a la variable interacción con los pares que las/os enfermeras/os perciben a éstos como no muy leales ni fieles, obstinadas/os e indiscretas/os.

Autores como Locke, citan las autoras, afirma que "es importante que el individuo perciba a sus pares como confiables, ya que la falta de lealtad y fidelidad de parte de los pares es uno de los aspectos que produce mayor insatisfacción en el trabajo".⁹ Esto se corrobora, continúan diciendo, con estudios realizados más recientemente en los que se encontró que la interacción satisfactoria con los pares generaba satisfacción laboral. Sin embargo, una mayoría de los encuestados se muestran satisfechos en relación con el tipo de trabajo realizado y con los compañeros de trabajo. Siendo las mujeres las más insatisfechas en relación con los hombres y de ellas, el mayor porcentaje de insatisfacción laboral lo presenta el personal con menor cualificación (auxiliares y ayudantes de enfermería), mientras que los enfermeros profesionales (terciarios y universitarios) presentan un porcentaje de satisfacción de 37,5%. Se asume que es por ello que el autor de dicha investigación plantea que "mientras que la satisfacción laboral responde a un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de las personas y es un factor importante que condiciona la actitud del individuo respecto a su trabajo, hay factores ligados a la interacción con los superiores, así como aspectos organizativos y funcionales que pueden ser fuentes generadoras de insatisfacción en el personal de enfermería del sector hospitalario".

En el estudio español se pudieron identificar los aspectos que más satisface a los enfermeros, según nivel de atención de salud:

⁹ (Revista Habanera de Ciencias Médicas v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.- nov. 2009)

- **En primaria:** La relación interpersonal con el usuario y con resto del equipo de trabajo. La enfermera trabaja mejor con usuarios de mayor nivel cultural. Evolución de la enfermería hacia una atención integral. El modelo de enfermera de referencia aumenta el grado de satisfacción laboral y el percibido por el usuario. Condiciones científico-técnicas y la relación interpersonal. Las enfermeras que trabajaban dentro del tipo de atención primaria reformada tienen tiempo suficiente para realizar su trabajo. El trabajo en equipo.

- **En secundaria:** Competencia profesional. Relaciones interpersonales con pacientes y compañeros. Los enfermeros eventuales perciben mayor satisfacción que los fijos. Los enfermeros que realizan sesiones clínicas conjuntas están globalmente más satisfechos que el grupo que utiliza el método tradicional. El turno de tarde es el que está más satisfecho, seguido del de mañana y el menos satisfecho es el rotatorio. Las unidades de enfermería con modelo de enfermero de referencia están más satisfechas que las unidades que trabajan por tareas.

- **En mixtos:** El nivel de satisfacción es superior en los trabajadores eventuales. La enfermería de atención primaria tiene mayores expectativas en relación con un contenido propio de trabajo (independencia tareas). Contenido del trabajo y relación con compañeros. El turno de tarde es el más satisfecho. Competencia profesional. Enfermeros que trabajan en medio rural están más satisfechos profesionalmente que otros que trabajan en zona periurbana. Labor social que realizan.

Lo que menos satisfacción le produce a los enfermeros:

- **En primaria:** La incertidumbre sobre lo que el profesional quiere de su profesión. Tratamiento de usuario despojado de familia, social y comunidad. La población lo ve como "auxiliar" del médico. Conflictos, equipo de trabajo respecto a la delimitación de funciones y competencias. La falta de recursos humanos y la sobrecarga de trabajo. Falta promoción profesional, sueldo bajo y carencia de formación. Poca comunicación e interrelación con profesionales de

atención especializada. Las relaciones con los compañeros fueron percibidas como desfavorables por parte del personal sin plaza fija y de los <de 30 años.

- **En secundaria:** Turnicidad. Reconocimiento, proyección social, retribución y poco desarrollo personal. Insatisfacción por el salario y la política de empresa. Falta de motivación. Problemas de comunicación, los cargos intermedios no informan siempre de forma adecuada. Tensión y presión en el trabajo. Competencia profesional. La mayor edad (>36 años) se asocia a menor satisfacción laboral (sueldo y desarrollo profesional). Trabajo fines de semana y festivos. Poca participación en órganos de dirección. Los trabajadores del hospital se sienten distanciados de este y muestran una actitud crítica. La labor asistencial es la menos satisfactoria de todas. Una cuarta parte de los enfermeros no volverían a iniciar sus estudios de enfermería. La necesidad de formación (alumnado-personal reciente incorporación) hacen que estas tareas docentes recaigan sobre la plantilla, enturbiando relaciones interpersonales y profesionales, generando un elevado grado de tensión laboral, lo que entorpece el proceso de atención al paciente.

- **En mixtos:** Falta promoción profesional y ausencia formación especializada. Enfermera de atención especializada expresa menor nivel de satisfacción que la de atención primaria. Mala remuneración. Tensión relacionada con trabajo, promoción profesional y exceso de trabajo. Desgaste emocional que supone enfrentarse a la enfermedad. Por lugares y condiciones de trabajo, sentimiento de abandono y poca valoración de su trabajo.

En el estudio español se estableció la relación entre satisfacción laboral, calidad de la atención y satisfacción de la población, y se concluyó que "la satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como condiciones laborales. La satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal. Se concluye que a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto, satisfacción del paciente".¹⁰

¹⁰ (Revista Habanera de Ciencias Médicas v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.- nov. 2009)

En Cuba, la situación de satisfacción laboral o no de los recursos humanos de enfermería, al menos desde el punto de vista bibliográfico, no ha sido sistematizado teóricamente, aunque se hacen referencias a algunos estudios como el realizado en el Instituto de Oncología y Radiobiología (INOR), donde este personal se siente satisfecho con la atención que brinda, con el ambiente de trabajo, desarrollo profesional y desempeño de su papel y siente insatisfacción con las condiciones de trabajo, remuneración salarial y el reconocimiento social.

En el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, se encontró una buena calidad de vida laboral basada en bajos índices de riesgo de estrés laboral, elevada autoestima y satisfacción, contrario a los resultados de investigaciones similares alrededor del mundo. Las autoras del estudio opinan que los resultados hallados pudieran estar interconectados con el hecho de que el personal entrevistado trabaja en un Instituto de Investigación (IPK), atendiendo generalmente pacientes con enfermedades graves, muchas hasta el momento incurables, como el VIH/SIDA, por lo que las expectativas de mejoría de los pacientes no pueden ser muy elevadas y el personal de enfermería, por tanto, se preparó psicológicamente para asimilar la muerte y el sufrimiento de los enfermos como forma de modular los efectos negativos del estrés, sin que llegara a producirse en ellos la deshumanización.

Conductas Saludables

La actividad como recreación y mantenimiento de la salud ha tomado un impulso notorio este fenómeno, se puede observar en la creciente cadena de gimnasios en las grandes ciudades o en la utilización de espacios verdes para la concreción de estas actividades. Tal tendencia puede estar reflejada por los consejos en las indicaciones médicas para los tratamientos de algunas patologías tanto cardiológicas, neumonología, traumatología, pediatría etc.

Sin sumergirnos en ningún tratamiento mencionaremos parte de los beneficios que un individuo sano puede obtener al desarrollar una actividad física programada.

Motivación y voluntad

La actividad física adquiere mayor adhesión cuando la gente conoce mejor sus beneficios, elige actividades que disfruta y se siente bien y saludable al realizar estas tareas recreativas. Con buena voluntad y organización es factible practicarlas según nuestros tiempos, sin que influya en nuestra economía.¹¹

No debemos sentirnos presionados, puede reconocerse como una variable para contrarrestar una vida sedentaria, estresante; inclusive puede ser utilizada para fomentar la unión familiar.

Tal vez uno de los obstáculos a vencer es el que está relacionado con tomar la decisión de comenzar; es imprescindible, entonces, trabajar con la fuerza de voluntad: para lograr tal propósito debemos saber qué es lo que realmente obtendremos de este esfuerzo a invertir. La fuerza de voluntad tiene algunos componentes indispensables, a saber, la decisión, la perseverancia y la iniciativa.

La decisión es el elemento esencial. Debemos responder a la pregunta ¿Cuándo comienzo?

¹¹ (Enf. Alfredo Bassi; "Autocuidado". Marzo 2006. Buenos Aires)

La perseverancia puede ser más importante que la energía que se emplea, se puede dar a partir de la experiencia que se gana con los fracasos.

La iniciativa está formada por el ánimo y estímulo, que proporciona el entusiasmo necesario para llegar a donde se requiere. Más a la de los cambios estéticos visibles que se pueden lograr, los estudios realizados en relación con los beneficios de la actividad física indican:

- Disminución de riesgos de hipertensión arterial.
- Prevención de diabetes tipo II (mejora los receptores de insulina).
- Disminución de riesgos en patologías cardiológicas.
- Prevención de obesidad (ahora presente en mayor número de niños y adolescentes, a través del abandono del secundario)
- Prevención de lesiones lumbares. Con fortalecimiento de la faja neural que son los músculos abdominales y lumbares.
- Control de osteoporosis. Por estímulos de fuerza muscular pues deposita mayor cantidad de calcio en la masa ósea.
- Prevención de la ansiedad y depresión por liberación de endorfinas a nivel central

Desmitificaciones

En oposición a las creencias que circulan en nuestra cultura, no es necesario la ejecución de una actividad física vigorosa, ya que los primeros beneficios se obtienen de una actividad física moderada, pero siempre realizada en forma regular, esa actividad se debe incrementar gradualmente y según el interés de cada persona, con un esquema sencillo, que comience ineludiblemente con un precalentamiento de no menos de 10 minutos en días fríos y 5 minutos en días cálidos. En el inicio, las sesiones no deben ser menores de 30 minutos y aumentaran progresivamente de 10 minutos por semana según la frecuencia con la que se practique la actividad física, cuya rutina ideal es de 3 a 4 veces por semana.

La colocación excesiva de abrigo o bolsas de polietileno no ayudan a bajar de peso más rápido, este sistema es utilizado por algunos deportistas de alta competencia (boxeadores y practicantes de artes marciales, por ejemplo) para cumplir con el pesaje exigido en determinadas ocasiones, circunstancias por las que posteriormente algunos pagan alto precio, pues lo que logran reducir su peso en líquidos hasta 2 Kg. En efecto al transpirar el organismo pierde agua y electrolitos, lo que perjudica el desempeño deportivo, ya que los músculos no trabajan con el PH indicado, debemos recordar que nuestro organismo está compuesto por un 60% de agua y electrolitos, las dos terceras partes están en el espacio intracelular y un tercio en el extracelular. Hay factores que influyen en el volumen de los líquidos corporales, como la edad, el sexo (las mujeres poseen un 52% de líquido y los hombres un 60%) y el volumen graso (los obesos tienen menos cantidad de agua que los esbeltos, ya que los adipositos con tienen menos cantidad de agua)

Vías de incremento y pérdidas.

Incrementos.

El organismo obtiene agua y electrolitos de distintas formas: por medio de agua y otros líquidos y por los alimentos ingeridos.

Perdidas.

Las pérdidas se realizan a través del sudor. Los pulmones, el aparato y los riñones. La transpiración es la principal causa de pérdida de sodio y potasio que puede llegar hasta 1000 ml/h según la temperatura ambiental.

Los pulmones eliminan vapor de agua, como pérdida insensible, a un ritmo de 300 a 400 ml/h dependiendo de este número de la profundidad y cantidad de respiraciones por minutos.

El aparato digestivo excreta por heces hasta 200 ml/h; por el intestino delgado circulan hasta 8 litros de líquido, de allí que un competidor con diarrea debe

tomar precauciones, ya que indefectiblemente está perdida puede influir en el rendimiento, no solo por la incomodidad sino también por el riesgo de deshidratación.

Los riñones, de importancia vital para el equilibrio hidroelectrolítico, funcionan en forma autónoma en respuesta a mediadores químicos (ADH anti diurética).

La hormona aldosterona, al aumentar retiene sodio, por lo tanto agua, excretan potasio: como función principal regula la concentración de bicarbonato en el líquido extracelular.

Trabajo aeróbico.

Se denomina así al trabajo que el organismo realiza utilizando mayor cantidad de oxígeno como combustible.

Para poder diferenciar aeróbico de anaeróbico debemos tener en cuenta aspectos como la edad y el tipo de atletas (medio o de elite). En todos influyen factores comunes: la frecuencia cardíaca máxima (FCM) es uno de los más importantes. Para reconocerla hay diversos métodos. Otro que es muy sencillo a un valor constante (220) se le resta la edad del atleta.

Dieta.

Como indica la pirámide de alimentación es preferible el consumo de mayor cantidad de proteínas e hidratos de carbono que de grasa, lo que, a su vez, varía según los requerimientos y objetivos personales que tengamos. Si queremos bajar de peso debemos comer menor cantidad de alimentos de mejor calidad y gastar más calorías con ejercicios.

Bebidas en el deporte

Es importante la ingesta de agua antes, durante y después del ejercicio, ya que por medio de ella el organismo mantiene la temperatura corporal adecuada, el volumen de presión sanguínea y la hidratación apropiada de los músculos. Reponer líquidos es fundamental para el equilibrio hidroelectrolítico, el

consumo de líquidos durante el ejercicio dependerá exclusivamente de la velocidad de vaciamiento gástrico de cada persona.

Programa de ejercicios.

La inducción al cambio debe ser siempre acompañada por el reforzamiento positivo al paciente, reconocimiento de los logros alcanzados y apoyo en sus pares y familiares.

Diversos estudios refuerzan esta idea, evitando caer en la conducta represiva o recriminatoria. El programa de ejercicios y el resto de las actividades programadas deben estar orientadas en este mismo sentido, ser sesiones de ejercicio entretenidas, con marcado reconocimiento de los avances, sin caer en la competitividad, incentivando lazos con el grupo y reforzamiento positivo de las conductas deseadas. La efectividad del plan dependerá en gran medida del cambio en la capacidad funcional muscular y cardiorrespiratoria; su efecto perdurable ocurrirá solamente con la práctica habitual de un ejercicio físico sistemático y adecuado a las capacidades personales.

La evidencia científica que relaciona la actividad física y la salud cardiovascular muestra una disminución del riesgo con un gasto energético que varía entre 700 a 2000 kcal por semana. Para lograr el objetivo de gastar al menos 700 kcal a la semana se debe realizar 30 minutos de caminata rápida o su equivalente por 5 días a la semana (21/2 horas de actividad física en la semana).¹²

El logro del objetivo se realiza en forma gradual hasta alcanzarlo en un plazo de cinco semanas, para posteriormente mantenerlo durante los 4 meses que dura el Módulo.

¹² (Enf. Alfredo Bassi; "Autocuidado". Marzo 2006. Buenos Aires)

Las personas sin entrenamiento previo o extremadamente sedentario deben incrementar en forma gradual el tiempo dedicado a la actividad física partiendo con 10 minutos al inicio, aumentando 5 minutos cada semana hasta alcanzar los 30 minutos diarios por 5 días o 2 1/2 horas a la semana en la quinta semana.

Se presentan más abajo algunos ejemplos de actividades con un gasto energético equivalente a la caminata rápida. Muchas de estas actividades pueden no serlo dependiendo de la manera en que se realicen; por ello es conveniente participar en una demostración práctica realizada por un profesional experto en actividad física para determinar la intensidad y duración de una actividad equivalente.

Actividades Equivalentes en Gasto Energético a una Caminata Rápida

- Danza aeróbica (alto y bajo impacto)
- Patinaje en hielo
- Andar en bicicleta (al aire libre o bicicleta fija)
- Ski (cross-country)
- Baile (no incluye pausas)
- Football
- Excursión
- Trote (aire libre, cintas sin fin)
- Pesas
- Karate
- Natación
- Saltar la cuerda
- Remo (canotaje)
- Aeróbicos en agua
- Tenis
- Voleibol
- Gimnasio, (cinta sin fin)

Otras actividades, tales como jardinería o limpieza del hogar, aunque son actividades recomendadas para mantenerse activos, no representan un nivel de actividad equivalente a una caminata rápida. El criterio de “equivalente a una caminata rápida” se usa basado en el hecho que estas actividades ayudarán a los enfermeros a bajar de peso, reducir la glicemia y mejorar los factores de riesgo cardiovasculares.

Además de todo lo mencionado anterior mente daremos pautas para tener en cuenta en el ámbito de trabajo.

- En vez de subir y bajar por el ascensor usar las escalera
- No permanecer mucho tiempo sentado en la misma posición tratar en lo posible de estirar los miembros inferiores ya que esto ayudo a la prevención de venas varices
- Cuando se permanezca de pie por mucho tiempo realizar ordeño de miembros que es depositar el peso de pierna en la otra así facilita el drenaje venoso de los miembros.

Factores de Riesgo

El personal de enfermería constituye un importante grupo laboral en todas las instituciones sanitarias del país y del mundo, que representa aproximadamente 60% del recurso humano vinculado a las instituciones hospitalarias, en consecuencia constituye la columna vertebral de los servicios asistenciales. Este grupo presenta condiciones particulares de trabajo, representadas por la continuidad de su servicio durante las 24 horas, las diferentes categorías de riesgo presentes en los sitios de trabajo y la característica de género femenino predominante en quienes ejercen la profesión, aspectos que le imprimen una connotación especial, la cual requiere, de igual manera, un abordaje particular y participativo, entre la empresa y todo el equipo de enfermería.

Según Gestal, J. (2001), los riesgos ocupacionales a los que están expuestos los profesionales de enfermería, se clasifican desde el punto de vista etiológico, en riesgo físico, químico, biológico, ergonómico y psicosociales¹³, los cuales se describen a continuación:

Riesgos Físicos: Son los que se relacionan con la contaminación sonora (ruido), presiones de temperatura, condiciones de iluminación y ventilación deficiente, vibraciones, exposición a radiaciones infrarrojas y ultravioletas.

Riesgos Químicos: La utilización de grandes cantidades de sustancias químicas, pueden ocasionar al personal de salud diversas alteraciones, tales como irritaciones, procesos de sensibilización, daños sobre diversos órganos, malformaciones congénitas, mutaciones e inclusive cáncer.

Riesgos Biológicos: Los contaminantes biológicos son microorganismos, cultivos de células y endo parásitos humanos susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

¹³ (Gestal, J. (2001). Riesgo del Trabajo del personal Sanitario. 2da. Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España.)

Riesgos Ergonómicos: Murrue! (2004), define la ergonomía como "el estudio científico de las relaciones del hombre y su medio ambiente y de trabajo.

La ergonomía tiene dos grandes ramas: Una se refiere a la ergonomía industrial, biomecánica industrial, biomecánica ocupacional, que se concentran en aspectos físicos del trabajo y capacidades humanas, tales como fuerzas, posturas, repeticiones. Uno de los objetivos generales de la ergonomía es: reducir las lesiones y enfermedades ocupacionales, mejoramiento de la calidad del trabajo.

Riesgos Psicosociales: Los factores de riesgos psicosociales deben ser atendidos como toda condición que experimenta el hombre en cuanto se relaciona con su medio circundante y con la sociedad que lo rodea. Selye, utiliza el término inglés stress (que significa esfuerzo, tensión) para calificar al conjunto de reacciones de adaptación que manifiesta el organismo, las cuales pueden tener consecuencias positivas (como mantenernos vivos), o negativas si nuestra reacción es demasiado intensa o prolongada en tiempo, resulta nociva para nuestra salud.

La práctica de enfermería es una actividad muy estresante, que brinda largas horas al cuidado de los pacientes, por lo que es necesario estar bien. En cuanto a la alimentación equilibrada para poder rendir las exigencias que las necesidades de los pacientes requieren. Teniendo en cuenta la importancia que requiere ser un enfermero sano, es importante conocer cuáles son las causas, y consecuencias que padecen los enfermeros con sobrepeso, y así también la existencia de una dieta sana, orientada a lograr un equilibrio psicofísico. Y también poder saber acerca de los riesgos del hábito tabáquico, como causa directa de varias enfermedades graves. A pesar de ello se aprecia con frecuencia el consumo de cigarrillos en enfermeros (as), quienes constituyen la unidad de análisis del estudio que se presenta y que pretende identificar la prevalencia de hábito tabáquico.

Tabaquismo

El fumar (inhalar y exhalar los humos producidos al quemar el tabaco), conduce a una intoxicación crónica denominada tabaquismo. Las hojas secas de la planta del tabaco se fuman en pipa o en puro, pero la forma más extendida es el cigarro o cigarrillo.¹⁴

Reseña Histórica

El tabaco es una planta originaria de América. Los primeros europeos que llegaron al continente americano observaron que los indígenas fumaban en pipa las hojas del tabaco, e introdujeron esta práctica en Europa a mediados del siglo XVI. Posteriormente el diplomático francés Jean Nicot, al que la planta debe el nombre genérico (Nicotiana), lo introdujo en el resto de Europa desde donde se difundió progresivamente al resto del mundo.

Composición del cigarrillo Con el encendido de un cigarrillo se liberan numerosos componentes: alquitrán, cianuro, benceno, monóxido de carbono, óxido de nitrógeno y nicotina por nombrar solamente algunos.

Adicción al tabaco La nicotina, alcaloide del tabaco, es el componente principal cuando nos referimos a la dependencia física que crea este hábito ya que es una droga de alto poder adictivo.

El fumar afecta al corazón en distintos aspectos. Aunque la mayoría de las personas están muy al corriente de la relación existente entre fumar cigarrillos y el cáncer de pulmón y otras enfermedades del aparato respiratorio, muchos aun desconocen a este hábito como un factor de riesgo en la hipertensión y en el total de las patologías circulatorias.¹⁵

El fumador: Su ambiente social y sus necesidades. El fumar pareciera ser, en su origen, producto de la socialización del individuo. El concepto de socialización denota el proceso por el que se transmite la cultura de una generación a la siguiente.

¹⁴ ("El tratado Mosby de enfermería" – Vol. 2 – Madrid 1995)

¹⁵ (www.asat.org.ar.)

No sólo se fuma en algún momento motivado por la acción de otros (por ejemplo, se fuma para impresionar a alguien, o para dar sensación de seguridad al que observa, etc.), sino que se comienza a fumar debido a que otros fuman como acto habitual. El acto de fumar aparece como legítimo para el fumador, debido a que "otros" (muchas veces famosos o respetados, o muy cercanos al fumador potencial), también lo hacen.

Los agentes más directos de la socialización de este hábito son la familia y los grupos primarios con los que el individuo interactúa frecuentemente. Podríamos decir que se puede fumar de una manera afectiva (por placer o descarga de la ansiedad) y que es el caso de los fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios, y por hábito en el caso de los fumadores que superan los 10 cigarrillos diarios. Es en este último caso donde apreciamos, a través de la cantidad de cigarrillos consumida diariamente, el grado de dependencia hacia la adicción.

Los seres humanos tienen determinadas necesidades, las que dan lugar a toda una serie de comportamientos y acciones tendientes a su satisfacción: necesidades fisiológicas; de seguridad; de pertenencia y afecto; de estima y de realización de sí mismo.

Lo más común es que se comience a fumar en la adolescencia, ya sea como una actitud de rebeldía o para no sentirse desplazado del grupo si ese entorno está compuesto mayoritariamente por fumadores. Otra posibilidad es que el adolescente fume "para sentirse más adulto". Resumiendo, tres razones por las cuales el ser humano fuma:

1. Necesidad de intensificar sus sentimientos positivos o aminorar sentimientos negativos
2. Identificación con el entorno.
3. Adicción psicológica.¹⁶

¹⁶ (www.asat.org.ar.)

Magnitud noxal del tabaquismo

El tabaquismo es la mayor epidemia que enfrenta la humanidad y, como otras enfermedades que dependen del comportamiento humano es de alta morbimortalidad. Adicción legal, su consumo se estimula libremente, al menos en nuestro país. Su impacto en el ser humano se entiende cuando se conoce que en EE.UU. mueren 300.000 personas por año y en nuestro país, con una población 9 veces menor, 40.000.

La OMS estima actualmente en 1.000 millones el número de fumadores en el mundo, es decir alrededor de un tercio de la población de 15 años en adelante. Sobre este total, 800 millones habitan en los países en desarrollo.¹⁷

Según los especialistas en cardiología el tabaquismo afecta al aparato circulatorio en distintas formas: Aumenta la cantidad total de colesterol en la sangre, elevando los niveles de LDL o "colesterol malo". Además, puede reducir los niveles de HDL o "colesterol bueno" ¹⁸

La nicotina, además de tener como droga un alto poder adictivo, produce una estimulación nerviosa sobre las glándulas suprarrenales que da como resultado la producción de adrenalina. Esta sustancia acelera la frecuencia cardiaca aumentando las necesidades de oxígeno del corazón y obligando a este órgano a trabajar más y en condiciones más desfavorables. Además, al producir vasoconstricción, aumenta la resistencia vascular periférica. En resumen, comprendiendo que existen acciones sobre múltiples órganos, aparatos o sistemas, la nicotina y demás componentes:

- a. favorecen la dislipidemia (disminuyendo el HDL y aumentando el LDL y los triglicéridos);
- b. deterioran la vaso reactividad (por aumento del tono vascular con inducción al espasmo);
- c. crean un estado de hiper coagulabilidad (por aumento de la agregación plaquetaria, y de la viscosidad de la sangre) favoreciendo la trombosis;
- d. conducen a la hipoxia tisular, disminuyendo el umbral isquémico;
- e. favorecen la producción de grasa central.

¹⁷ (www.oms.org/tabaquismo)

¹⁸ ("Trastornos cardiovasculares" – Serie Mosby de enfermería – Madrid 1995)

Consecuencias

Por sí solo, el tabaquismo aumenta el riesgo cardiovascular en 1,6 veces; asociado a hipertensión arterial, en 4,5 y a hipercolesterolemia en 4; cuando los tres concurren, el riesgo es 16 veces mayor.¹⁹

¿Por qué se fuma?

Fumar no sólo es "un hábito", también es una drogadicción, ya que el hecho de fumar tabaco cumple con todos los criterios que definen al consumo de una sustancia como tal:

1. Existencia de tolerancia
2. Dependencia
3. Síndrome de abstinencia en ausencia de la misma
4. Comportamiento compulsivo

El máximo responsable de la dependencia es la nicotina, sustancia con un gran poder de adicción similar al de otras drogas como la heroína o cocaína. La forma de dependencia que genera el hábito de fumar es:

- Dependencia física, provocada directamente por la nicotina y es la responsable del síndrome de abstinencia.
- Dependencia psicológica, el hábito de fumar se ha convertido en una compañía en todo tipo de situaciones, después de las comidas, con el café, al hablar por teléfono, etc. y parece imposible cambiar esta relación.

Dependencia social, el fumar sigue siendo un acto social, se hace en grupos, en ciertas reuniones de ocio, tras cenas con los amigos, y sobre todo sigue siendo un hábito que distingue a ciertos grupos de adolescentes dándoles un valor social de rebeldía y de madurez malentendidos.

¿Por qué hay que dejar de fumar?

La principal es que el consumo de tabaco constituye la principal causa de enfermedad evitable y de mortalidad prevenible en los países desarrollados. En un 19% de los casos de mortalidad es el tabaco la causa de su prevención.

¹⁹ ("Trastornos cardiovasculares" – Serie Mosby de enfermería – Madrid 1995)

En el tabaco se han encontrado múltiples sustancias que en gran parte son perjudiciales para la salud. Entre ellas, destacan por sus efectos nocivos:

1. Los alquitranes (benzopirenos y nitrosaminas) responsables del 30 % de todos los tipos de cáncer (vejiga, riñón, páncreas, estómago,etc.), y del 90% del cáncer de pulmón.
2. El monóxido de carbono, que es el causante de más del 15% de las enfermedades cardiovasculares.
3. La nicotina, que produce la dependencia física.²⁰

Además el tabaco es el causante del 80% de la mortalidad por procesos pulmonares crónicos.

Algunos motivos para dejar de fumar:

Evitará enfermedades cardíacas producidas por el tabaquismo	Se cansará menos al hacer ejercicio.	Mejorará su potencia sexual.
Reducirá las probabilidades de padecer cáncer de boca, laringe, vejiga y riñón.	Evitará el mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón.	Sus posibilidades de padecer enfisema pulmonar disminuirán.
Descenderán sus cifras de presión arterial y colesterol.	Tendrá un gasto menos y ahorrará mucho dinero	Desaparecerá la tos matutina.
Tendrá más tiempo libre.	Su dentadura volverá a brillar y sus encías dejarán de inflamarse.	Reducirá el riesgo de accidentes.

²⁰ (Revista "Despertad" – marzo de 2000)

Mejorará su úlcera gástrica o duodenal si la tiene, y si no, disminuirá la posibilidad de adquirirla.	Podrá tomar anticonceptivos con menos riesgo.	Terminará con la bronquitis crónica, la tos y el catarro crónico.
El aspecto de su cabello mejorará.	Mejorará su fertilidad.	Eliminará el mal aliento.
Mejorará su apetito, sus sentidos del gusto y olfato. Los alimentos tendrán mejor sabor y aroma.	Mejorará la celulitis.	Mejorará su estado de ánimo.

El acné mejorará sensiblemente, en muchos casos desaparecerá.	No producirá daños fetales.	Creecerá su autoestima.
No contribuirá a enfermar a su pareja, hijos y amigos.	Retrasará la menopausia.	Vivirá mejor y vivirá más.
Ya no tendrá olor a tabaco en cuerpo y ropa.	Su piel conservará la tersura más tiempo. El tabaco la envejece gradualmente.	Hará felices a quienes lo quieren, especialmente a su médico.

Cómo Dejar De Fumar

Para dejar de fumar se debe de pasar por una serie de procesos temporales de actitud ante el hábito, y es necesario pasar por ellos para poder tomar una actitud de abandono.

Fases del fumador:

- **Fase de pre contemplación:** El fumador disfruta con el hábito de fumar y no se plantea ningún problema por ello, es un fumador consonante, es decir fuma y está seguro de que hace bien. En esta fase se encuentran los fumadores menores de 30 años, sin enfermedades asociadas o no al tabaco. Casi la mitad de los fumadores están en esta fase.
- **Fase de planteamiento o de contemplación:** El fumador se plantea ya las posibles consecuencias negativas para la salud del fumar, y algunas positivas de dejarlo. Comienza a ser un fumador disonante, es decir fuma pero le parece que está mal hacerlo. Un 30 % de los fumadores están en esta etapa.
- **Fase de acción:** El fumador se ve en la obligación de dejar de fumar, pasa de disonante a una actitud más acorde es decir sabe que es malo fumar y lo deja. Esta fase se repetirá varias veces en la evolución de la dependencia, pasará a la contemplación y la acción repetidamente. Un 20% de los fumadores están en esta fase.
- **Fase de consolidación o mantenimiento:** Se puede decir que en esta fase están aquellos fumadores que llevan más de 6 meses de abstinencia. No fuma nada pero hasta los 12 meses no se puede considerar como ex-fumador.
- **Fase de recaída:** Se da en un porcentaje variable de los casos, lo habitual es que pase a la fase de contemplación y tardará más o menos en volver a la acción. Se acompaña de una gran pérdida de la autoestima personal.

Diez pasos para dejar de fumar

Escalón 1

Debe conocer por qué deja de fumar. Puede tomarse 1 ó 2 días para pensar acerca de las causas de dejar de fumar:

1. Mejorar la salud, dolor de garganta, tos, fatiga al ejercicio, infecciones de repetición.
2. No empeorar la salud, miedo a enfermarse, el doble de riesgo de enfermedades del corazón, seis veces más enfisema, diez veces más de cáncer de pulmón, 5-8 menos de años de vida.
3. Problemas financieros (dinero).
4. Dar ejemplo a los niños.
5. No empeorar la salud de los hijos.
6. Aprobación social, laboral y familiar.
7. Razones de estética, mal aliento, dientes amarillos, arrugas.

Después debe de realizar una reflexión profunda. También debe sopesar la obesidad que se producirá y tenerlo claro antes de pasar al siguiente escalón.²¹

Escalón 2

Tome una decisión positiva. En esta situación debe tomar una decisión positiva. Debo dejar de fumar. Esta elección debe de ser una acción definitiva sopesada, basada en un juicio racional.

En los días sucesivos deberá realizar esta reflexión tan frecuentemente como tenga ganas de volver a fumar. Este deseo es propio de la abstinencia de nicotina y de la consideración de su vida futura sin fumar. El tomar esta decisión genera inmediatamente una defensa en el ansia por fumar. Debe elegir una fecha, el fin de año, un cumpleaños, un embarazo, etc. Debe de ser un día que se asocie al cambio de vida, un antes y un después.

²¹ ("Educación para la salud" – Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación – Buenos Aires, diciembre de 1996.)

Escalón 3

Una vez abandonado el tabaco debe de hacer este sentimiento perpetuo, lo mejor para no fumar es no volver a fumar. La decisión y el abandono de fumar debe ser una decisión de pocos días no una decisión de poco a poco y en meses. La peor parte está en los tres primeros días, a partir de los 5 días el ansia por fumar es menos intensa y más fácilmente superable. Para superar esta fase le ayudarán la dieta y los consejos de vida posteriores, pero debe de pensar siempre en el presente y tomar la decisión de no fumar en el presente día, no piense en el futuro.

Debe de conocer las posibles causas de abandonar el intento, para poder sobreponerse a ellas. Ante el deseo de fumar, respirar muy profundamente, relajarse, beber agua, masticar chicle. Si presenta insomnio, evite el café, haga ejercicio. Estreñimiento, debe de comer alimentos ricos en fibra (cereales, verduras). Nerviosismo, evite el café, haga ejercicio, tomar un baño, etc... Cansancio, duerma muchas horas, tenga paciencia. También debe de evaluar las cosas positivas:

- **A los 20 minutos:**

1. La presión arterial baja a su nivel normal.
2. El ritmo cardíaco desciende a la cifra normal.
3. La temperatura de los pies y de las manos aumenta a su punto normal.

- **Pasadas 8 horas:**

1. La concentración de monóxido de carbono en la sangre baja a su nivel normal.
2. La concentración de oxígeno en la sangre sube a su nivel normal.

- **A las 24 horas:**

1. Disminuye el riesgo de sufrir un infarto cardíaco.

- **Una vez cumplidas las primeras 48 horas:**

1. Las terminaciones nerviosas comienzan a regenerarse.
2. Aumenta la agudeza del olfato y del gusto.

3. Caminar se vuelve más fácil

• **De 2 a 3 semanas:**

1. Mejora la circulación.
2. La función pulmonar aumenta hasta en 30%.

• **De 1 a 9 meses:**

1. Disminuyen la tos, la congestión nasal, la fatiga y la falta de aliento.
2. Vuelven a crecer cilios en los pulmones, lo que aumenta la capacidad para arrojar flemas y resistir a las infecciones.

Un año después, el riesgo de padecer insuficiencia coronaria es 50% menor que el de un fumador.

Escalón 4

Dieta en el periodo inicial. Tome comidas ligeras, de prioridad a frutas en grandes cantidades y vegetales, que además de facilitarle la abstinencia, le aportarán vitaminas C y B. No tome carnes ni pescados fritos o guisados, no tome postres azucarados. El azúcar puede impedir la absorción de ciertas vitaminas que serán fundamentales para estos días (mejoran la función nerviosa).

No tome condimentos fuertes, mostaza, pimienta, chile,...; estas producen aumento del ansia de fumar. Tenga cuidado con los pasteles, pastas, chocolate, tenga en cuenta que no quiere engordar y además no le conviene.

Lo ideal es tomar solo zumos y frutas el primer día, pero si es importante comer por su trabajo o actividad le damos este consejo: Desayuno - Fruta fresca, cereales con leche fría, una tostada de pan. Comida - Sopa, sándwich de jamón dulce, ensalada, fruta fresca. Cena - Sopa, ensalada, queso fresco, patatas cocidas, jamón dulce, fruta fresca.

Escalón 5

Que debe de beber. Tomará muchos líquidos, 5 ó 6 vasos de agua al día o zumos de frutas naturales o leche. Es importante para eliminar la nicotina y para evitar la ansiedad, además de ser necesario para su sistema nervioso. No debe tomar café o té son estimulantes del sistema nervioso y le generan más ansiedad de fumar. No debe tomar alcohol, le empeora el juicio tomado sobre el dejar de fumar y estimula el cerebro. Es fatal y la asociación fumar-alcohol es casi una pareja inseparable.

Escalón 6

Agua en su cuerpo. Debe darse frecuentes duchas y baños durante la primera semana, la piel es un órgano excretor y por ello el estimular mediante el agua esta función le ayudará a pasar su abstinencia y limpiar de nicotina el cuerpo.

Escalón 7

Aumente la inhalación de oxígeno. Debe de realizar inhalaciones profundas de aire, en momentos de ansiedad y sobre todo después de las comidas. Debe de moverse y pasear sobre todo después de comer o cenar durante 15/20 minutos. Realice ejercicio y nunca debe quedarse sentado después de comer.

Escalón 8

Mantenga unos hábitos rígidos. Acostarse a la hora adecuada, duerma 8 horas y levántese para un desayuno adecuado. Coma lo que debe comer a las horas y realice el ejercicio preciso a la hora fijada.

Escalón 9

Ayuda exterior. Debe contar con familiares o amigos que le apoyen en su objetivo. El intentar animar al entorno a su proyecto le generará más

satisfacción y le apoyará a la vez. Si usted tiene fe o es religioso busque apoyo en ello, en los momentos de debilidad puede ser de gran ayuda.

Escalón 10

Dese una oportunidad para triunfar. Muchas personas lo consiguen. Debe tener en cuenta que está consiguiendo algo muy grande. No olvide nunca las razones de su decisión, un hábito de años debe de ser controlado cada día con fuerza, no debe ser olvidado por la noche.

Así mismo como hemos visto que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo con mayor frecuencia en el común denominador de las personas ya que hay datos estadísticos que lo demuestran así mismo la mala alimentación también es uno de los hábitos con mayor incidencia en la población mundial a continuación daremos reseña a este tema.

Nutrición

La nutrición es el proceso de obtener y procesar nutrientes hasta tenerlos en una forma utilizable. Involucra la adquisición de los nutrientes, la digestión, la absorción, la distribución de los nutrientes en el organismo. Todo esto está influido por la edad, el sexo, el estado fisiológico las características genéticas o la variabilidad individual, el ejercicio físico y en general el estado de salud de los individuos²²

La Nutrición ha jugado y juega un importante papel en nuestra vida, incluso cada día, varias veces al día, seleccionamos y consumimos alimentos que, a la larga, pueden estar condicionando nuestro estado de salud, para bien y a veces también para mal.

Los problemas nutricionales derivan de hábitos alimentarios inadecuados como puede ser irregularidad en las comidas, consumo frecuente de productos de preparación rápida o alto consumo de alcohol, también derivan de trastornos en la conducta alimentaría. Estos problemas de mala nutrición aumentan cada

²² (Dr. Luis Sananes, Alimentación Fisiológica, primera Edición, Bs As-Distal 2006.)

vez más y no se enmarcan solamente en los problemas de bajo peso o desnutrición y anemia. El no saber alimentarnos nos enferma y acorta nuestra expectativa de vida. La obesidad infantil y del adulto, la diabetes, la hipertensión arterial, los problemas circulatorios, los infartos del corazón, las enfermedades renales, las bajas defensas orgánicas, el cáncer, endurecimiento y estenosis arterial, la desnutrición infantil, la anemia nutricional, hiperlipidemia, los accidentes cerebro-vasculares y muchas enfermedades más, todas ellas están ciertamente relacionadas con el no saber alimentarnos y con nuestro estilo de vida insano.²³

Los mal nutridos tienen defensas bajas y poco rendimiento escolar y laboral, también problemas de adaptación y baja tolerancia al ejercicio, entre otros.

El tratamiento depende de la causa, pues hay una desnutrición primaria provocada porque la gente no consume lo que debe, y una secundaria, dada por la incapacidad biológica de asimilar lo que se come. Déficit por lactancia. Se recomienda que los bebés sean alimentados exclusivamente con leche materna hasta los 6 meses de edad. Estudios prueban que previene diarreas, alergias y diabetes en los bebés, y en las madres reduce el riesgo de cáncer de seno, de ovario y las hemorragias posparto.

A la hora de hablar de la obesidad. Las calorías gastadas en nuestra actividad diaria deben ser compensadas por la ingesta de alimentos. Una mayor ingesta de la necesaria se depositará como grasa con el consiguiente aumento de peso y una menor ingesta usará las reservas de nuestro cuerpo obteniéndose una reducción del peso.

La disminución en la cantidad de la ingesta diaria o hacer uso de dietas no balanceadas pueden ocasionar déficit o excesos nutricionales que suelen ser perjudiciales y en algunos casos de efectos irreversibles. Este problema de la obesidad es una enfermedad realmente grave que debe ser tratada por médicos profesionales.

²³ (Wilhelm Steep, Fisiología, Patología, Terapéutica y Políticas Sanitarias de alimentación, Bs As. Labor S.A 1982.)

Es de suma importancia la calidad de la alimentación. La calidad es un concepto que viene determinado por la conjunción de distintos factores relacionados todos ellos con la aceptabilidad del alimento

La calidad es el conjunto de atributos que hacen referencia de una parte a la presentación, composición y pureza, tratamiento tecnológico y conservación que hacen del alimento algo más o menos apetecible al consumidor y por otra parte al aspecto sanitario y valor nutritivo del alimento

La calidad a la que nos referimos:

- calidad nutritiva
- calidad sanitaria
- calidad tecnológica
- calidad organoléptica
- calidad económica

Son determinantes de la calidad:

- color
- olor
- aroma
- sabor
- textura
- ausencia de contaminantes

Existe posibilidad de confusión en el empleo de este concepto: "alimentos caros son de buena calidad". Calidad debe significar idoneidad con un patrón de atributos establecido.

Para apreciar la calidad es preciso hacer una valoración del alimento por: métodos objetivos y subjetivos; parámetros físicos y físicos químicos. Los subjetivos son a través de paneles de degustación. Solo podemos trabajar con métodos objetivos cuando tenemos la garantía de que existe una correlación con los atributos organolépticos. Hay muchas medidas de tipo físico químico

utilizadas según el alimento: peso, humedad, densidad, contenido de azúcar, valoración de peróxidos, contenido de taninos. Nunca debe precipitarse una prueba objetiva única para afirmar algo sobre la garantía de los alimentos. Un alimento es la concatenación de factores diversos y su armonización depende de la calidad del mismo. Se debe analizar; factores de apariencia, quinestésicos, organolépticos; es decir factores relativos al tamaño, grado de maduración, viscosidad, elasticidad, tenacidad.

La alimentación de los adultos tiende a variar mucho ya que la mayoría de las veces prefieren comida chatarra o alimentos irritantes los cuales causan problemas digestivos.

Según la OMS.

Obesidad y sobrepeso Nota descriptiva N°311 Marzo de 2011 OMS²⁴

Datos y cifras

- Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo.
- En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.
- El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.
- En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.
- La obesidad puede prevenirse.

¿Qué son el sobrepeso y la obesidad?

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la

²⁴ (www.oms.org/obesidadysobrepeso)

obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla a título indicativo porque es posible que no se corresponda con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

Datos sobre el sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.²⁵

A continuación se presentan algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008:

- 1500 millones de adultos de 20 y más años tenían sobrepeso.
- De esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos.
- En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial eran obesas.

En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En los países en desarrollo

²⁵ (Wilhelm Steep, Fisiología, Patología, Terapéutica y Políticas Sanitarias de alimentación, Bs As. Labor S.A 1982.)

están viviendo cerca de 35 millones de niños con sobrepeso, mientras que en los países desarrollados esa cifra es de 8 millones.

En el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la insuficiencia ponderal. Por ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).

¿Qué causa el sobrepeso y la obesidad?

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. En el mundo, se ha producido:

- un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos que son ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes, y
- un descenso en la actividad física como resultado de la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, de los nuevos modos de desplazamiento y de una creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos de alimentación y actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; agricultura; transporte; planeamiento urbano; medio ambiente; procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y educación.

¿Cuáles son las consecuencias comunes del sobrepeso y la obesidad para la salud?

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como:

- las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción;
- la diabetes;
- los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y

- las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebrovascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Pero además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

Afrontar una doble carga de morbilidad

Muchos países de ingresos bajos y medianos actualmente están afrontando una "doble carga" de morbilidad.

- Mientras continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, estos países están experimentando un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos.
- No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en un mismo país, una misma comunidad y un mismo hogar.

En los países de ingresos bajos y medianos, los niños son más propensos a recibir una nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño insuficiente. Al mismo tiempo, están expuestos a alimentos hipercalóricos ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, que suelen ser poco costosos. Estos hábitos alimentarios, juntamente con una escasa actividad física, tienen como resultado un crecimiento brusco de la obesidad infantil, al tiempo que los problemas de la desnutrición continúan sin resolver.

¿Cómo pueden reducirse el sobrepeso y la obesidad?

El sobrepeso y la obesidad, así como sus enfermedades no transmisibles asociadas, son en gran parte prevenibles. Para apoyar a las personas en el proceso de realizar elecciones, de modo que la opción más sencilla sea la más saludable en materia de alimentos y actividad física periódica, y en consecuencia prevenir la obesidad, son fundamentales unas comunidades y unos entornos favorables.²⁶

En el plano individual, las personas pueden:

- limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total;
- aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos;
- limitar la ingesta de azúcares;
- realizar una actividad física periódica, y
- lograr un equilibrio energético y un peso normal.

La responsabilidad individual solamente puede tener pleno efecto cuando las personas tienen acceso a un modo de vida saludable. Por consiguiente, en el plano social es importante:

- dar apoyo a las personas en el cumplimiento de las recomendaciones mencionadas más arriba, mediante un compromiso político sostenido y la colaboración de las múltiples partes interesadas públicas y privadas, y
- lograr que la actividad física periódica y los hábitos alimentarios más saludables sean económicamente asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular las personas más pobres.

La industria alimentaria puede desempeñar una función importante en la promoción de una alimentación saludable:

- reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos elaborados;
- asegurando que todos los consumidores puedan acceder física y económicamente a unos alimentos sanos y nutritivos;
- poner en práctica una comercialización responsable, y

²⁶ (Eroski, Revista de Enfermería “idea sana” Vol. XXV .Editorial)

- asegurar la disponibilidad de alimentos sanos y apoyar la práctica de una actividad física periódica en el lugar de trabajo.

La respuesta de la OMS

Adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004, la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud expone las medidas necesarias para apoyar una alimentación saludable y una actividad física periódica. La Estrategia exhorta a todas las partes interesadas a adoptar medidas en los planos mundial, regional y local para mejorar los regímenes de alimentación y actividad física entre la población.

La OMS ha establecido el ***Plan de acción 2008-2013 de la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*** con miras a ayudar a los millones de personas que ya están afectados por estas enfermedades que duran toda la vida a afrontarlas y prevenir las complicaciones secundarias. El Plan de acción se basa en el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco y la Estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud, y proporciona una hoja de ruta para establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles.²⁷

A modo de conocer aun más sobre obesidad daremos una reseña a IMC.

La fórmula del Índice de Masa Corporal (IMC) fue desarrollada por el estadista belga Adolphe Quetelet (1796-1874), y fue conocido como el Índice de Quetelet.

El IMC es también conocido como "indicador de masa corporal. El IMC es una medida de uso internacional para la obesidad.

Calcular manualmente el índice de masa corporal

²⁷ (61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A61/8)

Para los usuarios que deseen calcular manualmente IMC se ha proporcionado una fórmula BMI para medidas métricas (que también ofrece un servicio de calculadora de IMC).

La índice de masa corporal es muy sencillo. El cálculo de índice de masa corporal requiere sólo dos medidas, altura y peso.

Fórmula para calcular el índice de masa corporal

La fórmula métrica de IMC acepta mediciones de peso en kilogramos y mediciones de la altura en metros.

Se calcula según la expresión matemática:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso}}{\text{estatura}^2}$$

y las unidades de medida en el sistema MKS son:

$$\text{kg} \cdot \text{m}^{-2} = \text{kg}/\text{m}^2$$

0 a 5	Delgadez III	Postración, Atenia, Adinamia, Enfermedades degenerativas y peligro de muerte.
5 a 10	Delgadez II	Anorexia, Bulimia, Osteoporosis y Autoconsumo de masa muscular.
10 a 18,5	Delgadez I	Trastornos digestivos, Debilidad, Fatiga crónica, Estrés, Ansiedad y Difusión Hormonal.
18,5 a 24,9	Peso normal	Estado normal, Buen nivel de energía, Vitalidad y Buena condición física.
25 a 29,9	Sobrepeso	Fatiga, Enfermedades digestivas, Problemas cardiacos, Mala circulación en las piernas y Varices.
30 a 34,9	Obesidad I	Diabetes, Hipertensión, Enfermedades cardiovasculares, Problemas articulares, Rodilla y Columna, Cálculos Biliares.
35 a 39,9	Obesidad II	Diabetes, Cáncer, Angina de pecho, Infartos, Tromboflebitis, Arteriosclerosis, Embolias, Alteración en la menstruación.
+ de 40	Obesidad III	Falta de aire, Somnolencia, Trombosis pulmonar, Ulceras varicosas, Cáncer de próstata, Reflujo esofágico, Discriminación Social, Laboral y Sexual.

28

²⁸ (Revista de Enfermería "idea sana" Vol. XXV .Editorial Eroski)

Peso según estatura y contextura – MUJERES			
Estatura	Pequeña	Media	Grande
1,47	42 – 45	44 – 49	47 – 54
1,50	43 – 46	45 – 50	48 – 56
1,52	44 – 47	46 – 51	50 – 58
1,55	45 – 49	47 – 53	51 – 59
1,57	46 – 50	49 – 54	52 – 60
1,60	48 – 51	50 – 56	54 – 61
1,62	49 – 53	51 – 57	55 – 63
1,65	51 – 54	53 – 59	57 – 65
1,68	52 – 56	55 – 61	58 – 66
1,70	54 – 58	56 – 63	60 – 68
1,73	56 – 60	58 – 65	62 – 70
1,75	57 – 61	60 – 67	64 – 72
1,78	59 – 64	62 – 69	66 – 74
1,80	61 – 66	64 – 71	67 – 76
1,83	63 – 67	66 – 72	70 – 79

Peso según estatura y contextura – HOMBRES			
Estatura	Pequeña	Media	Grande
1,57	51 – 55	54 – 59	57 – 64
1,60	52 – 56	55 – 60	59 – 66
1,62	54 – 57	56 – 62	60 – 67
1,65	55 – 59	58 – 63	61 – 69
1,68	56 – 60	59 – 65	63 – 71
1,70	58 – 62	61 – 67	65 – 73
1,73	60 – 64	63 – 69	67 – 75
1,75	62 – 66	65 – 71	69 – 77
1,78	64 – 68	66 – 73	71 – 79
1,80	66 – 70	68 – 75	72 – 81
1,83	67 – 72	70 – 77	75 – 84
1,85	69 – 74	72 – 80	76 – 85
1,88	71 – 76	74 – 82	79 – 88
1,90	73 – 78	76 – 84	88 – 91
1,93	75 – 80	78 – 86	83 – 91

29

Descripción del lugar de trabajo.

Nuestra tesis se basa prácticamente en un lugar cuya población en estudio son los enfermeros de Clínica de Cuyo S.A. del servicio de Clínica Médica Quirúrgica. Este servicio se divide en tres sectores; Primer piso dividido en 1ªA y 1ºB; y segundo piso.

El 1ªA cuenta con 11 habitaciones, dos de estas son compartidas que hacen un total de 13 camas en este sector, cada habitación cuenta con:

- Oxígeno central.
- Tres toma corriente en la cabecera de la cama.
- Un pie de suero en la cama y otro con rudas
- Un baño
- Un televisor
- Un teléfono
- Un timbre
- Aire acondicionado central
- Calefacción central
- Cama paciente
- Cama acompañante

²⁹ (Revista de Enfermería “idea sana” Vol. XXV .Editorial Eroski)

El 1ºB cuenta con 10 habitaciones dos de las cuales son compartidas, que hacen un total de 12 camas y cada habitación cuenta con:

- Oxígeno central
- Aspiración central
- Aire corriente central
- Cama paciente
- Cama acompañante
- Un teléfono
- Un pie de suero en la cama y otro con ruedas
- Un plasma
- Un teléfono
- Un baño

El 2º piso cuenta con 15 habitaciones en las cuales 2 de ellas son compartidas haciendo un total de 17 camas, cada habitación cuenta con:

- Una cama
- Un sillón para el acompañante
- Tubo de oxígeno
- Un baño
- Televisor
- Un teléfono
- Un aire acondicionado
- Un pie de suero

A lo largo de toda esta información que nos sirvió para introducirnos en todo este tema inquietante como es el sobrepeso y el tabaquismo pudimos concluir que la obesidad es una enfermedad que ahora es considerada y tratada como "una enfermedad mortal, crónica y progresiva de proporciones epidémicas". Las causas son variadas, pero lo que probablemente más ha influido es la adquisición de nuevos hábitos de alimentación, con la llamada comida chatarra, el efecto pernicioso de la televisión y actualmente el computador, que han reducido mucho la actividad física. Por tanto es considerada como una

verdadera epidemia del siglo XXI, viéndose incrementada a nivel mundial. Así mismo muy importante creemos que ante una adicción de tamaña magnitud noxal, como lo es el tabaquismo, lo esencial es llevar a cabo una clara y sistemática campaña de prevención que debe tener como principales destinatarios a los niños y adolescentes. Que según estadísticas estos últimos son los que consumen mayor cantidad de estos.

El cigarrillo, si bien es una entrada de dinero al Estado a través del impuesto a su consumo, también representa para el presupuesto en salud. Pensar en desterrar una adicción tan arraigada en nuestra sociedad es por el momento algo utópico, quedarnos inmóviles ante los estragos que causa, es egoísta y casi criminal. Fumadores y no fumadores debemos unirnos en un objetivo común: que nuestros hijos nunca lleguen a ser víctimas de una adicción tan nociva.

Una vez concluida la encuesta, esta conclusión será ampliada analizando los datos recolectados y el resultado que nuestras acciones han tenido sobre los destinatarios de ellas.

CAPÍTULO II:
Diseño Metodológico

Diseño Metodológico

- **Tipo de Estudio:** Cuantitativo.
- **De acuerdo a la finalidad o propósito:** Por aplicada.
- **De acuerdo al alcance:** Seccional o transversal.
- **De acuerdo a su amplitud:** Microsociológica.
- **De acuerdo a su profundidad:** Explicativa.
- **Proceso formal:** Inductivo.
- **Según el lugar:** De campo.
- **Población:** 33 enfermeros que trabajan en el servicio de clínica médica quirúrgica en Clínica de Cuyo S.A.
- **Muestra:** Se trabajará con el total de la población.
- **Unidad de análisis:** Los enfermeros de servicio de clínica médica quirúrgica.
- **Técnica de Recolección de Datos:** Entrevista.
- **Instrumento de Recolección de Datos:** Encuesta estructurada.
- **Análisis y Presentación de Datos:** Cada una de las encuestas realizadas a los enfermeros en estudio.

Variables

Definición de términos

Factores de riesgos: Un factor de riesgo es aquello que incrementa su probabilidad de contraer una enfermedad o condición.
<http://healthlibrary.epnet.com>

Personal de enfermería: La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación. <http://www.icn.ch/es/about-icn/icn-definition-of-nursing/> CIE

Variable dependiente: Personal de enfermería

Variable independiente: Factores de riesgo

Variables teóricas	Intermedias	Empíricas
<p style="text-align: center;">Factor de riesgo</p>	<p style="text-align: center;">Hábito de fumar</p>	<p>¿Cuántos cigarrillos consume diariamente? De 1 a 5 De 6 a 10 De 11 a 15 De 16 a 20 Más de 20</p> <p>¿Cantidad de años de consumo de tabaco? De 1 a 5 años De 6 a 11 años De 11 a 20 años Más de 20 años</p> <p>¿Conoce las complicaciones que trae este hábito? Mucho Medianamente Poco</p> <p>¿Cuál cree Ud. que es la principal causa por la que fuma? Por ansiedad Por estrés Por sentirse con seguridad Por formar parte de la sociedad Por estar a la moda Por costumbre</p> <p>¿Alguna vez ha intentado dejarlo? Siempre Casi siempre Nunca</p> <p>¿Consume alimentos de preparación propia? Siempre Casi siempre A veces Nunca</p> <p>¿Cumple con las cuatro comidas mínimas? Siempre</p>

		<p>Casi siempre A veces Nunca</p> <p>IMC (Índice de masa corporal)</p> <p>Delgadez Peso normal Sobrepeso Obesidad</p> <p>¿Cuántas veces consume alimentos en el día?</p> <p>1 2 3 4 5 6 Más de 7</p> <p>¿Consume alimentos de tipo exprés?</p> <p>Siempre Casi siempre A veces Nunca</p> <p>¿Alguna vez realizo dieta?</p> <p>Si No</p> <p>¿Conoce las complicaciones que trae una mala alimentación?</p> <p>Mucho Medianamente Poco</p>
<p>Factor de riesgo</p>	<p>Inadecuada alimentación</p>	<p>¿Cuánto tiempo le dedica al momento de almorzar generalmente?</p> <p>15 min 30min 1 hora 1 hora y media</p>

--	--	--

Hipótesis

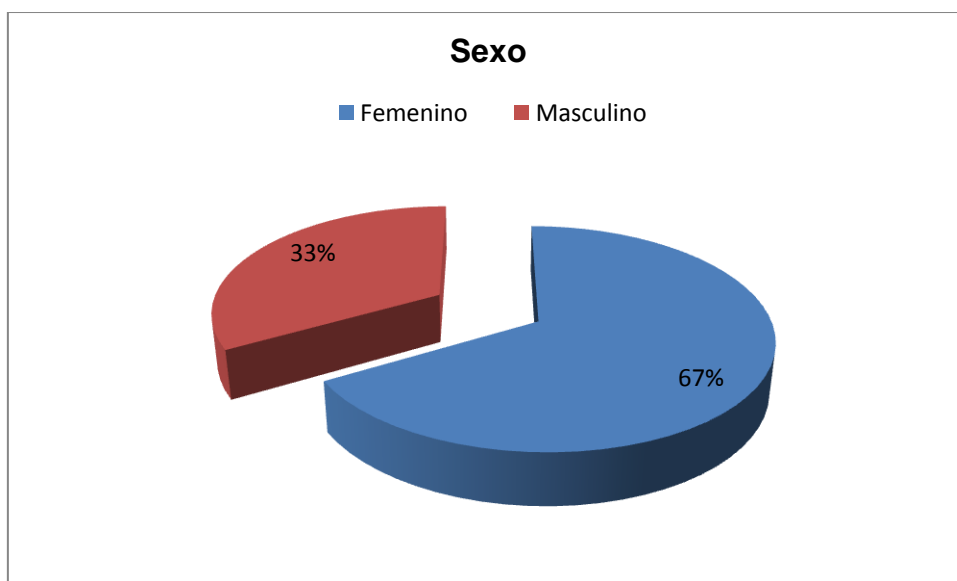
Entre los factores de riesgo a los que se exponen los enfermeros en estudio, predomina mayoritariamente, el sobrepeso y el tabaquismo.

TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA Nº 1: Sexo de los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.			
Sexo	F	Fr	Fr %
Femenino	22	0,67	67%
Masculino	11	0,33	33%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 1



Comentario: De la población total estudiada en Clínica de Cuyo S.A en el Servicio de Clínica Médica Quirúrgica, el 67% son de sexo femenino que corresponde a 22 mujeres, y el 33% restante representa al sexo masculino que corresponde a 11 hombres.

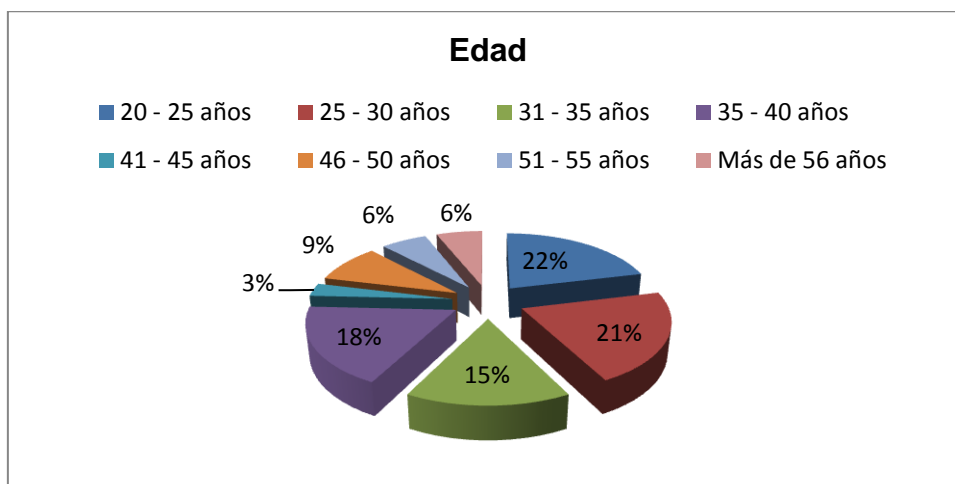
TABLA N° 2: Edad de los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

Edad	F	Fr	Fr %
20-25 años	7	0,22	22%
26-30 años	7	0,21	21%
31-35 años	5	0,15	15%
36-40 años	6	0,18	18%
41-45 años	1	0,03	3%
46-50 años	3	0,09	9%
51-55 años	2	0,06	6%

Más de 56 años	2	0,06	6%
	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 2



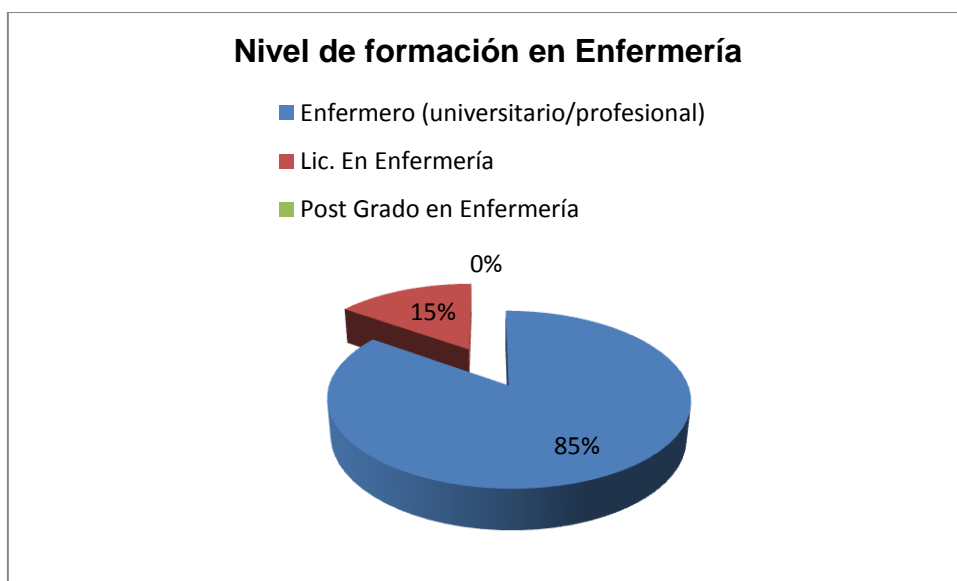
Comentario: Observamos en el gráfico que un 22% representa a la población entre 20 a 25 años, siguiendo con un 21 % el rango de 26 a 30 años y 15% de 31 a 35 años, siendo más del 50% de la población total de enfermeros de Clínica Médica Quirúrgica. El resto representa al rango de edad desde 35 años en adelante.

TABLA N° 3: Nivel de formación en enfermería de los profesionales en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

Nivel de formación en enfermería	F	Fr	Fr %
Enfermero (universitario/profesional)	28	0,85	85%
Lic. En Enfermería	5	0,15	15%
Post Grado en Enfermería	0	0	0
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 3



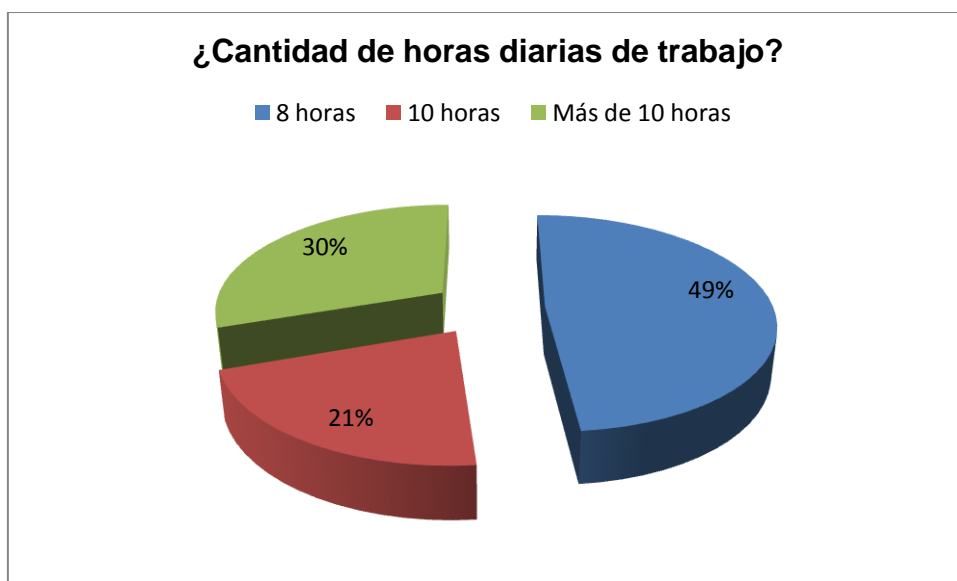
Comentario: Observamos en este gráfico que en el Servicio de Clínica Médica Quirúrgica un 85% representa a enfermeros universitarios y/o profesionales lo que serían 28 profesionales de la salud, y el 15 % restante representan a Licenciados en Enfermería, que son 5.

TABLA N° 4: Cantidad de horas diarias de trabajo, de los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

Cantidad de horas diarias de trabajo	F	Fr	Fr %
8 horas	16	0,49	49%
10 horas	7	0,21	21%
Más de 10 horas	10	0,30	30%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 4



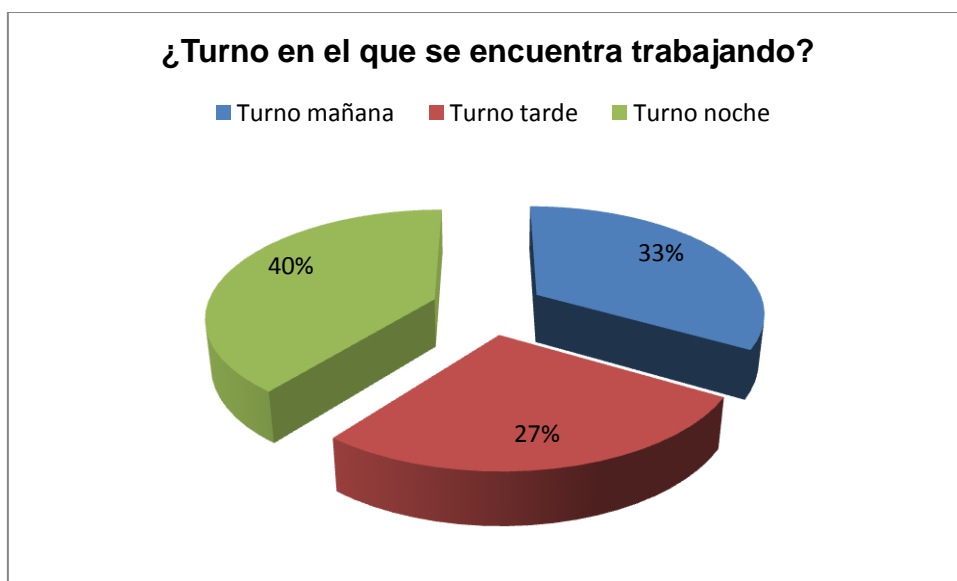
Comentario: Observamos en este gráfico que el 49% de la población estudiada trabaja 8 horas lo que abarca a 16 enfermeros, el 21 % restante trabaja 10 horas y el 30 % final trabaja más de 10 horas.

TABLA N° 5: Turno en el que se encuentra trabajando, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

Turno en el que se encuentra trabajando	F	Fr	Fr %
Turno mañana	11	0,33	33%
Turno tarde	9	0,27	27%
Turno noche	13	0,40	40%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 5



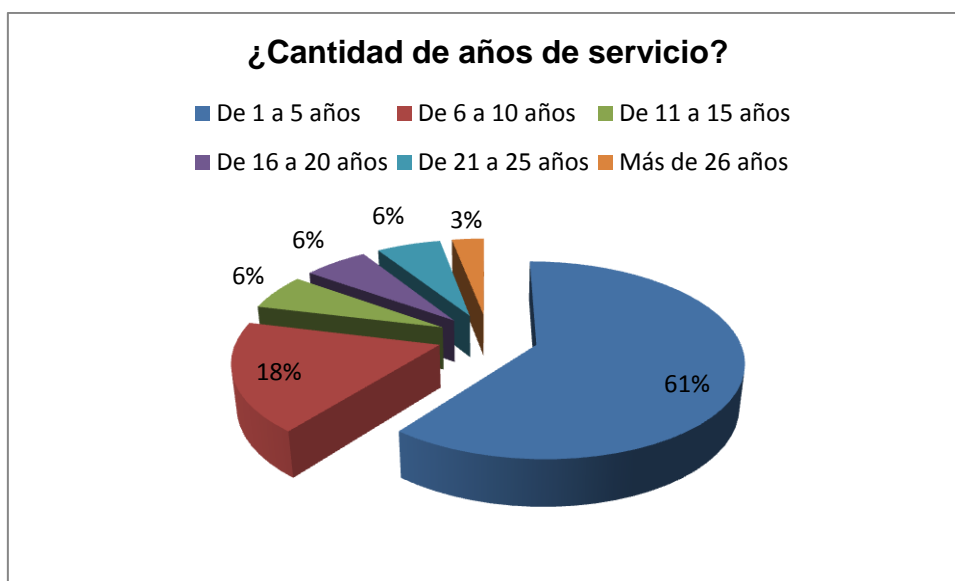
Comentario: Observamos que el mayor porcentaje se encuentra trabajando en turno noche siendo un 40%, el 33% se encuentra trabajando en el turno mañana, y un 27% en el turno tarde.

TABLA N° 6: Cantidad de años de servicio, de los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

Cantidad de años de servicio	F	Fr	Fr %
De 1-5 años	20	0,61	61%
De 6-10 años	6	0,18	18%
De 11-15 años	2	0,06	6%
De 16-20 años	2	0,06	6%
De 21-25 años	2	0,06	6%
Más de 26 años	1	0,03	3%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 6



Comentario: Observamos que el 61% de la población estudiada es recientemente recibida, 18% lleva de 6 a 10 años de servicio y por tanto el 21% restante más antiguo en esta profesión.

TABLA N° 7: ¿Poseen más de un trabajo?, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Posee más de un trabajo?	F	Fr	Fr %
Si	16	0,48	48%
No	17	0.52	52%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 7



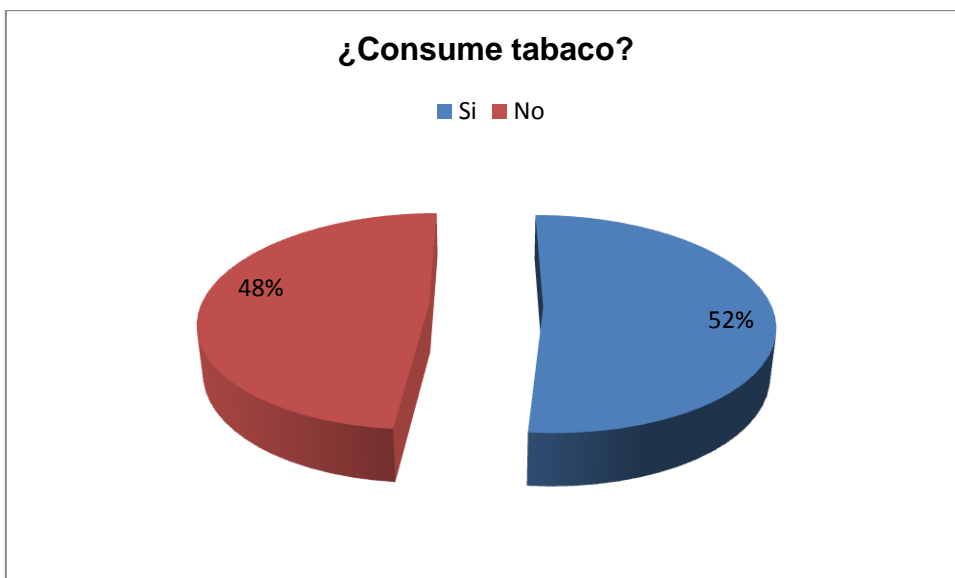
Comentario: Observamos que el 48% de la población en estudio posee más de un trabajo, y el 52% restante solo uno.

TABLA N° 8: ¿Consumo de tabaco?, los profesionales en enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Consume tabaco?	F	Fr	Fr %
Si	17	0,52	52%
No	16	0,48	48%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 8



Comentario: Observamos en el gráfico que el 52% de la población estudiada resultó ser consumidora de tabaco. Este porcentaje fue representado por 17 de 33 encuestados. Si bien la muestra es pequeña se estima que mientras más grande sea el porcentaje que representa a los fumadores crecerá.

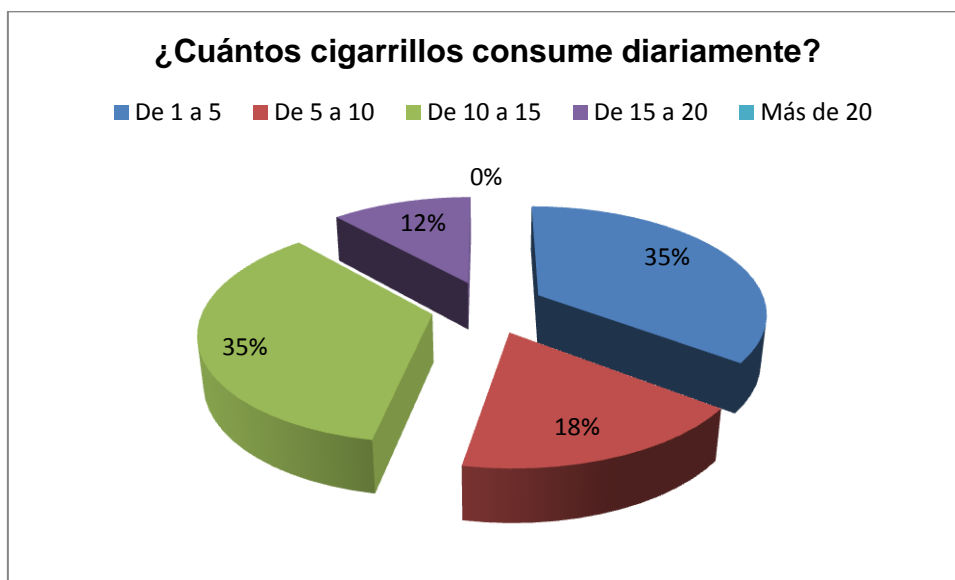
TABLA Nº 9: Cantidad de cigarrillo consumido diariamente, los profesionales en enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cuántos cigarrillos consume diariamente?	F	Fr	Fr %
De 1-5 cigarrillos	6	0,35	35%
De 5-10 cigarrillos	3	0,18	18%
De 10-15 cigarrillos	6	0,35	35%
De 15-20 cigarrillos	2	0,12	12%

Más de 20 cigarrillos	0	0	0
Total	17	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 9



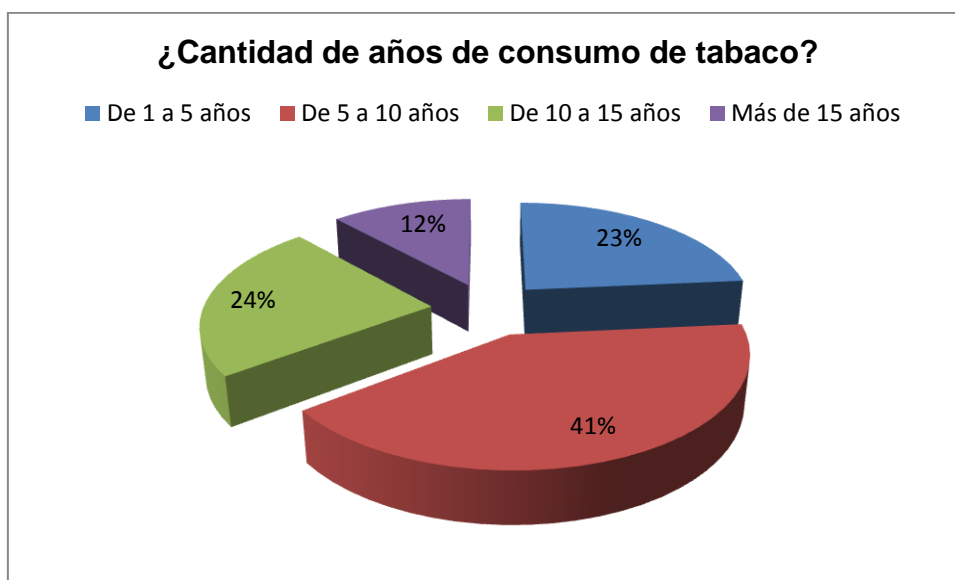
Comentario: Como aclaración importante se debe tener en cuenta que este gráfico solo refleja a la porción fumadora de la muestra (sólo son 17 encuestados). Observamos que el 35% de los fumadores consumen de 10 a 15 cigarrillos por día. Este porcentaje es bastante alarmante ya que indica que el consumo es considerablemente alto.

TABLA N° 10: Cantidad de años de consumo de tabaco, los profesionales en enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cantidad de años de consumo de tabaco?	F	Fr	Fr %
De 1-5 años	4	0,23	23%
De 5-10 años	7	0,41	41%
De 10-15 años	4	0,24	24%
Más de 15 años	2	0,12	12%
Total	17	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 10



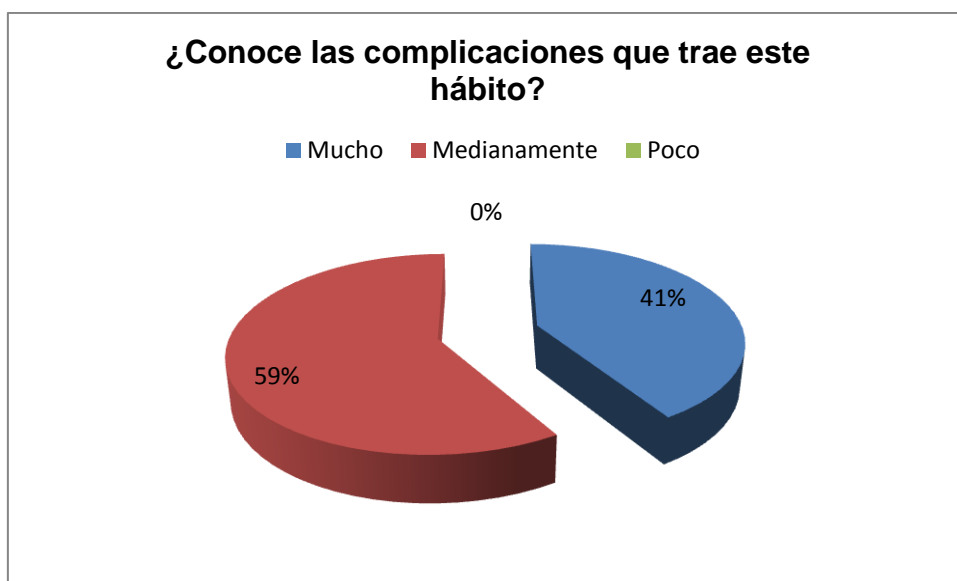
Comentario: Como aclaración importante se debe tener en cuenta que este gráfico solo refleja a la porción fumadora de la muestra (sólo son 17 encuestados). Observamos que el 41% de la población estudiada lleva consumiendo de 5 a 10 años. Si consideramos un consumo de 10 cigarrillos diario, a lo largo de un año se habrán consumido 3650 cigarrillos. Y en un periodo de 10 años 36500. Este representaría 1825 cajas de cigarrillos de 20 unidades.

TABLA N° 11: Conoce las complicaciones que trae este hábito, los profesionales en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Conoce las complicaciones que trae este hábito?	F	Fr	Fr %
Mucho	7	0,41	41%
Medianamente	10	0,59	59%
Poco	0	0	0%
Total	17	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 11



Comentario: Como aclaración importante se debe tener en cuenta que este gráfico solo refleja a la porción fumadora de la muestra (sólo son 17 encuestados). Observamos que el 59% de la población estudiada sabe medianamente sobre las complicaciones que trae el cigarrillo. Esta cifra es alarmante ya que denota que a la población no parece preocuparle lo efectos nocivos que causa este mal hábito.

TABLA N° 12: Alguna vez ha intentado dejar este hábito, los profesionales en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Alguna vez ha intentado dejarlo?	F	Fr	Fr %
Siempre	1	0,06	6%
Casi siempre	10	0,59	59%
Nunca	6	0,35	35%
Total	17	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 12



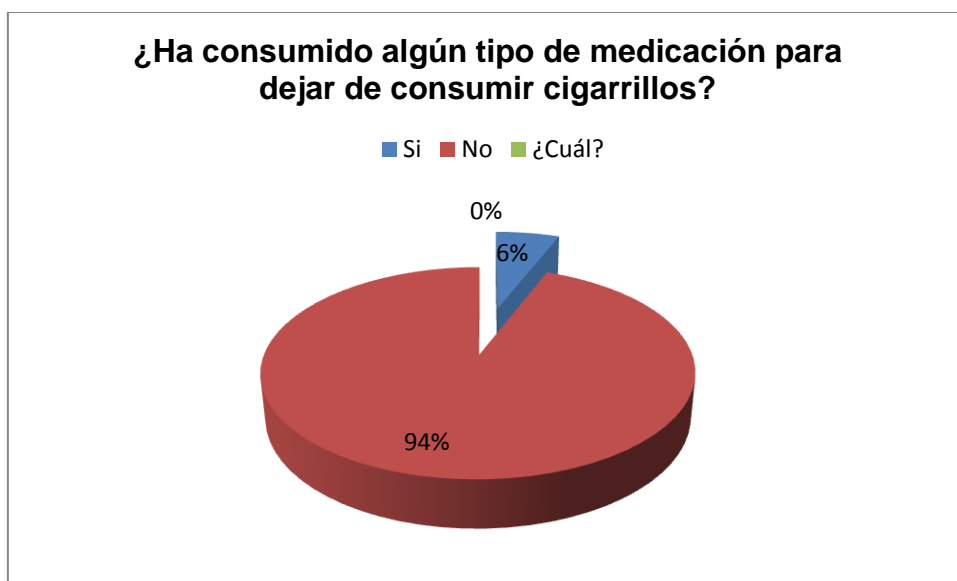
Comentario: Como aclaración importante se debe tener en cuenta que este gráfico solo refleja a la porción fumadora de la muestra (sólo son 17 encuestados). Observamos que el 59% de la población estudiada no ha intentado dejar de consumir tabaco. Este resultado era de esperarse ya que como se observó en el gráfico n° 11 a gran parte de la población no le importa los efectos malignos del cigarrillo.

TABLA N° 13: Ha consumido algún tipo de medicación para dejar de consumir cigarrillos, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Ha consumido algún tipo de medicación para dejar de consumir cigarrillos?	F	Fr	Fr %
Si	1	0,06	6%
No	16	0,94	94%
¿Cuál?	0	0	0%
Total	17	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 13



Comentario: Como aclaración importante se debe tener en cuenta que este gráfico solo refleja a la porción fumadora de la muestra (sólo son 17 encuestados). Observamos que el 94% de la población estudiada refiere no haber tomado ningún tipo de medicación para dejar este hábito. Hay que tener en cuenta que para consumir medicación para combatir esta adicción hay que tener intención de querer dejarla, y como se aprecia en los gráficos anteriores se observa una clara tendencia a no tener intenciones de ésta.

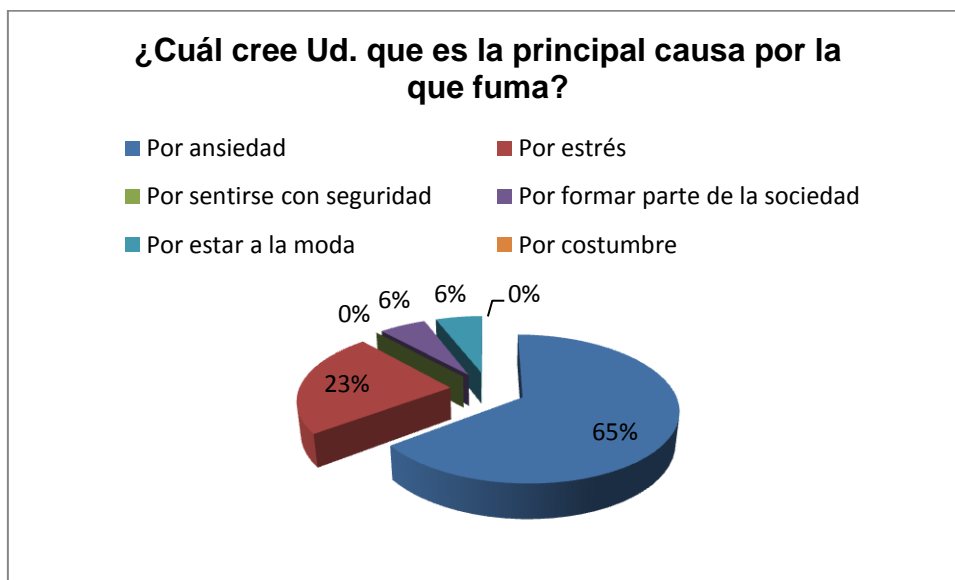
TABLA N° 14: ¿Cuál cree que es la principal causa por la que fuma?, los profesionales en enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cuál cree Ud. que es la principal causa por la que fuma?	F	Fr	Fr %
Por ansiedad	11	0,65	65%
Por estrés	4	0,23	23%
Por sentirse con seguridad	0	0	0%
Por formar parte de la sociedad	1	0,06	6%
Por estar a la moda	1	0,06	6%
Por costumbre	0	0	0%

Total	17	1	100%
-------	----	---	------

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 14



Comentario: Como aclaración importante se debe tener en cuenta que este gráfico solo refleja a la porción fumadora de la muestra (sólo son 17 encuestados). Observamos que el 65% de la población estudiada fuma por ansiedad. Si se tiene en cuenta las exigencias y el ritmo que imprime este tipo profesión, se puede justificar el elevado índice de las personas que padecen de ansiedad.

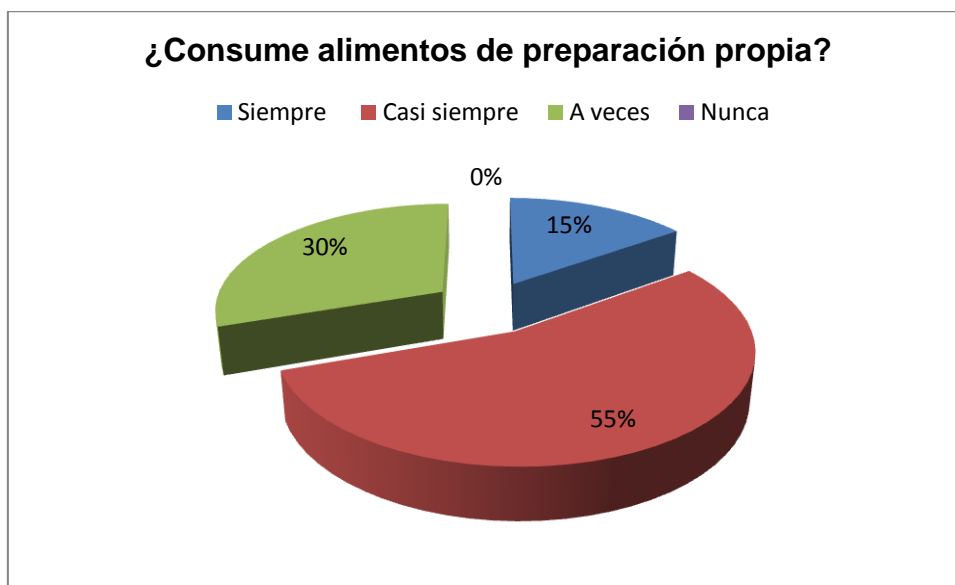
TABLA N° 15: Consume alimentos de preparación propia, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Consume alimentos de preparación propia?	F	Fr	Fr %
Siempre	5	0,15	15%
Casi siempre	18	0,55	55%
A veces	10	0,30	30%

Nunca	0	0	0%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 15



Comentario: Observamos que el 55% de la población estudiada consume casi siempre alimentos de preparación propia, el 30% refiere comer a veces y sólo el 15% de la población refiere que siempre consume alimentos de su preparación.

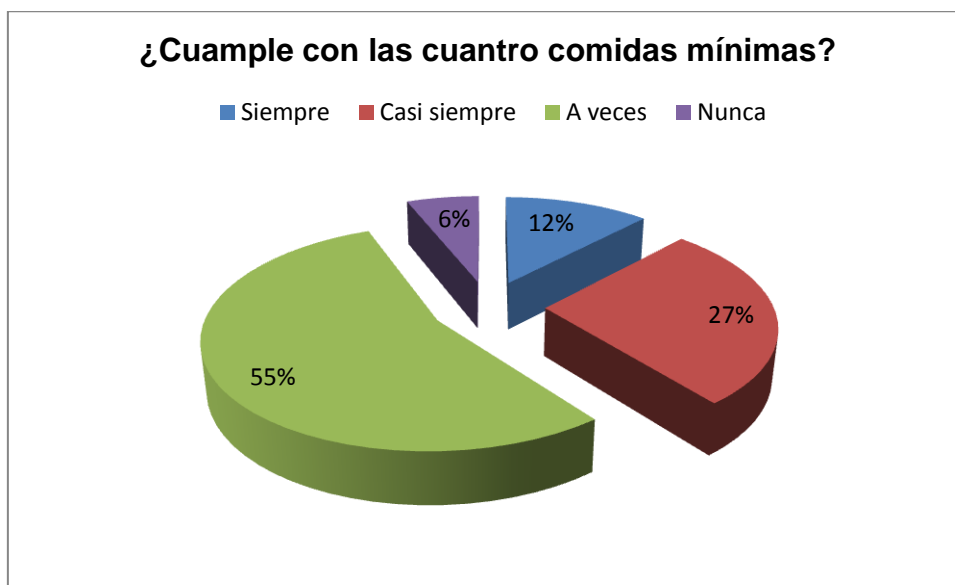
TABLA N° 16: Cumple con las cuatro comidas mínimas, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cumple con las cuatro comidas mínimas?	F	Fr	Fr %
Siempre	4	0,12	12%
Casi siempre	9	0,27	27%
A veces	18	0,55	55%

Nunca	2	0,06	6%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 16



Comentario: Observamos que el 55% de la población observada cumple sólo a veces con los cuatro comidas mínimas, el 27% cumple casi siempre, el 12% refiere cumplir siempre y sólo el 6% refiere que nunca cumple con las cuatro comidas.

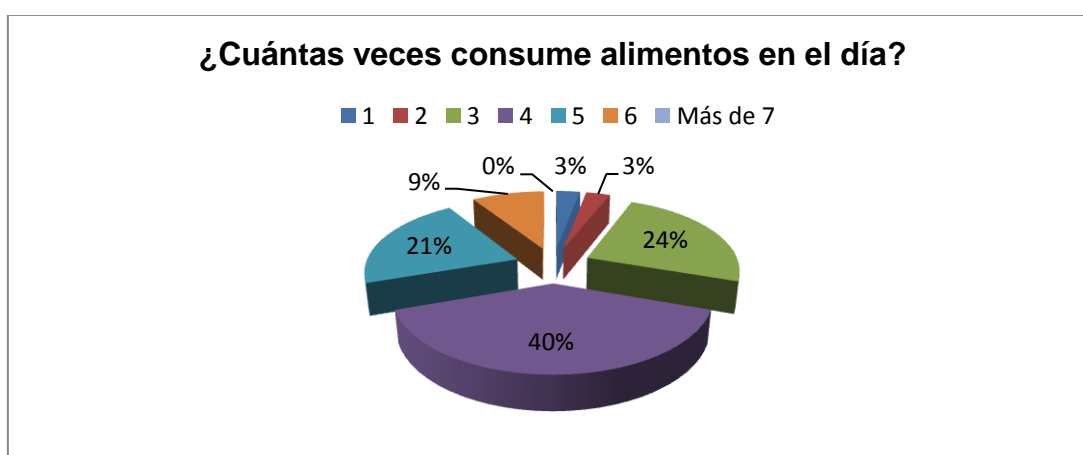
TABLA N° 17: ¿Cuántas veces consume alimentos en el día?, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cuántas veces consume alimentos en el día?	F	Fr	Fr %
1	1	0,03	3%
2	1	0,03	3%
3	8	0,24	24%

4	13	0,40	40%
5	7	0,21	21%
6	3	0,09	9%
Más de 7	0	0	0%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 17



Comentario: Observamos que el 40% de la población estudiada consume 4 veces al día alimentos, el 24% refiere consumir 3 veces, el 21% refiere consumir 5 veces, el 9% restante refiere consumir 6 veces, el 3% consume 1 o 2 veces al día alimentos.

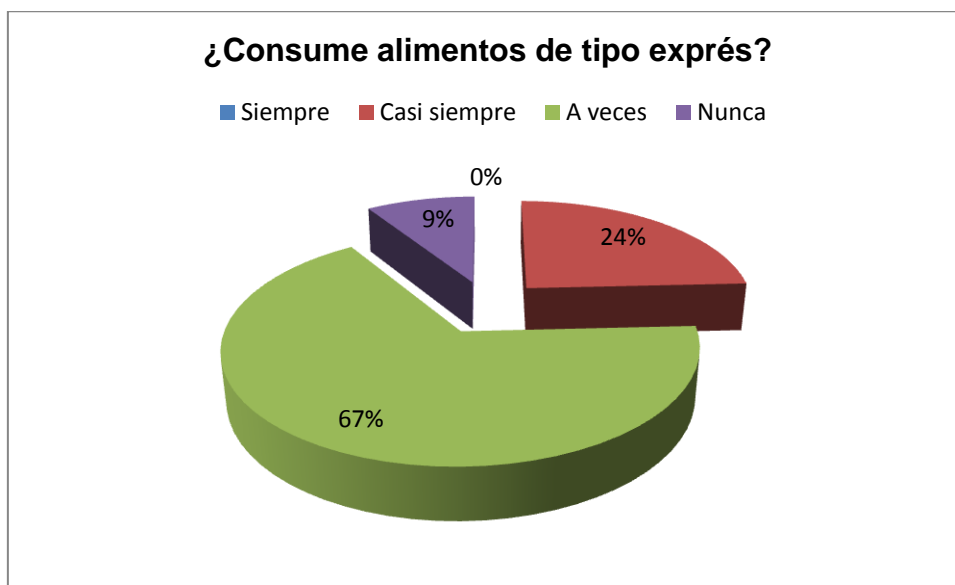
TABLA N° 18: Consume alimentos de tipo exprés, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Consume alimentos de tipo exprés?	F	Fr	Fr %
Siempre	0	0	0%
Casi siempre	8	0,24	24%
A veces	22	0,67	67%

Nunca	3	0,09	9%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 18



Comentario: Observamos que el 67% de la población estudiada refiere comer a veces alimentos de tipo exprés, el 24% refiere que casi siempre lo come, y el 9% restante nos señala que nunca come este tipo de alimento.

TABLA N° 19: Alguna vez realizó dieta, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Alguna vez realizó dieta?	F	Fr	Fr %
Si	22	0,67	67%
No	11	0,33	33%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 19



Comentario: Observamos que el 67% de la población en estudio ha realizado dieta alguna vez, el 33% restante refiere no haber realizado ningún tipo de dieta.

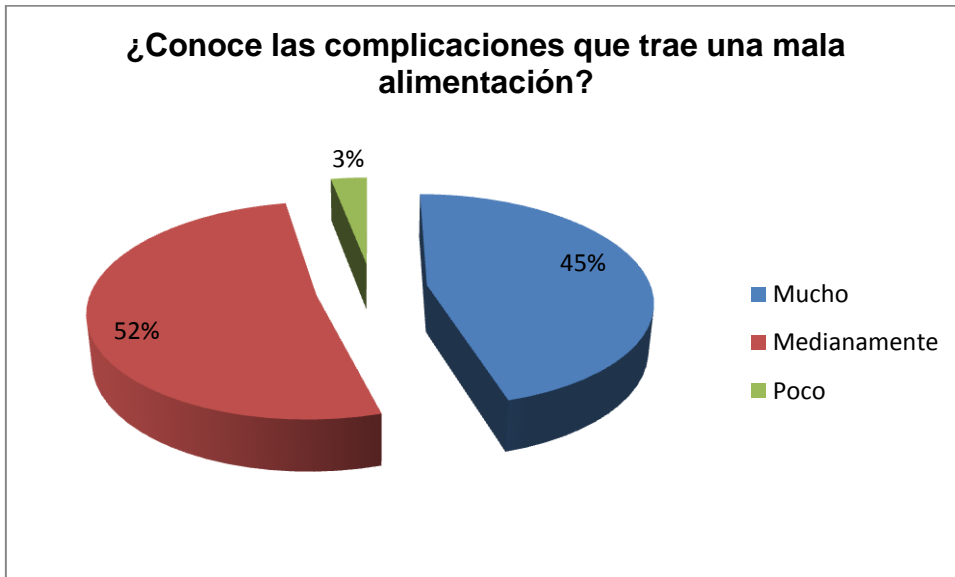
TABLA N° 20: ¿Conoce las complicaciones que trae una mala alimentación?, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Conoce las complicaciones que trae una mala alimentación?	F	Fr	Fr %
Mucho	15	0,45	45%
Medianamente	17	0,52	52%
Poco	1	0,03	3%

Total	33	1	100%
-------	----	---	------

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 20



Comentario: Observamos que el 52% de la población estudiada conoce sobre las complicaciones sobre una mala alimentación, el 45% refiere saber medianamente y el 3% restante señala saber poco sobre dicho tema.

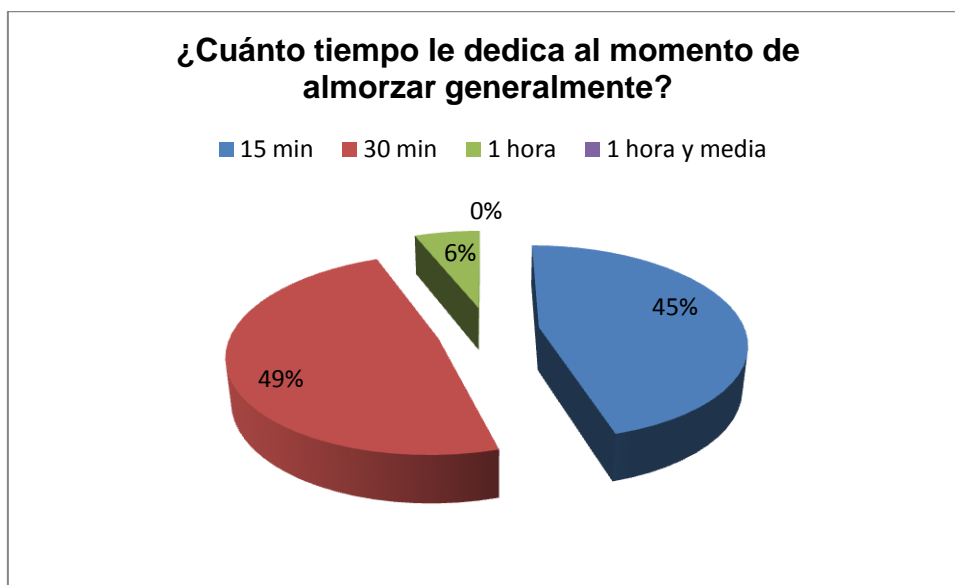
TABLA N° 21: ¿Cuánto tiempo le dedica al momento de almorzar generalmente?, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cuánto tiempo le dedica al momento de almorzar generalmente?	F	Fr	Fr %
15 minutos	15	0,45	45%
30 minutos	16	0,49	49%
1 hora	2	0,06	6%

1 hora y media	0	0	0
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 21



Comentario: Observamos que el 49% de la población estudiada dedica 30 minutos al momento de almorzar, un 45% dedica alrededor de 15 minutos y el 6% restante dedica 1 hora al momento de almorzar.

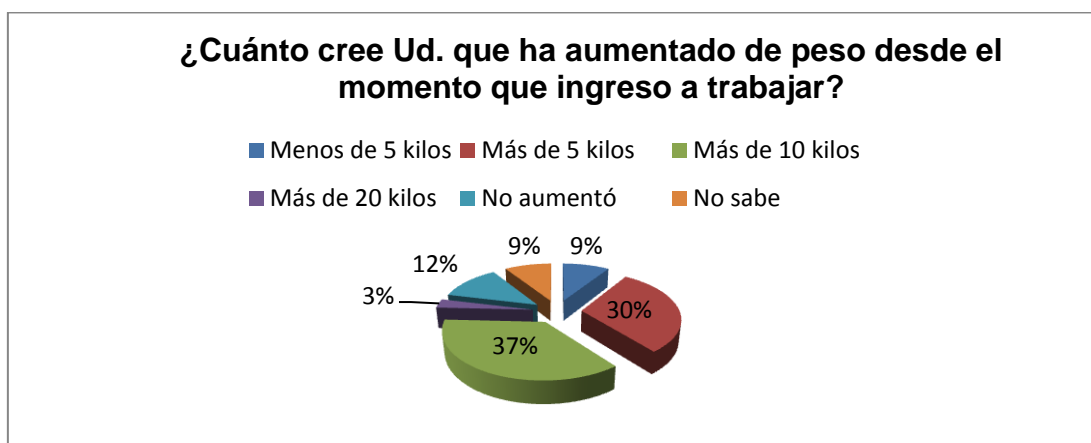
TABLA N° 22: ¿Cuánto cree Ud. que ha aumentado de peso en el momento de ingresó a trabajar?, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cuánto cree Ud. Que ha aumentado de peso desde el momento que ingreso a trabajar?	F	Fr	Fr %
Menos de 5 Kg	3	0,09	9%

Mas de 5 Kg	10	0,30	30%
Mas de 10 Kg	12	0,37	37%
Mas de 20 Kg	1	0,03	3%
No aumento	4	0,12	12%
No sabe	3	0,09	9%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 22



Comentario: Observamos que el 37% de la población estudiada ha aumentado más de 10 kg, el 30% refiere haber aumentado más de 5 kg, el 12% señala no haber aumentado, el 9% señala haber aumentado menos de 5kg o no saberlo, en tanto el 3% refiere un aumento de peso de más de 20 kg.

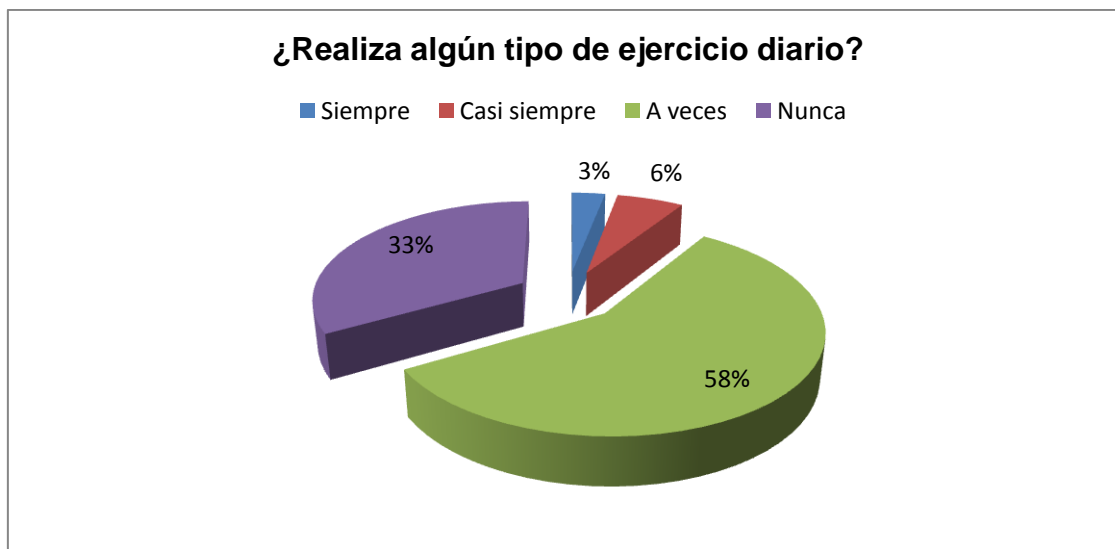
TABLA N° 23: ¿Realiza algún tipo de ejercicio diario?, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Realiza algún tipo de ejercicio diario?	F	Fr	Fr %
Siempre	1	0,03	3%
Casi siempre	2	0,06	6%

A veces	19	0,58	58%
Nunca	11	0,33	33%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 23



Comentario: Observamos que el 58% de la población en estudio refiere realizar a veces ejercicios, el 33% refiere que nunca realiza actividad física, el 6% refiere que casi siempre realiza algún tipo de actividad física y el 3% restante nos señala que siempre en actividad.

TABLA N° 24: ¿Realiza algún tipo de deporte?, de los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Realiza algún tipo de deporte?	F	Fr	Fr %
Si	10	0,30	30%
No	23	0,70	70%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 24



Comentario: observamos que un 70 % no realiza ningún tipo de actividad física, y sólo un 30 % equivalente a 10 enfermeros realiza algún tipo de deporte.

TABLA N° 25: ¿Dedica tiempo a caminar? , los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Dedica tiempo a caminar?	F	Fr	Fr %
---------------------------	---	----	------

Si	17	0.52	52%
No	16	0,48	48%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 25



Comentario: Observamos que un 52% se dedica tiempo a caminar y el 48% restante no lo hace.

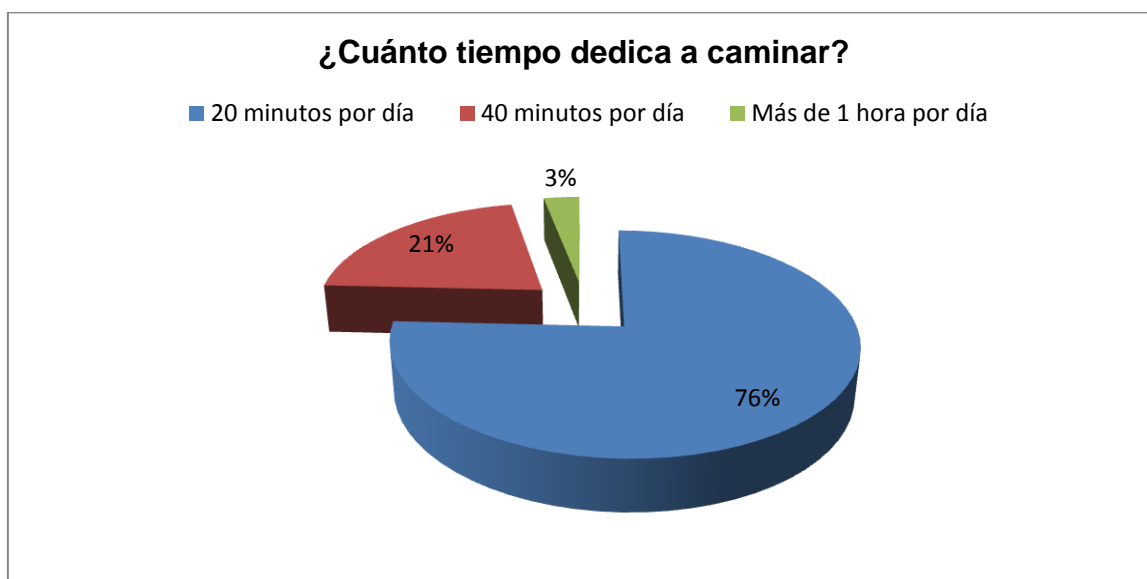
TABLA N° 26: ¿Cuanto tiempo le dedica a diario?, en los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Cuanto tiempo le dedica a diario?	F	Fr	Fr %
------------------------------------	---	----	------

20 minutos a diario	25	0,76	76%
40 minutos a diario	7	0,32	32%
Mas de 1 hora a diario	1	0,03	3%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 26



Comentario: Observamos que un 76% dedica 20 minutos por día a caminar, un 21% dedica 40 minutos y el resto que es el 3% dedica mas de 1 hora.

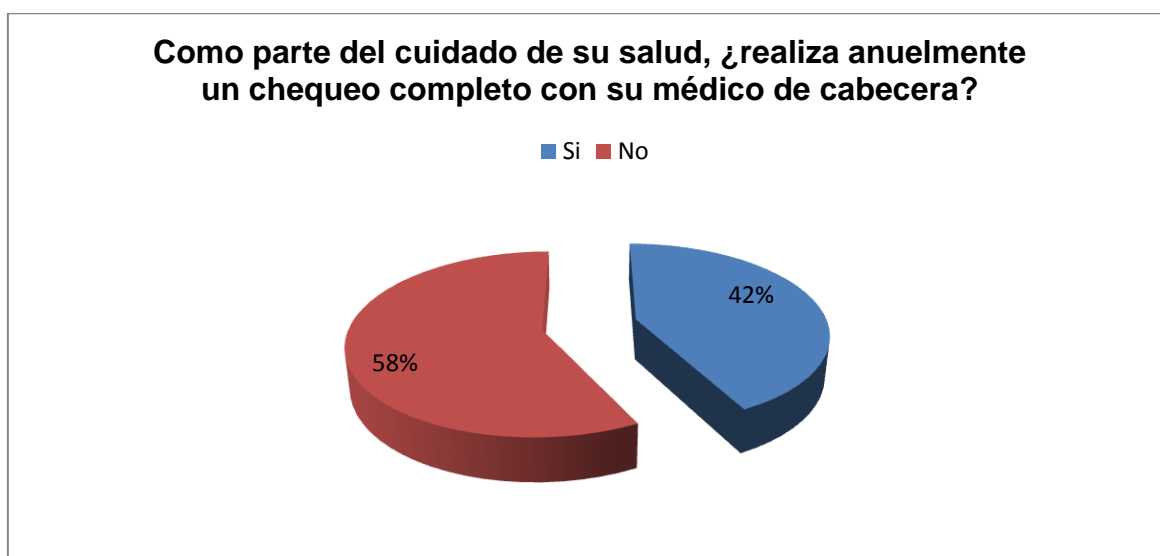
TABLA N° 27: ¿Realiza anualmente un chequeo completo con su médico de cabecera?, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Realiza anualmente un chequeo	F	Fr	Fr %
--------------------------------	---	----	------

completo con su médico de cabecera?			
Si	14	0,42	42%
No	19	0,58	58%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 27



Comentario: Observamos que un 58% se realiza un chequeo anualmente y el 42% restante no lo hace.

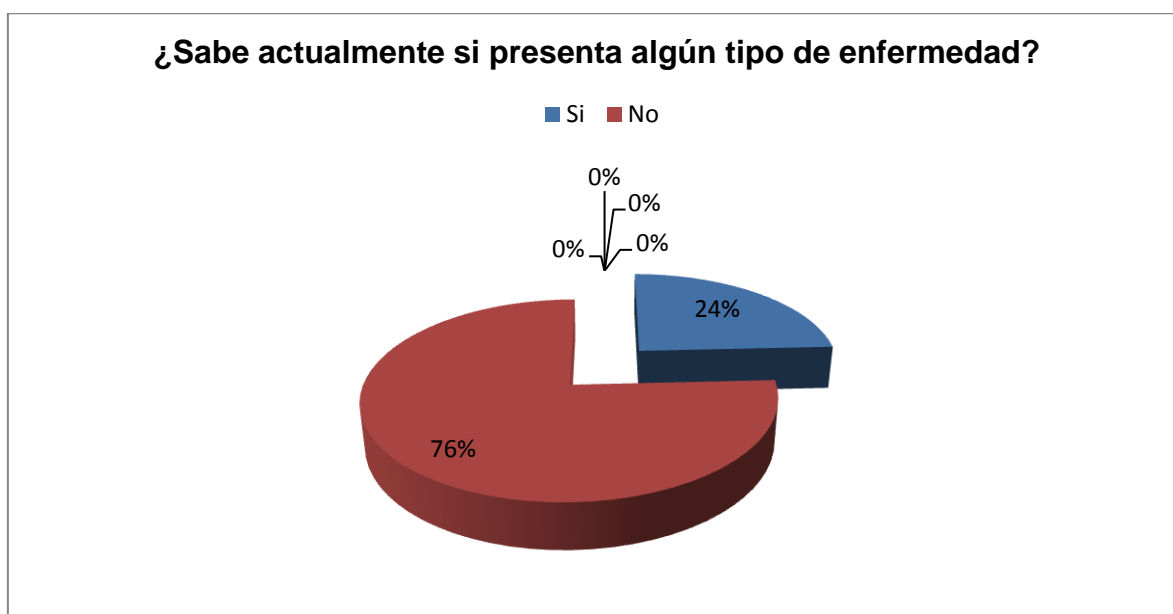
TABLA N° 28: Sabe actualmente si presenta algún tipo de enfermedad, los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

¿Sabe actualmente si presenta algún tipo	F	Fr	Fr %
------------------------------------------	---	----	------

de enfermedad?			
Si	8	0,24	0%
No	25	0,76	76%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 28



Comentario: Observamos que un 76% no presenta ninguna patología, 24% sabe que presenta algún tipo de enfermedad.

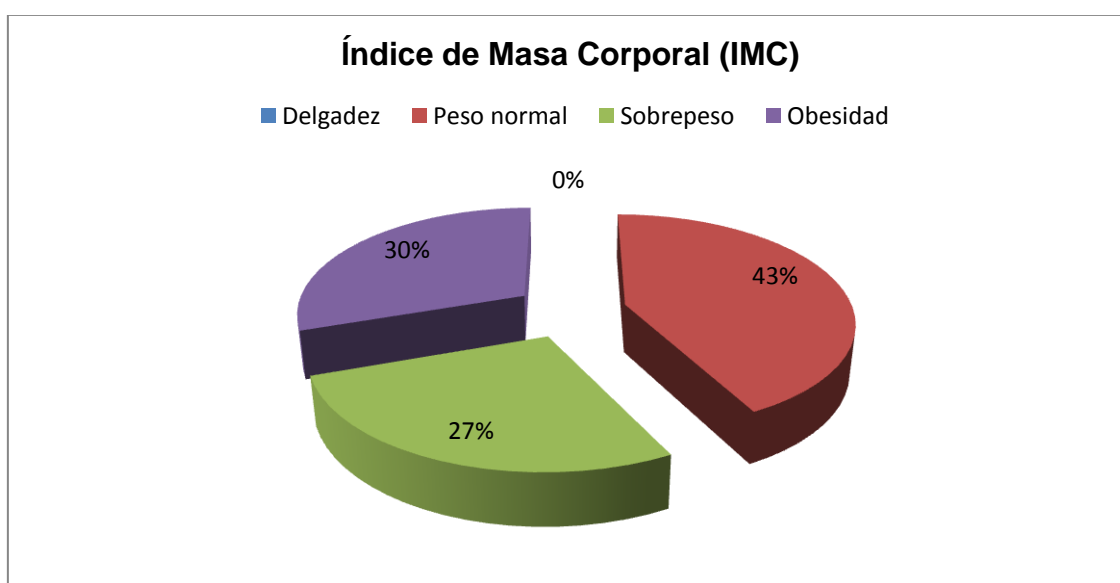
TABLA N° 29: Índice de masa corporal, de los profesionales de enfermería en estudio, de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S. A, Mendoza, Agosto 2012.

Índice de masa corporal	F	Fr	Fr %
-------------------------	---	----	------

Delgadez	0	0	0
Peso normal	14	0,43	43%
Sobrepeso	9	0.27	27%
Obesidad	10	0.30	30%
Total	33	1	100%

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

GRÁFICO: N° 29



Comentario: Observamos que un 43% se encuentra con el peso normal, un 30% presenta obesidad y por ultimo un 27% presenta sobrepeso.

TABLA N° 30: Relación entre las edades del personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo S.A. con los años de servicio que presenta cada profesional en dicha institución, Mendoza, 2012.

Cantidad de años de servicio	De 1 a 5 años	De 5 a 10 años	De 10 a 15 años	De 15 a 20 años	De 20 a 25 años	Más de 25 años
	F	F	F	F	F	F
20-25 años	7					
26-30 años	4	3				
31-35 años	3	1	1			
36-40 años	3	2	1			
41-45 años	1					
46-50 años	1			2		
51-55 años	1				1	
Más de 56 años					1	1
Total 33 personas de las encuestadas de toda la población de enfermeros en estudio de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo 2012, Mendoza.						

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

Comentario: Este gráfico podemos interpretarlo de la siguiente manera donde el eje vertical tenemos las frecuencias acumuladas y en el eje horizontal tenemos las variables estudiadas, por lo tanto podemos decir

por medio de él, que el total de la población de enfermeros encuestados 33 o sea nuestro 100% de la población, deducimos que solo 7 de ellos se encuentran en el rango de edad mas joven y son los que menos años de servicio presentan en esta institución.

Otro dato importante que vemos, tanto el personal de 25 años hasta los 40 años aproximadamente a parte de ser un personal adulto joven es un personal que lleva muy pocos años de servicio en esta profesión. Con esto podemos apreciar es que Clínica de Cuyo cuenta con enfermeros jóvenes y con pocos años de antigüedad laboral.

TABLA N° 31: Relación entre el consumo de tabaco del personal de enfermería de Clínica Medica Quirúrgica de Clínica de Cuyo S.A. con el turno en que se encuentra trabajando el profesional en dicha institución, Mendoza, 2012.

Turno en el que se encuentra trabajando	Turno mañana	Turno tarde	Turno noche
	F	F	F
Consumo de tabaco			
Si	4	3	10
Total 33 personas de las encuestadas de toda la población de enfermeros en estudio, de la cual 17 son fumadores, en Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo 2012, Mendoza.			

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

Comentario: Como podemos apreciar en la variable vertical se ve el índice de consumo de tabaco y en la variable horizontal indica el turno en el que el personal de enfermería se encuentra trabajando, de los cuales 33 de los encuestados respondieron 17 que son partícipes del consumo de tabaco lo que corresponde al 52% de la población estudiada. Por tanto podemos concluir que el turno que más hace uso de éste, es el turno noche, de los cuales 10 de los 17 son los fumadores. Lo que alarma sorpresivamente a saber por qué y cuáles son las causas de este hábito.

TABLA N° 32: Relación entre el consumo de tabaco del personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo S.A. con la principal causa por la que fuma dicho profesional, Mendoza, 2012.

Principal causa por la que fuma	Por ansiedad	Por estrés	Por sentirse con seguridad	Por formar parte de la sociedad	Por estar a la moda	Por costumbre
Consumo de tabaco	F	F	F	F	F	F
Si	11	4		1	1	
Total 33 personas de las encuestadas de toda la población de enfermeros en estudio, de estos 17 fumadores, 15 refieren hacerlo por ansiedad y estrés, en Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo 2012, Mendoza.						

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

Comentario: Como se aprecia en el gráfico, el 52% de los encuestados que nos respondieron que son consumidores de tabaco, equivalente a los 17 enfermeros, son los que respondieron las causas que los llevan a este hábito, en donde; 12 de ellos refiere consumir por ansiedad, 2 de ellos por estrés lo que lleva a esta incidencia a un 88%, otro fumador refiere realizar este hábito por formar parte de la sociedad y el último sólo por estar a la moda.

TABLA N° 33: Relación entre la cantidad de años de servicios del personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo S.A. con el aumento de peso desde el momento que ingreso a trabajar cada profesional en dicha institución, Mendoza, 2012.

Cantidad de años de servicio	De 1 a 5 años	De 6 a 10 años	De 11 a 16 años	De 17 a 20 años	De 21 a 30 años	Más de 30 años
Aumentado de peso desde el momento que ingreso a trabajar	F	F	F	F	F	F
Menos de 5 kilos	1	7	7	1	4	1
Más de 5 kilos	1	2	1			1
Más de 10 kilos			2			
Más de 20 kilos		1	1			
No aumentó	1		1			
No sabe						1
Total 33 personas de las encuestadas de toda la población de enfermeros en estudio de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo 2012, Mendoza.						

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

Comentario: Como podemos ver en este gráfico, en el periodo de entre 6 a 16 años de servicio, es donde se presenta la mayor incidencia en aumento de peso, lo que nos hace alarmarnos para poder trabajar por el personal nuevo que aun se encuentra en su peso óptimo.

TABLA N° 34: Relación entre las edades del personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo S.A. con el índice de masa corporal que presenta cada profesional en dicha institución, Mendoza, 2012.

Índice de masa corporal (IMC) Edad	Delgadez	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad
	F	F	F	F
20-25 años		5	2	
26-30 años		2	3	2
31-35 años		2	2	1
36-40 años		1	1	4
41-45 años				1
46-50 años		2		1
51-55 años		2		
Más de 56 años			1	1
Total 33 personas de las encuestadas de toda la población de enfermeros en estudio de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo 2012, Mendoza.				

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

Comentario: Como se puede apreciar en el gráfico, existe un sobrepeso a partir de los 20 años en adelante en el personal de enfermería, lo que hace manifestar la gran inquietud de como es el habito alimentario de nuestros colegas y por qué tanto aumento de peso en enfermeros tan jóvenes. Lo que se podrá sacar como conclusión es que llegaría a la obesidad si no tomamos conciencia de nuestra alimentación, se puede apreciar estadísticamente que de los 33 encuestados, 9 enfermeros están en estos momentos con sobrepeso y 10 con obesidad lo que nos lleva a un 57% de la población en estudio.

TABLA N° 35: Relación entre el consumo de tabaco del personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo S.A. con si posee más de un trabajo, Mendoza, 2012.

Consumo de tabaco \ Posee más de un trabajo	Si	No
	F	F
Si	11	6
Total 33 personas de las encuestadas de toda la población de enfermeros en estudio, 11 de los 17 fumadores poseen dos trabajos, en Clínica Médica Quirúrgica de Clínica de Cuyo 2012, Mendoza.		

Fuente: Datos obtenidos por los propios autores. Mendoza, 2012.

Comentario: como se puede observar en el grafico que hay un mayor consumo de tabaco por parte de las personas que poseen más de un trabajo que en realidad esto equivale a 11 personas que consumen tabaco y presentan más de un trabajo, así mismo 6 personas consumen tabaco pero no tiene mas un trabajo. Por otro lado 5 personas si poseen más un trabajo y no consumen tabaco y las 11 personas restantes no consumen tabaco y tampoco poseen más de un trabajo.

CAPÍTULO III:
Resultados, Discusión y Propuestas

Resultado

Después de observar y analizar la totalidad de la muestra, podemos decir que un 58% corresponde a un rango de edad de entre 20-35 y a su vez un 67 % de estos son mujeres, algo llamativo es que un 85 % de los enfermeros encuestados son enfermeros universitarios o profesionales y que a su vez un 79% llevan entre 1 y 10 años de servicio.

Algo sumamente importante y llamativo es que un 52 % de la totalidad de personas encuestadas consume tabaco de este total un 35 % pertenece al turno noche. Con lo cual nos preguntamos ¿Por qué consumen tabaco? y los datos obtenidos son muy valiosos, ya que un 88% manifiesta hacerlo por ansiedad y estrés.

Con respecto a la cantidad de años de servicios y al aumento de peso en éstos podemos decir que en el periodo de entre 6 a 16 años de servicio presenta un aumento considerable de peso, algunos han llegado a aumentar hasta 20 kg.

Haciendo referencia al Índice de masa corporal (I.M.C) y la edad de los enfermeros encuestados podemos decir que se encuentran con sobrepeso u obesidad en la franja de edad de entre 20 a 50 años que representa casi un 50 % de la muestra.

Con lo anteriormente expuesto nos hace reflexionar y darnos cuenta que por más que nos encontremos en un ámbito de salud y sabiendo las consecuencias que puede llevar un mal estilo de vida aun así lo seguimos haciendo, además de esto podemos decir que la gran mayoría del personal se encuentra predispuesta a padecer diversas patologías como hipertensión, diabetes, problemas cardiacos entre otras. Es por esto que es de suma importancia concientizar y dar herramientas para poder lograr llevar una vida saludable.

Discusión

La base de un buen estilo de vida se encuentra en conocer cuales son los factores que nos ayudan a llevar a cabo una vida plenamente sana, siendo parte del equipo de salud; **¿Deberían tomar conciencia los enfermeros? ¿Tendrían que dar el ejemplo cuando se educa a un paciente?, además, ¿Estos problemas involucran a la institución de forma directa?, por lo tanto, ¿La clínica debería hacer algo para solucionar esta problemática? ¿Se cuenta con los recursos necesarios para realizar algún un plan de acción?, pero, ¿El personal de enfermería realizará algo de lo ofrecido? ¿Se necesitará más de una simple motivación? En los casos mas extremos de obesidad; ¿Existe la posibilidad de trabajar con un equipo interdisciplinario?**

Propuestas

1. Formular talleres dentro de la institución, en los cuales se concientice al personal con respecto al consume de tabaco y la forma de alimentarse.
2. Establecer plan alimenticio con nutricionistas, en los cuales se puedan ofrecer más variedad en la elección de las colaciones entregadas por la institución.
3. Conformar grupos multidisciplinarios para ayudar y acompañar a los enfermeros que se encuentren en la población de sobrepeso u obesidad para que estos puedan bajar de peso.
4. Crear talleres en la institución de actividad física.
5. Monitorear bimestralmente al personal que concurra a los talleres para evaluar si ha tenido un cambio en el estilo de vida.

Bibliografía

- www.oms.org/tabaquismo.
- Fernández, B. "Nivel de satisfacción de las enfermeras de los hospitales públicos y privados", 2002.
- Cienc. enferm. v.8 n.2 Concepción dic. , 2002.
- Revista Habanera de Ciencias Médicas v.8 n.4 Ciudad de La Habana oct.- nov. 2009.
- Enf. Alfredo Bassi; "Autocuidado". Marzo 2006. Buenos Aires.
- Gestal, J. (2001). Riesgo del Trabajo del personal Sanitario. 2da. Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Madrid, España.
- "El tratado Mosby de enfermería" – Vol. 2 – Madrid 1995
- "Trastornos cardiovasculares" – Serie Mosby de enfermería – Madrid 1995
- Revista "Despertad" – marzo de 2000
- "Educación para la salud" – Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación – Buenos Aires, diciembre de 1996.
- www.asat.org.ar.
- Dr. Luis Sananes, Alimentación Fisiológica, primera Edición, Bs As-Distal 2006.
- Wilhelm Steep, Fisiología, Patología, Terapéutica y Políticas Sanitarias de alimentación, Bs As. Labor S.A 1982.
- www.oms.org/obesidadysobrepeso
- 61ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A61/8
- Revista de Enfermería "idea sana" Vol. XXV .Editorial Eroski.

APÉNDICE Y ANEXOS

La presente encuesta tiene como finalidad recolectar información sobre los hábitos rutinarios que presenta el personal de enfermería de Clínica Médica Quirúrgica en Clínica de Cuyo S.A.

Esta información es de carácter anónimo, y se utilizará por los Alumnos Danilo Navarrete y Valeska Rojas Cancino para realizar la Tesis de Trabajo Final de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, en el año 2012.

Conteste marcando con una cruz (X) la respuesta de su elección.

Peso _____ kg.

Talla _____ cm.

IMC _____

Delgadez: _____

Peso normal: _____

Sobrepeso: _____

Obesidad: _____

Datos personales

1. Sexo:

a) Femenino: _____

b) Masculino: _____

2. Edad:

a) 20 – 25 años: _____

b) 25 – 30 años: _____

c) 30 – 35 años: _____

d) 35 – 40 años: _____

e) 40 – 45 años: _____

f) 45 – 50 años: _____

g) 50 – 55 años: _____

h) Más de 55 años: _____

3. Nivel de formación en Enfermería:

a) Enfermero (universitario/profesional): _____

b) Lic. En Enfermería: _____

c) Post Grado en Enfermería: _____

Datos sobre su actividad laboral

4. ¿Cantidad de horas diarias de trabajo?

- a) 8 horas: _____
- b) 10 horas: _____
- c) + de 10 horas: _____

5. ¿Turno en el que se encuentra trabajando?

- a) Turno mañana: _____
- b) Turno tarde: _____
- c) Turno noche: _____

6. ¿Cantidad de años de servicio?

- a) De 1 a 5 años: _____
- b) De 5 a 10 años: _____
- c) De 10 a 15 años: _____
- d) De 15 a 20 años: _____
- e) De 20 a 25 años: _____
- f) Más de 25 años: _____

7. ¿Posee más de un trabajo?

- a) Si.....
- b) No.....

Datos sobre hábitos

8. ¿Consumo tabaco? (si su respuesta es NO diríjase a la pregunta N°15)

- a. Si: _____
- b. No: _____

9. ¿Cuántos cigarrillos consume diariamente?

- a) De 1 a 5: _____
- b) De 5 a 10: _____
- c) De 10 a 15: _____
- d) De 15 a 20: _____
- e) Más de 20: _____

10. ¿Cantidad de años de consumo de tabaco?

- a) De 1 a 5 años: _____
- b) De 5 a 10 años: _____
- c) De 10 a 15 años: _____
- d) Más de 15 años: _____

11. ¿Conoce las complicaciones que trae este hábito?

- a) Mucho: _____
- b) Medianamente: _____
- c) Poco: _____

12. ¿Alguna vez ha intentado dejarlo?

- a) Siempre: _____
- b) Casi siempre: _____
- c) Nunca: _____

13. ¿Ha consumido algún tipo de medicación para dejar de consumir cigarrillos?

- a) Si: _____
- b) No: _____
- c) ¿Cuál?: _____

14. ¿Cuál cree Ud. que es la principal causa por la que fuma?

- a) Por ansiedad: _____
- b) Por estrés: _____
- c) Por sentirse con seguridad: _____
- d) Por formar parte de la sociedad: _____
- e) Por estar a la moda: _____
- f) Por costumbre: _____

Respecto a su alimentación

15. ¿Consume alimentos de preparación propia?

- a) Siempre: _____
- b) Casi siempre: _____
- c) A veces: _____
- d) Nunca: _____

16. ¿Cumple con las cuatro comidas mínimas?

- a) Siempre: _____
- b) Casi siempre: _____
- c) A veces: _____
- d) Nunca: _____

17. ¿Cuántas veces consume alimentos en el día?

- a) 1: _____
- b) 2: _____
- c) 3: _____
- d) 4: _____
- e) 5: _____
- f) 6: _____
- g) más de 7: _____

18. ¿Consume alimentos de tipo exprés?

- a) Siempre: _____
- b) Casi siempre: _____
- c) A veces: _____
- d) Nunca: _____

19. ¿Alguna vez realizo dieta?

- a) Si: _____
- b) No: _____

20. ¿Conoce las complicaciones que trae una mala alimentación?

- a) Mucho: _____
- b) Medianamente: _____
- c) Poco: _____

21. ¿Cuánto tiempo le dedica al momento de almorzar generalmente?

- a) 15 min: _____
- b) 30min: _____
- c) 1 hora: _____
- d) 1 hora y media: _____

22. ¿Cuánto cree Ud. que ha aumentado de peso desde el momento que ingreso a trabajar?

- a) – de 5 kilos: _____
- b) + de 5 kilos: _____
- c) + de 10 kilos: _____
- d) + de 20 kilos: _____
- e) No aumentó: _____
- f) No sabe: _____

Respecto a una vida sana

23. ¿Realiza algún tipo de ejercicio diario?

- a) Siempre: _____
- b) Casi siempre: _____
- c) A veces: _____
- d) Nunca: _____

24. ¿Realiza algún tipo de deporte?

- a) Si: _____
- b) No: _____

25. ¿Dedica tiempo a caminar?

- a) Si: _____
- b) No: _____

26. ¿Cuánto tiempo dedica a diario?

- a) 20 minutos por día: _____
- b) 40 minutos por día : _____
- c) Más de 1 hora por día: _____

27. Como parte del cuidado de su salud, ¿realiza anualmente un chequeo completo con su médico de cabecera?

- a) Si: _____
- b) No: _____

28. ¿Sabe actualmente si presenta algún tipo de enfermedad?

- a) Si: _____
- b) No: _____

TABLA MATRIZ

REFERENCIAS:

Nº de Encuesta: Del nº 1 al nº 33

Preguntas de las Encuestas: Del nº 1 al nº 28 y cálculo de IMC

- Pregunta Nº 1 hace referencia al Sexo.
- Pregunta Nº 2 hace referencia a la Edad.
- Pregunta Nº 3 hace referencia al Nivel de formación.
- Pregunta Nº 4 hace referencia a la Cantidad de horas diarias de trabajo.
- Pregunta Nº 5 hace referencia al Turno en el que se encuentra trabajando.
- Pregunta Nº 6 hace referencia a la Cantidad de años de servicio.
- Pregunta Nº 7 hace referencia a la cantidad de trabajos laborales que posee.
- Pregunta Nº 8 hace referencia al Consumo de tabaco.
- Pregunta Nº 9 hace referencia a la Cantidad de cigarrillos consumidos diariamente.
- Pregunta Nº 10 hace referencia a la Cantidad de años de consumo de tabaco.
- Pregunta Nº 11 hace referencia al conocimiento de la complicaciones del consumo de tabaco.
- Pregunta Nº 12 hace referencia a si alguna intento dejar de fumar.
- Pregunta Nº 13 hace referencia al consumo de medicación para dejar de fumar.
- Pregunta Nº 14 hace referencia a la causa del por qué fuma.
- Pregunta Nº 15 hace referencia a la consumición de alimentos de preparación propia.
- Pregunta Nº 16 hace referencia al cumplimiento de las cuatro comidas diarias.
- Pregunta Nº 17 hace referencia a la cantidad de alimentos que consume por día.
- Pregunta Nº 18 hace referencia a la consumición de alimentos tipo exprés.
- Pregunta Nº 19 hace referencia a la realización de alguna dieta.
- Pregunta Nº 20 hace referencia al conocimiento de las complicación de una mala alimentación.
- Pregunta Nº 21 hace referencia al tiempo que dedica para almorzar.

- Pregunta N° 22 hace referencia al aumento de peso desde el ingreso a la institución.
- Pregunta N° 23 hace referencia a la realización de algún tipo de ejercicio diario.
- Pregunta N° 24 hace referencia al tipo de deporte.
- Pregunta N° 25 hace referencia a si camina.
- Pregunta N° 26 hace referencia al tiempo que le dedica a caminar.
- Pregunta N° 27 hace referencia a la realización de chequeo médico anual.
- Pregunta N° 28 hace referencia a que si presenta algún tipo de enfermedad.
- Cálculo de índice de masa corporal.

Encuesta N°	1		2					3			4			5			6			7		8		9					10												
	a	b	a	b	c	d	e	f	g	h	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	a	b	a	b	a	b	c	d	e	a	b	c	d							
1																																									
2	x							x																																	
3		x																																							
4			x																																						
5		x																																							
6			x																																						
7		x																																							
8			x																																						
9		x																																							
10			x																																						
11																																									
12																																									
13																																									
14																																									
15																																									
16		x																																							
17		x																																							
18		x																																							
19																																									
20																																									
21																																									
22																																									
23																																									
24																																									
25																																									
26																																									
27																																									
28																																									
29																																									
30																																									
31																																									
32																																									
33																																									



Reg. N° 35620

IMC	21			22						23				24		25			26			27		28		D	N	S	O							
	a	b	c	a	b	c	d	e	f	a	b	c	d	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b													
	x	x																							x											